



UNIVERSIDADE DE ÉVORA | ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**IMAGEM DO CORPO E PROBLEMAS
COMPORTAMENTAIS EM ADOLESCENTES
VÍTIMAS DE ABUSOS SEXUAIS**

Cátia Alexandra Lopes Ramalhete

Orientação: Prof. Doutora Graça Santos

Co-orientação: Prof. Doutora Constança Biscaia

Mestrado em Psicologia
Área de especialização: Psicologia da Educação

Imagem do corpo e problemas comportamentais em Adolescentes vítimas de abusos sexuais

Realizado por: **Cátia Alexandra Lopes Ramalhete**

Orientação: Prof. Doutora Graça Santos

Prof. Doutora Constança Biscaia



174621

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
Universidade de Évora

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri

Agradecimentos

A finalização deste trabalho é devida, em grande parte, ao esforço de muitas pessoas que, de forma directa ou indirecta, contribuíram significativamente para a sua realização. Assim, gostaria de agradecer...

Às minhas orientadoras Prof. Doutora Graça Santos, pela ajuda, paciência e incentivo na realização deste trabalho. Destaco as preocupações pessoais e o apoio sempre disponibilizado, bem como o acompanhamento e confiança demonstrados desde o início da realização da mesma. E à Prof. Doutora Constança Biscaia, pela sua orientação e pelo seu contributo significativo para a minha evolução profissional.

Às Directoras e técnicos dos CAT's que participaram nesta investigação, por toda a colaboração e apoio que me deram, em particular na aplicação dos questionários utilizados neste trabalho e pela sua disponibilidade e apoio na recolha de dados.

Aos participantes da pesquisa, que se mostraram tão dispostos a colaborar, confiando em mim um pedaço da sua história. Sem eles não teria sido possível a realização deste trabalho.

Agradeço à minha família, ao André e amigos por todo o suporte com que me apoiaram e pela compreensão sempre demonstrada.

A todas as pessoas que tornaram possível a realização do estudo, e às que sempre me apoiaram e me ajudaram na concretização dos meus objectivos.

Título: *“Imagem do corpo e problemas comportamentais em adolescentes vítimas de abuso sexual.”*

Resumo

O estudo tem como objectivo avaliar a percepção da imagem do corpo e os problemas comportamentais em adolescentes vítimas de abuso sexual infantil, de Negligência e não vítimas de violência (NVV).

A amostra englobou 33 adolescentes do sexo feminino, entre os 11- 18 anos (M=15,21, SD=2,325). Destas, 22 estão institucionalizadas, onde 11 sofreram abusos sexuais e 11 negligência. As restantes residem com a família.

Na recolha de dados utilizou-se o Questionário sobre Imagem do Corpo, de Bruchon-Schweitzer, o YSR, de Achenbach, e uma Ficha de caracterização, criada para o estudo, sobre os abusos. Na análise dos dados utilizou-se estatística não paramétrica.

Os resultados sugerem que as adolescentes vítimas de violência avaliam e percebem o corpo mais negativamente que as adolescentes NVV. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na percepção da imagem do corpo e problemas comportamentais entre vítimas de violência. Esta parece influenciar a imagem corporal e os problemas comportamentais. Contudo, os resultados não são representativos.

Palavras-chave: *Abusos Sexuais, Negligência infantil, imagem do corpo, problemas comportamentais, adolescência*

Title: *“Body image and behavioral problems in adolescents Survivors of Sexual Abuse”*

Abstract

The study aims to assess the perception of body image and behavior problems in adolescent victims of child sexual abuse, neglect and not victims of violence (NVV).

The sample comprised 33 adolescent females between 11-18 years ($M= 15.21$, $SD = 2.325$). Of these, 22 are institutionalized, where 11 had suffered sexual abuse and 11 neglect. The remaining living with the family.

In data collection we used the Questionnaire on Body Image in Bruchon-Schweitzer, the YSR, Achenbach, and characterization of a sheet, created for the study, about the abuse. In analyzing the data we used nonparametric statistical.

The results suggest that adolescents who are victims of violence and assess the body more negatively perceived that adolescents NVV. There were no statistically significant differences in perception of body image and behavior problems among victims of violence. This appears to influence body image and behavior problems. However, the results are not representative.

Keywords: *Sexual Abuse, Child Neglect, body image, behavior problems, teen*

Índice

Resumo	IV
Abstract	V
Índice de anexos	IX
Índice de Quadros	X
Índice de Figuras	X
Abreviaturas	XII
Introdução	1
1º Parte- Estudo Teórico	
I. Maus tratos infantis	3
1. Resenha histórica sobre os maus-tratos infantis	3
2. Definição de maus tratos	4
3. Negligência Parental	5
3.1. Definição de Negligência	5
3.2. Epidemiologia: incidência e prevalência da negligência infantil	6
3.3. Etiologia	7
3.4. Manifestações ou indicadores da Negligência	9
3.5. Consequências	10
3.5.1. Consequências ao nível físico	10
3.5.2. Consequências cognitivas	11
3.5.3. Consequências Afetivas	12
3.5.4. Consequências Comportamentais	13
3.5.5. Consequências ao nível social	13
4. Abusos Sexuais Infantis	14
4.1. Definição de abuso sexual	14
4.2. Tipologias dos abusos sexuais	16
4.3. Epidemiologia: incidência e prevalência do abuso sexual	17
4.3.1. Incidência do abuso sexual	17
4.3.2. Prevalência dos abusos sexuais	19
4.4. Contexto de abuso	21
4.4.1. Abuso Sexual extrafamiliar	21
4.4.2. Abuso sexual Intrafamiliar	21
4.5. Variáveis moderadoras e medidoras nos ASI	27
4.5.1. Factores extrínsecos	28
4.5.2. Factores relacionados com a violência sexual	29
4.5.3. Características da vítima	31
4.5.4. Características do Agressor	32
4.6. Consequências dos abusos sexuais	33
4.6.1. Consequências a longo prazo	34
4.7. Problemas na metodologia	48
II. Imagem do corpo	49
1. Perspectiva histórica do conceito	49

2. Definição	50
2.1. Constituintes	53
3. Formação da imagem do corpo ao longo do desenvolvimento humano	54
4. Avaliação da imagem do corpo	57
4.1. Componente perceptiva	58
4.2. Componente cognitiva/afectiva	59
5. Imagem do corpo e conceitos relacionados	60
5.1. Satisfação com a imagem do corpo	60
5.1.1. Diferenças entre géneros	61
5.2. Fechamento/ Acessibilidade corporal	62
5.3. Passividade/Actividade corporal	63
5.4. Corpo Tenso/Sereno	63
5.5. Consequências da percepção negativa da imagem do corpo	63
5.5.1. Auto-estima	64
5.5.2. Auto conceito	65
5.5.3. Depressão	66
5.5.4. Perturbações de comportamento	66
5.5.7. Comportamento sexual	69
2º Parte - Estudo Empírico	
I. Objectivos e hipóteses	71
1. Objectivos do Estudo	71
1.1. Objectivo geral	71
1.2. Objectivos específicos	71
2. Hipóteses	72
II. Método	73
1. Amostra	73
1.1. Critérios de selecção	73
1.2. Caracterização da amostra	74
2. Instrumentos	74
2.1. BIQ (Body Image Questionnaire)	74
2.1.1. Descrição do instrumento	74
2.1.2. Estrutura do instrumento	74
2.1.3. Questões psicométricas	75
2.2. YSR	75
2.2.1. Descrição do instrumento	75
2.2.2. Estrutura do instrumento	75
2.2.3. Questões psicométricas	77
2.3. Ficha de caracterização do abuso sexual sofrido	77
3. Procedimentos	79
3.1. Procedimento de recolha de dados	79
3.2. Procedimentos éticos	81
3.3. Procedimentos Estatísticos	82

III. Apresentação E Análise Dos Dados	83
1. Percepção da imagem do Corpo	83
2. Percepção da Imagem do corpo e abusos sexuais	89
2.1. Correlação entre variáveis	93
3. Problemas comportamentais	94
4. Problemas comportamentais e abusos sexuais	98
5. Imagem do corpo e problemas comportamentais	101
IV. Discussão dos resultados	105
1. Imagem do corpo	105
2. Problemas comportamentais	108
V. Considerações finais	111
V.I. Referências Bibliográficas	117
V.II. Anexos	CXXXVI

Índice de anexos

A. Documentos oficiais

A.1. Carta pedido de colaboração

B. Instrumentos de Avaliação

B.1. Questionário sobre a Imagem do Corpo (Bruchon-Schweitzer)- Trad. e adapt. Graça Duarte Santos, 1998).

B.2. Questionário de Auto-avaliação para jovens de 11 a 18 anos.

B.3. Ficha de caracterização relativa aos abusos sexuais.

C. Análise Estatística

C.1. Análise da normalidade do Questionário BIQ.

C.2. Comparação das médias dos itens do questionário entre os vários grupos da amostra.

C.3. Coeficiente de Correlação de Spearman para cada variável relativa ao abuso Sexual infantil e os itens que constituem o BIQ

C.4. Respostas ao factor Fechamento/Acessibilidade segundo as variáveis abuso.

C.5. Teste de Independência do Qui-Quadrado para o Factor Fechamento/Acessibilidade em função das variáveis relativas ao abuso sexual infantil

C.6. Respostas ao factor Insatisfação/Satisfação em função das variáveis abuso.

C.7. Teste de Independência do Qui-Quadrado para o Factor Insatisfação/Satisfação.

C.8. Respostas ao factor Passividade/Actividade segundo as variáveis abuso.

C.9. Teste de Independência do Qui-Quadrado Factor Passividade/Actividade

C.10. Respostas ao factor Tenso/Sereno em função das variáveis abuso

C.11. Teste de Independência do Qui-Quadrado para o Factor Tenso/Sereno

C.12. Coeficiente de Correlação de Spearman para os Abusos sexuais e o BIQ

C.13. Análise da normalidade do Questionário YSR

C.14. Médias para a população portuguesa (Fonseca & Monteiro, 1999).

C.15. Comparação dos resultados das escalas do questionário entre os grupos da amostra

C.16. Respostas à Escalas do YSR em função das variáveis Abuso sexual

C. 17. Síndromes Internalização e Externalização em função das variáveis abuso sexual.

C.18. Teste do Qui Quadrado em Função das variáveis relativas ao abuso sexual infantil e as escalas do YSR.

C.19. Coeficiente de correlação de Spearman para cada variável relativa ao abuso Sexual infantil e as escalas que constituem o YSR

C. 20. Correlação de Spearman entre os itens do BIQ e as Escalas do YSR

C. 21. Correlação de Spearman para as escalas do YSR e os Factores do BIQ

Índice de Quadros

- Quadro 1.** Consequências a Curto prazo dos abusos Sexuais infantis.
- Quadro 2.** Distribuição dos sujeitos por instituições.
- Quadro 3.** Caracterização dos grupos em função do nº de elementos e da idade.
- Quadro 4.** Percepção da imagem do corpo em função dos grupos. Média, desvio-padrão.
- Quadro 5.** Comparação das médias dos itens do questionário entre o Grupo vítimas de Negligência e vítimas de abuso sexual.
- Quadro 6.** Comparação das médias dos itens do questionário entre os vários grupos da amostra.
- Quadro 7.** Comparação entre as médias obtidas nos vários grupos nos factores que constituem o questionário.
- Quadro 8.** Médias para o factor Fechamento/Acessibilidade em função das variáveis relativas ao abuso.
- Quadro 9.** Médias para o factor Insatisfação/satisfação em função das variáveis relativas ao abuso.
- Quadro 10.** Médias para o factor Passividade/Actividade em função das variáveis relativas ao abuso.
- Quadro 11.** Médias para o factor Tenso/Sereno em função das variáveis relativas ao abuso.
- Quadro 12.** Estatísticas descritivas dos Score total para os grupos da amostra.
- Quadro 13.** Comparação das médias do Score total entre os grupos da amostra.
- Quadro 14.** Médias e desvio-padrão das escalas do YSR obtidos pelos grupos da amostra.
- Quadro 15.** Médias das síndromes Internalização e Externalização dos grupos da amostra.
- Quadro 16.** Comparação entre as médias obtidas nas síndromes internalização e Externalização entre os grupos da amostra.
- Quadro 17.** Comparação das médias para o Score total do YSR, em função das variáveis relativas ao abuso.
- Quadro 18.** Comparação das médias em função das variáveis relativas ao abuso para as escalas Comportamento anti-social, Atenção e Ansiedade/Depressão.
- Quadro 19.** Comparação de médias em função das variáveis relativas ao abuso para as escalas Isolamento Social, Queixas somáticas e Problemas de Pensamento do YSR.

Índice de Figuras

Figura 1. Exemplo do questionário QIC de Bruchon- Schweitzer.

Figura 2. Distribuição da amostra em função da idade de início da experiência abusiva.

Figura 3. Distribuição da amostra em função da frequência do abuso.

Figura 4. Distribuição da amostra em função do tipo de violência sofrida.

Figura 5. Distribuição da amostra em função da relação vítima/ agressor.

Abreviaturas

ASI – Abuso Sexual infantil

PPST - Perturbação Stress- Pós Traumático

PELP - Perturbação Estado Limite da Personalidade

CNPCJR - Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco

CAT'S - Centros de Acolhimento Temporário

NVV – Não vítimas de violência

GVASI – Grupo vítimas de Abuso Sexual infantil

GNVV – Grupo não Vítimas de violência

GVN – Grupo vítimas de Negligência

BIQ – Body Image Questionnaire

YSR – Young Self Report

M - Média

Min - Mínimo

Máx. - Máximo

Introdução

A adolescência constitui uma fase repleta de transformações ao nível físico, cognitivo e sócio-afectivo, que marcam a transição entre a infância e a idade adulta. Nesta fase o corpo torna-se o centro de uma nova atribuição de papéis e de valores sociais, exigindo ao adolescente a reorganização crítica da sua corporalidade e a reconstrução de uma nova imagem do corpo e da sua identidade. O corpo não só algo que nos pertence, mas também, o que somos, sendo o objecto que primeiramente nos identifica e que nos facilita a relação com os outros e com o mundo exterior. Assim, o sujeito realiza em relação ao mesmo uma sucessão de julgamentos, atitudes, sentimentos e uma representação mental, a imagem do corpo. Esta pode ser definida como o conjunto de sentimentos, atitudes, lembranças e experiências acumuladas pelo indivíduo sobre o seu corpo, sendo integradas numa percepção global (Bruchon-Schweitzer, 1992, citado por Santos, 2006). É uma idealização multidimensional definida e influenciada por vários factores. Peres e Santos (2006) concluíram que as experiências afectivas do indivíduo são mais importantes na construção da imagem do corpo do que as percepções relacionadas com a forma física, visto que a imagem do corpo não é a imagem de um corpo real, mas sim de um corpo simbólico, sendo o produto de experiências e das trocas afectivas vivenciadas nos diferentes estágios do ciclo vital. A imagem do corpo pode ser influenciada pelas experiências infantis de maus tratos. Estas experiências são um fenómeno complexo, difícil de definir, e que provoca uma série de danos irreversíveis nas crianças a vários níveis. A comunidade científica tem-se dedicado a este tema, concluindo que os maus tratos são um importante factor de risco para o desenvolvimento de patologias, problemas comportamentais e emocionais, como problemas nos relacionamentos interpessoais (Scherer & Scherer, 2000, Dell'Aglio, Koller & Yunes, 2006; Wolfe, 1999), depressão, isolamento social, agressividade e comportamentos autodestrutivos e que principalmente distorcem a imagem do corpo.

Neste sentido, pretendo ao longo deste trabalho abordar dois fenómenos que têm vindo a ganhar visibilidade na nossa sociedade contemporânea, a violência sexual contra crianças e adolescentes, que sempre esteve presente na sociedade (Encheburúa & Guerricaechevarría, 2000) e que constitui um problema de saúde pública. E um outro fenómeno, também, muito discutido nos dias de hoje pelos media e pela literatura, a imagem do corpo, que através da comunicação social, cada vez mais ganha um sentido padronizado onde existe uma aparência física idealizada.

Este é um estudo de investigação que procura dar alguns contributos para a compreensão da forma como os adolescentes vítimas de abusos sexuais e de negligência percebem o seu corpo e como a sua imagem foi (re)construída assente numa realidade de sofrimento, factores emocionais negativos e de contacto interpessoais desajustados, analisando algumas das consequências desta nova imagem do corpo nos seus comportamentos e relações interpessoais.

Neste sentido, o estudo poderá revestir-se de alguma importância em termos práticos, uma vez que as conclusões poderão contribuir para uma melhor compreensão das transformações que estes adolescentes apresentam ao nível da imagem do corpo e

os problemas comportamentais vivenciados pelos mesmos. Em termos metodológicos, a investigação poderá revelar-se importante, pois embora, a literatura tenha demonstrado a existência de relações entre os vários constructos, foram encontrados poucos estudos que analisem a relação entre abusos sexuais, imagem do corpo e problemas comportamentais, pretendendo-se neste estudo estabelecer a relação entre estas três variáveis, desenvolvendo-se um estudo transversal junto de adolescentes institucionalizados.

Do ponto de vista estrutural, esta investigação encontra-se dividida em duas partes. A primeira parte é dedicada à Fundamentação teórica, onde procuramos contextualizar os vários conceitos abordados, como os maus tratos infantis, abuso sexual infantil, negligência parental, tentando definir os conceitos e apresentando os dados acerca da sua prevalência quer a nível nacional como internacional. Abordando, também, as consequências deste tipo de violência para o desenvolvimento do ser humano. Ainda na Fundamentação Teórica apresentamos a definição e avaliação da imagem do corpo, bem como estudos desta temática onde tentamos fazer a sua definição e abordamos as perturbações associadas ao mesmo. Seguidamente, numa outra parte do trabalho, o Estudo Empírico, apresentamos os objectivos do estudo e as hipóteses do mesmo. Abordaremos, aqui, as questões metodológicas, como a caracterização da amostra estudada atendendo a critérios bem demarcados. Descrevemos, ainda os instrumentos usados na recolha dos dados, nomeadamente, o Questionário sobre a Imagem do Corpo (Bruchon-Schweitzer, trad e adapt. Graça Santos, 1998), o YSR (Fonseca & Monteiro, 1999) e a ficha de caracterização relativos aos abusos sexuais infantis; e os procedimentos de aplicação dos mesmos e de tratamento estatístico. Aqui, um outro capítulo é dedicado à apresentação dos resultados encontrados e à discussão dos mesmos através do enquadramento teórico de referência.

No último capítulo do nosso trabalho apresentamos as conclusões obtidas tendo como referência os nossos objectivos e hipóteses formuladas, apresentando, também, algumas sugestões que nos parecem interessantes para futuros trabalhos.

1º PARTE ESTUDO TEÓRICO

I. Maus tratos infantis

1. Resenha histórica sobre os maus-tratos infantis

Durante determinado período da história, nomeadamente, na Antiguidade e na Idade Média, a violência contra crianças era considerado um fenómeno natural (Scherer & Scherer, 2000; Vaz, 2009). Estas eram encaradas como “adultos em dimensões reduzidas” participando em todos os acontecimentos da vida, no trabalho, no ócio ou na vida quotidiana, incluindo na vida sexual, onde a socialização, a educação e os direitos não lhes eram assegurados (Almeida, 2003; Araújo, 2006). A não valorização da infância manteve-se até ao séc. XIII, modificando-se alguns hábitos e o conceito de família, tornando-se esta mais numa realidade moral e social (Almeida, 2003). A partir do séc. XV a criança passa a ser considerada a oposição à violência devido à sua representação do bom e do puro, passando a mesma a ser detonadora de deveres e responsabilidades (Scherer & Scherer, 2000; Almeida, 2003). Os filhos passam a receber a atenção dos pais, verificando-se uma aproximação entre a família e o sentimento de infância, apesar da verdadeira emergência do sentimento só ter ocorrido na segunda metade do séc. XVII, quando a organização da família começou a fazer-se em torno dos filhos (Almeida, 2003). Nesta época começou-se a falar do conceito de infância e de espaço privado, alterando-se a forma como os actos sexuais eram encarados (Almeida, 2003), considerando-se que estes influenciavam as crianças e as perturbariam. Quando a noção da inocência infantil foi introduzida, a infância e a adolescência passaram a ser entendidos como períodos distintos e privilegiados, levando a uma modificação da atitude moral perante as mesmas (Almeida, 2003).

Na segunda metade do séc. XVIII ocorreram grandes modificações devido às circunstâncias históricas, passando a criança a ser objecto de consideração científica e de preocupação da sociedade civil, modificando-se quer a forma de entender a infância, como a família, verificando-se um locus de afeição entre os progenitores e os filhos (Araújo, 2006; Almeida, 2003) e uma separação da criança do meio adulto. Neste século, foi introduzida a escola, modificando-se a conduta familiar e social, considerando-se este período até ao séc. XIX como o Início do Período Moderno, onde o incesto, apesar da sua elevada prevalência, tornou-se um aspecto inaceitável que conduzia a própria vítima à condenação (Almeida, 2003). A partir deste período, a criança passa a ser entendida como parte integrante da sociedade (Scherer & Scherer, 2000) e como seres frágeis que necessitam de protecção e valorização, mas também, detectoras de direitos, proclamados através de várias declarações, nomeadamente, a Declaração de Genebra de 1924 e a Declaração Universal dos Direitos da Criança de 1959, entre outras (Scherer & Scherer, 2000; Araújo, 2006). Aqui é reconhecida a necessidade universal de protecção e cuidados especiais às crianças, sem distinção de classe, raça, cor, sexo ou religião, sendo também reconhecida a protecção legal apropriada (Araújo, 2006).

Contudo, apesar da infância ser reconhecida como um período básico e fundamental da existência do Ser humano (Scherer & Scherer, 2000; Strey, Ruwer de Azambuja & Jaeger, 2004) os maus tratos continuaram a ser perpetrados. Na última metade do séc. XX, o abuso físico a crianças era considerado um problema sério, existindo um crescente interesse e preocupação para com o mesmo, sendo, mais tarde, focada a atenção na temática do abuso sexual a crianças.

Scott (1995, citado por Almeida, 2003) sugeriu que a (re)descoberta do abuso sexual a crianças, no final do séc. XX possui 4 fases: (1) (re)Descoberta, verificando-se um crescente interesse da investigação por esta temática baseando-se nos relatos de mulheres vítimas de abuso sexual, para determinar a existência de relações entre os abusos sofridos e os comportamentos risco (Almeida, 2003). (2) O Período de Difusão que corresponde à década de 80, e caracteriza-se pela publicação de trabalhos, com diferentes definições e abordagens (França- Júnior, 2003), que permitiram apresentar esta temática como um problema social (Almeida, 2003). Permitindo, também, demonstrar três conclusões: a) que os abusos sexuais a crianças eram prevalentes; b) existem factores de risco associados aos mesmos; c) e a exposição a abusos aumenta o risco de problemas desenvolvimentais e de saúde mental a curto e a longo prazo (Almeida, 2003). (3) Por fim, a Consolidação e a (4) Reificação ocorre no final do século, tendo-se dado uma explosão dos estudos na área, de forma a documentar a extensão das dificuldades desenvolvimentais nas vítimas (Almeida, 2003; Araújo, 2006).

Como referido anteriormente, abuso físico a crianças é considerado um problema sério, embora a investigação científico apenas se centre nalgumas tipologias do mesmo. Até ao final dos anos 70 a investigação centrou-se nas manifestações físicas de maus tratos (Gonçalves, 2008). No princípio dos anos 80, embora a investigação se debruce sobre os maus tratos físicos, surgem as primeiras definições de maus tratos psicológicos e de negligência. No entanto, só na última década do século é que os investigadores se apropriam desta área da investigação, começando a alertar a comunidade para a questão da operacionalização do conceito e avaliação do mesmo. Apesar destes avanços na investigação não existe consistência nas definições, facto que dificulta a investigação, a criação de amostras, a avaliação do problema e o estabelecimento de relações consistentes entre as variáveis estudadas (Gonçalves, 2008).

2. Definição de maus tratos

As grandes transformações sentidas na sociedade têm dado uma maior visibilidade aos maus tratos contra o ser humano (Scherer & Scherer, 2000; Rodrigues, 2008). A Canadian Incidence Study Of Reportes Child Abuse and Neglect defende que existem 22 formas de maus tratos (Júnior, 2006), que podem ser divididas e caracterizadas, principalmente, em quatro categorias, estando estas de acordo com as categorias da Academia Americana de Pediatria, e sendo aceites por vários autores (Rodrigues, 2008). Assim, as agressões dividem-se: (1) **violência física** que ocorre quando o objectivo é tentar/causar dano através da força física a outrem, de forma directa ou indirecta (Day, Telles, Zoratto, Azambuja, Machado, Silveira, Debiaggi, Reis, Cardoso & Blank,

2003); (2) o **abandono físico e/ou moral** (negligência) que corresponde à omissão de responsabilidade sobre uma pessoa, sobretudo àqueles que dependem, quer pela idade ou alguma condição física. A (3) **exploração sexual** que corresponde a uma agressão sexual por um adulto, que engloba comportamentos, como a actividade sexual tentada ou completa, toques e carícias nos órgãos genitais, exposição dos mesmos, exploração sexual e voyeurismo (Júnior, 2006); (4) e **maltrato psicológico** que inclui todas as acções que visam causar ou causam danos psicológicos na pessoa (agressão verbal, intimidação, insultos, etc), causando sérios traumas psicológicos na criança ou no desenvolvimento desta (Scherer & Scherer, 2000; Day et al., 2003).

Assim, ao longo dos subcapítulos que se seguem iremos abordar dois dos principais maus tratos perpetrados contra as crianças, os abusos sexuais e a negligência, relatando as suas formas e as consequências para as crianças/Adolescentes.

3. Negligência Parental

3.1. Definição de Negligência

“Muitos dos atentados contra a infância dizem respeito a lapsos na supervisão parental. Estes lapsos denomina-se de actos de negligência” (Feldman et al., 1993, citado por Monteiro, 2010). Apesar de 85% das crianças experimentarem ao longo da sua infância alguma forma de negligência, de acordo com Cook (1991, citado por Monteiro, 2010), só recentemente se começou a operacionalizar as formas específicas deste subtipo de maus-tratos (Manly, Cicchetti & Barnett, 1994, citado por Calheiros & Monteiro, 2000). Contudo, esta é uma área polémica, quer ao nível conceptual como metodológico, verificando-se a existência de controvérsias. Estas ocorrem porque as definições técnicas, legais, sociais e médicas são vagas ao nível das categorias que as compõem e das fronteiras que as limitem. Ao contrário dos outros tipos de maus-tratos que são exercidos de forma activa, a negligência é praticada de forma passiva, e apesar das várias definições para este conceito a maioria dos autores concorda que corresponde ao acto de omitir ou concretizar adequadamente as funções parentais, quer por parte dos pais ou responsáveis pelas crianças (Knutson, 1995, citado por Manso, 2001). Polansky, De Saix e Sharlin (1972, citado por Manso, 2001) defendem que a negligência infantil ocorre quando o responsável pelo menor, quer deliberadamente quer através de falta de atenção e cuidado, permite que a criança experimente um sofrimento evitável ao omitir alguns aspectos básicos e essenciais para o desenvolvimento das capacidades físicas, intelectuais e emocionais. Esta omissão pode provocar danos físicos, cognitivos, emocionais ou sociais na criança (Cantón & Cortés, 1997, citado por Manso, 2001; Monteiro, 2010). Martínez e Paúl (1993, citado por Manso, 2001) consideram que os actos de omissão por parte do prestador de cuidados podem ser voluntários, no sentido em que existe a plena consciencia dos maltratantes que estão a causar dano na criança ou involuntários, resultante de uma incapacidade para assegurar os cuidados básicos, sendo uma manifestação de falta de informação, incultura, pobreza ou incapacidade

parental para proteger a criança.

De uma forma mais ampla, a negligência pode ser entendida como o mau trato infantil que ocorre quando as necessidades básicas e fundamentais do menor não são satisfeitas, independentemente da causa, e que impedem o desenvolvimento integral da criança (García, 2007), caracterizando-se assim, por uma falha dos pais ou responsáveis na assistência e satisfação das necessidades básicas da criança (Monteiro, 2010).

No entanto, é necessário lembrar que este constructo é relativo, visto que os padrões culturais sobre o que é a educação e os cuidados médicos necessários a ter com as crianças reflectem as atitudes públicas e variam em função dos valores que regem os diferentes contextos sociais (García, 2007).

Para alguns autores o fenómeno da negligência pode ser dividido em dois tipos: 1) Negligência física e 2) Negligência emocional. Este último tipo pode ser definida como a falta de respostas persistentes por parte dos pais ou responsáveis pela criança aos sinais emitidos por esta (Monteiro, 2010). Assim, a negligência emocional ocorre quando os pais não se demonstram emocionalmente indisponíveis ou manifestam falta de sensibilidade e de envolvimento para com as crianças. Este tipo de maus-tratos poderá conduzir as crianças a uma baixa auto-estima, sentimentos de inutilidade, comportamentos disruptivos, perfeccionismo, stress, perda de noção das próprias necessidades e capacidades (Gonçalves, 2008). Rogosch, Cicchetti, Shields e Toth (1995, citado por Antunes, 2005) subdividem este tipo de mau trato de forma diferente, por um lado, a incapacidade para satisfazer as necessidades físicas básicas, e por outro a ausência de supervisão, nomeadamente, vigilância insuficiente, insegurança no ambiente físico da criança e inadequação dos prestadores de cuidados substitutos fornecidos à criança.

3.2. Epidemiologia: incidência e prevalência da negligência infantil

O número de vítimas de violência tem vindo a crescer quer ao nível nacional como internacional, não se conhecendo a magnitude real do problema, devido a vários factores de ordem cultural, social e institucional, mas, também, por falta de técnicas, métodos e instrumentos de investigação. Neste sentido, a prevalência de actos de negligência torna-se difícil de determinar dado que: a) o comportamento negligente depende da idade e nível desenvolvimental da criança; b) é um comportamento difícil de observar dado que se caracterizam essencialmente pela sua ausência (omissão); c) alguns comportamentos considerados como negligência podem ter um carácter temporário e não crónico (uma pequena distração do progenitor pode ter consequências mortais para a criança sem que possamos considerar o progenitor maltratante por negligência) (Antunes, 2005). Não obstante estas dificuldades e apesar de não se conhecer a realidade do problema, a investigação tem mostrado que a violência contra crianças é um dos principais problemas sociais, sendo um fenómeno de grandes dimensões.

O relatório "Report Card 5" da UNICEF através de um estudo realizado com 27 países desenvolvidos observou que 3,500 crianças com idade inferior a 15 anos morrem por ano vítimas de maus-tratos (Vaz, 2009), sendo o risco mais elevado junto das crianças

mais novas. Em alguns países, nomeadamente, Espanha, Grécia, Itália e Irlanda a taxa de crianças mortas como consequências dos maus-tratos é baixa, comparativamente, com outros países como a Bélgica, República Checa, Hungria e França (Vaz, 2009). No nosso país esta taxa de incidência é relativamente elevada demonstrando os dados, que em 2006, cinco crianças com idades entre os 0 e os 10 anos foram vítimas, por semana de maus-tratos, quer físicos ou psicológicos (Vaz, 2009).

No caso da negligência infantil, o conhecimento do real problema é difícil visto que, a literatura sugere que poucas vezes se observa um único tipo de maus tratos contra as crianças, tendo sido sugerido por alguns estudos que o abuso físico e emocional encontra-se associado a outras formas de violência. Díaz Aguado (1996, citado por Manso, 2001) concluiu que muitas vezes as formas mais graves de abuso incluem outro, apesar de este facto não ocorrer de forma inversa. Assim, o abuso sexual envolve sempre o abuso emocional e, nalgumas situações, abuso físico. No entanto, a maioria dos casos de abuso físico e emocional não envolvem abuso sexual, mas o abuso físico implica o abuso emocional, uma vez que, a violência física é psicologicamente destrutiva.

Apesar das dificuldades em separar os vários tipos de maus tratos, os relatórios da Comissão Protectora de Crianças e jovens em Risco (CNPCJR, 2005) demonstram que em 2005 as problemáticas mais diagnosticadas nas crianças foram a negligência, o abandono escolar e a exposição a modelos de comportamentos desviantes. No mesmo ano verificou-se que 34,1% dos processos instaurados correspondiam à negligência. A negligência surge como transversal a todos os escalões etários, embora, com uma maior frequência em crianças com idade inferior a 12 anos de ambos os sexos (CNPCJR, 2006). Embora exista uma maior consciencialização de que este tipo de maus tratos existe, no relatório de 2008 verificou-se um ligeiro crescimento dos casos observados (36,5%, 10205 casos) continuando a ser a principal problemática resistida. Esta problemática é a mais prevalente em crianças nos 0 aos 14 anos (CNPCJR, 2008).

3.3. Etiologia

A literatura apresenta poucos estudos acerca da etiologia da negligência, tendo sido utilizado na maioria das vezes, o modelo sociológico, para explicar este fenómeno tão presente na nossa sociedade. No início dos anos 70 começou-se a dar enfoque aos factores de risco para a ocorrência dos maus-tratos nas famílias, nomeadamente ao nível sócio-económico e a sua organização social e familiar (Azevedo & Maia, 2006).

Este modelo centra-se nas condições sociais de risco que influenciam o comportamento familiar e valores e práticas culturais que estimulam a violência. Os factores de risco são a de falta de condições económicas (Wolock & Horowitz, 1984, citado por Manso, 2001), provocadas pelo desemprego, isolamento social e a ausência de sistemas de apoio social (Monteiro, 2010).

Contudo, o facto de a família viver com condições diminuídas não significa que ocorra negligência. Gallardo (1994, citado por Manso, 2001) defende que não é apenas necessário haver uma situação de carência económica para existir negligência, surgindo

esta existe quando ocorre rejeição ao nível emocional e afectivo.

Outro modelo explicativo do maltrato infantil baseia-se no modelo teórico da ecológica do desenvolvimento de Bronfenbrenner (1979, citado por Monteiro, 2010) que descreve um sistema de quatro níveis interactivos que contribuem para o desenvolvimento do comportamento humano. Este modelo inclui 1) o desenvolvimento ontogénico, nomeadamente a ausência de preparação e de competências parentais para responder as necessidades das crianças e de desconhecimento das suas necessidades. O desenvolvimento ontogénico relaciona-se, também, com factores intrínsecos ao individuo, como história parental de maltrato e problemas psicológicos. Alguns estudos relacionaram esta explicação com estudos baseados no nível cognitivo dos progenitores. Estes concluíram que pais negligentes não demonstram o mesmo tipo de reacções aos estímulos que os pais não negligentes e os pais agressores fisicamente (Bauer & Twentyman, 1985, citado por Manso, 2001), não respondendo de forma semelhante a situações ambientais e sociais. Outros autores, como Larrance e Twentyman (1983, citado por Manso, 2001) verificaram que as mães negligentes têm distorções cognitivas semelhantes às das mães que violentem fisicamente, apresentando, uma percepção negativa da criança e atribuições internas e estáveis dos seus comportamentos negativos (Manso, 2001). Estas atribuições parecem ser estáveis não sendo afectadas pelos comportamentos das crianças, independentemente, destes serem positivos ou negativos. Contudo, estes autores verificaram que as mães agressoras fisicamente apresentam atribuições e distorções mais crónicas dos seus comportamentos (Manso, 2001).

Autores como Factor e Wolfe (1990, in Manso, 2001) consideram que, em casos de abandono físico é muito importante o grau de psicopatologia parental, embora seja mais comum encontrar uma maior prevalência de deficiências mentais nos progenitores comparativamente com outros sintomas psicopatológicos. Tymchuc e Andron (1990, citado por Manso, 2001) num estudo verificaram que uma grande percentagem de mães negligentes têm capacidade intelectual baixa, realizando uma leitura inversa dos dados. Desta forma, a negligência pode ser atribuída à falta de competências na educação dos filhos e de conhecimento das fases evolutivas do desenvolvimento.

Os outros níveis do modelo teórico da ecológica do desenvolvimento de Bronfenbrenner são: 2) o microsistema que inclui os acontecimentos relacionados com o seio familiar, como a relação conjugal, as características das crianças, a desorganização familiar e estilos parentais; 3) o exossistema que engloba as estruturas sociais envolventes, como as instituições laborais, religiosas e a comunidade envolvente; 4) o macrossistema que representa valores culturais e ideológicos (Monteiro, 2010). Este modelo enfatiza a interacção entre todos os factores, sendo necessário compreender os factores de risco através de uma perspectiva multifactorial e não de forma isolada (Monteiro, 2010).

Polansky, De Saix e Sharlin (1972, citado por Manso, 2001) realizaram um estudo mais abrangente relativamente à negligência infantil e conseguiram enumerar a existência de cinco tipos possíveis de mães negligentes: 1) mãe apática; 2) mãe

imatura; 3) mãe com deficiência mental; 4) mãe depressiva e 5) mãe psicótica. Todas estas por razões diferentes, não seriam capazes de desempenhar o papel parental de forma adequada e, conseqüentemente, são incapazes de responder às necessidades básicas da criança. Estes autores, propõe ainda, que estas mães se encontram isoladas ao nível social e emocional (Manso, 2001), embora, ao comparar este grupo com mães não negligentes não se verificam diferenças ao nível do ambiente e das possibilidades de apoio social.

Uma perspectiva mais actual propõe que os comportamentos negligentes são o resultado das várias formas de perceber e avaliar as situações stressantes vivenciadas pelas mães. Hillson e Kuiper (1994, citado por Manso, 2001) enumeram uma série de estratégias que são utilizadas por progenitores com um risco elevado de se tornarem negligentes, nomeadamente, falta de envolvimento comportamental, de implicações psicológicas, eliminação de actividades e procura de apoio social inadequado.

Na psicologia cognitiva surge uma abordagem para explicar os processos que conduzem ao fracasso no desempenho do papel parental nos pais negligentes, centrada na perspectiva do processamento de informação. Neste modelo destacam-se os trabalhos de Crittenden (1993, in Manso, 2001) e de Milner (1995, citado por Manso, 2001), que defendem que o estilo de processamento de informação contribui para a capacidade de perceber os aspectos essenciais dos vários estágios desenvolvimentais e interpretar correctamente as reacções e, conseqüentemente, seleccionar respostas adequadas às situações de forma a satisfaz as necessidades básicas das crianças. Estes autores afirmam, ainda, que ao nível da percepção os pais negligentes apresentam um desequilíbrio sistemático para perceber as necessidades das crianças e interpretar os sinais de comunicação interpessoal ou contextual. Estes pais interpretam de forma errada os significados dos sinais devido à tendência destes para subestimar a capacidade da criança para cuidar de si mesma ou devido às crenças erradas sobre a forma adequada para cuidar destas (Manso, 2001). Ao nível da selecção de respostas, os pais negligentes acreditam que nenhuma resposta será eficaz para suprir as necessidades da mesma. Por fim, estes autores defendem que do ponto de vista da execução do comportamento, os pais negligente sobrepõem outras prioridades às necessidades da criança (Manso, 2001).

3.4. Manifestações ou indicadores da Negligência

Os indicadores de abandono ou negligência física podem ser muito heterogéneos, contudo, a maioria dos autores dividem e classificam essas manifestações em seis categorias: 1) Alimentação da criança: as crianças vítimas de negligência por vezes recebem alimento de forma escassa ou de forma nutricionalmente deficiente o que conduz a conseqüências graves no desenvolvimento desta, nomeadamente, retardamento ou interrupção do crescimento físico normal. Uma outra manifestação nesta área corresponde à presença de diarreia aguda, devido à ingestão de alimentos estragados ou impróprios para a sua idade (Manso, 2001). 2) Saúde da criança: relaciona-se com a higiene da mesma, nomeadamente, aparência descuidada e com falta de higiene

(Manso, 2001). Poderá causar lesões orgânicas, como vermelhidão e irritação ou infecções, onde as mais frequentes ocorrem na boca por falta de higiene dental. 3) Nesta categoria encontramos as manifestações relacionadas com o vestuário da criança, principalmente, quando este é inapropriado para a estação meteorológica (Manso, 2001). 4) Acompanhamento da criança: Relaciona-se com a protecção, vigilância e segurança da criança dentro e fora da casa, especialmente durante os primeiros anos de vida. Esta falta de controlo pode ter consequências graves, como, acidentes domésticos, nomeadamente, queimaduras, ferimentos, desidratação, intoxicação e asfixia por ingestão de pequenos objectos (Manso, 2001). 5) Cuidados médicos: Refere-se à negação ou imprudência na aplicação de algumas medidas de saúde essenciais para o bem-estar da criança e para o seu desenvolvimento. A última categoria refere-se à falta de 6) Educação da criança, ocorrendo quando os responsáveis não demonstram interesse nas suas necessidades educacionais (Manso, 2001). Este factor pode ter consequências graves a vários níveis no desenvolvimento da criança, podendo resultar em deficiências na estimulação da mesma, atrasos ou insuficiências na aquisição de conhecimento e aprendizagem, dificuldades de relacionamento (Manso, 2001).

3.5. Consequências

Uma criança, ainda antes de nascer, necessita de determinados cuidados contínuos para que as necessidades básicas sejam asseguradas e para que possa evoluir de forma saudável e promissora. As crianças necessitam que alguém lhes satisfaça as necessidades imediatas e crie um ambiente que as ajude a desenvolver as suas capacidades físicas, mentais e sociais, de forma a que em adultos consigam lidar de forma adequada com o meio físico e social (Manso, 2001). Estas necessidades não são satisfeitas quando ocorre negligência parental, implicando o mau-tratos sérios riscos para a criança em desenvolvimento, não apenas no momento em que ocorrem, mas também ao longo de todo o seu percurso de desenvolvimento, provocando danos graves e perturbações ao nível do comportamento e relacional. Assim, a falta de estrutura e a não providência das necessidades básicas, não de forma pontual mas crónica, é uma realidade traumática e maltratante para a criança, e impede o desenvolvimento físico, emocional, social e cognitivo (García, 2007).

Segundo Alberto (2004, citado por Vaz, 2009) os maus tratos podem desencadear consequências na criança em cinco níveis distintos: 1) nível físico; 2) cognitivo; 3) afectivo; 4) comportamental; 5) Social. Assim, ao longo deste subcapítulo, iremos descrever algumas consequências da violência contra crianças. Utilizemos o modelo categórico enumerado anteriormente, para realizar a distinção entre as consequências da Negligência.

3.5.1. Consequências ao nível físico

As consequências ao nível físico são de acordo com Alberto (2004, citado por Vaz, 2009) as consequências mais visíveis da violência contra crianças. Segundo Formosinho e Araújo (2002, citado por Monteiro, 2010) a negligência é o tipo de mau trato

que acarreta maiores consequências físicas para a criança, quer a curto, quer a longo prazo. As crianças vítimas de negligência podem apresentar uma série de sequelas físicas, sendo estes sinais muito heterogêneos, nomeadamente, sinais de desnutrição, falhas no âmbito da higiene pessoal e do vestuário, falhas nos cuidados básicos de saúde, fracturas (Vaz, 2009), frequentes cicatrizes em várias partes do corpo, histórias de intoxicação (alimentar, medicamentosa, alcoólica, ou outra) e em idades precoces, fracturas, queimaduras, hematomas, feridas não cuidados, entre outros, com recurso a atendimento hospitalar frequente e muitas vezes tardiamente (Monteiro, 2010).

A negligência, principalmente ao nível da higiene e da alimentação, poderá provocar alterações metabólicas ou gastrointestinais, uma diminuição das defesas e, conseqüentemente, uma disposição frágil do organismo das crianças para determinadas doenças, levando mesmo à sua cronicidade. Estas consequências podem conduzir a um acentuado défice no crescimento físico, doenças psicológicas, neurológicas, alterações hormonais ou de metabolismo, visto que a durabilidade da negligência conduz, muitas vezes, à diminuição da produção da hormona do crescimento (Clark & Clark, 1989, citado por Monteiro, 2010). A criança que sofre de omissão das suas necessidades básicas pode, ainda, apresentar um atraso no desenvolvimento global, desorganização entre o Eu e a relação que vai estabelecer com o mundo (Alberto, 2004, citado por Vaz, 2009) e queixas somáticas.

Estudos realizados por Crittenden (1988, Monteiro, 2010) verificou que a negligência infantil tem efeitos mais graves comparativamente com o abuso físico, nas crianças de tenra idade e nas que frequentam a pré-escola. Por outro lado, o abuso físico provoca mais danos no desenvolvimento dos adolescentes, comparativamente à negligência, talvez porque estes apresentam maiores capacidades para satisfazerem as suas próprias necessidades físicas (Monteiro, 2010).

3.5.2. Consequências cognitivas

As consequências da violência contra crianças são uma área complexa observando-se em distintas áreas do funcionamento desta, nomeadamente, ao nível cognitivo. Embora não seja possível estabelecer uma relação linear entre a negligência parental e as consequências cognitivas, verifica-se que as crianças vítimas de negligência apresentam dificuldades de adaptação académica e observa-se um défice intelectual, de linguagem e rendimento escolar inferior comparativamente com crianças não vítimas de violência. (Manso, 2001; Vaz, 2009; Monteiro, 2010).

A literatura aponta como consequências ao nível cognitivo e académico problemas ao nível do processamento de informação, o desenvolvimento de défices de linguagem/ alteração na organização comunicacional, formação de um défice cognitivo, a obtenção de baixo rendimento académico. Observa-se, também, nestas crianças problemas de concentração, hiperactividade, indisciplina, problemas de conduta (Palácios et al., 1998, citado por Monteiro, 2010) atrasos na aquisição da linguagem, expressão gráfica, processos de memorização e de capacidade simbólica.

Azevedo e Maia (2006) verificaram através de um estudo que as crianças negligenciadas são mais ansiosas, desatentas e que conseqüentemente, apresentam

maiores dificuldades escolares, participando de forma mais limitada nas actividades escolares e nas situações de interacção e de aprendizagem (Monteiro, 2010).

As crianças negligenciadas apresentam, desta forma, graves problemas de aprendizagem e de rendimento escolar, tal como uma falta de estimulação familiar e baixas expectativas educacionais e uma enorme falta de reforço e encorajamento na aprendizagem (Moreira, 2007, citado por Monteiro, 2010). Consequentemente este baixo rendimento escolar e as dificuldades académicas conduzem a criança ao abandono escolar contribuindo para aumentar os problemas de desenvolvimento desta (Monteiro, 2010). Assim, a negligência apresenta-se como a tipologia do maltrato à qual está associado o menor desempenho escolar.

3.5.3. Consequências Afectivas

É ao nível emocional que os maus tratos apresentam efeitos mais visíveis, verificando-se consequências ao nível do desenvolvimento das relações de vinculação entre pais e filhos, no auto-conceito e na exteriorização das suas emoções (Formosinho e Araújo, 2002, citado por Monteiro, 2010; Azevedo e Maia, 2006).

De acordo com a teoria de vinculação os adultos têm que estar disponíveis e de corresponder às expectativas da criança, sendo que é esta interacção com as figuras desvinculação que influenciam a construção de novas relações interpessoais, os processos de exploração e a resposta das crianças ao meio envolvente (Formosinho e Araújo, 2002, citado por Monteiro, 2010). As crianças vão desenvolver um padrão de vinculação no decorrer da sua interacção com o cuidador principal, determinando o modo como posteriormente vão interagir com as pessoas e os objectos em seu redor (Figueiredo, 1998, citado por Monteiro, 2010). As crianças mal tratantes vão desenvolver, neste sentido, um padrão de vinculação insegura e criar expectativas negativas relativamente aos seus pares, quer ao nível da disponibilidade, como na confiança que depositam nos outros e na sua própria capacidade para fazer com que os outros gostem de si.

A literatura sugere que as crianças vítimas de negligência apresentam uma maior dificuldade em demonstrar empatia e ajuda para com os seus pares, não revelando qualquer tipo de preocupação e/ou tristeza perante o sofrimento do outro.

Estas dificuldades de relacionamento poderão, a longo prazo, conduzir as crianças ao isolamento social dos indivíduos, uma vez que não lhes foi permitido o desenvolvimento das competências sociais básicas (Formosinho e Araújo, 2002, citado por Monteiro, 2010; Azevedo e Maia, 2006), apresentando dificuldades em se expressar emocionalmente, devido à escassa expressão afectiva, ausência de prazer e envolvimento, comunicação de afectos negativa e uma grande inconsistência, imprevisibilidade, ambivalência e ambiguidade.

Ossandón (1998, citado por Monteiro, 2010) defende que estas crianças estão expostas a um nível elevado de stress tornando-as mais vulneráveis emocionalmente e menos aptas para reconhecerem as suas emoções e sentimentos, assim como para falarem deles. Esta vulnerabilidade aumenta o risco destas crianças

desenvolverem depressões e uma menor auto-estima e/ou auto-conceito (Manso, 2001; Vaz, 2009).

Estas crianças, enquanto adultas, sentem muita dificuldade ao nível da expressão emocional, manifestando uma expressão emocional distorcida, pouca afectividade, falta de prazer e de envolvimento na realização das actividades de interacção interpessoal e o seu humor é tendencialmente negativo (Alarcão, 2000 e Palácios e tal. 1998, citados por Monteiro, 2010).

3.5.4. Consequências Comportamentais

Clark & Clark (1989, citado por Monteiro, 2010) referem que estas crianças são confrontadas com orientações sociais estáveis que vão criar-lhes dificuldades de adaptação a vários níveis. As crianças negligenciadas apresentam comportamentos auto-destrutivos e têm, nomeadamente, atitudes e acções provocadoras de punição e manifestam sintomas depressivos e intenção suicida. Estas apresentam alguma dificuldade em controlar impulsos e em aceitar e compreender as regras e expõem-se mais facilmente a situações de perigo e de acidente (Strecht, 1998, citado por Monteiro, 2010), expressando dificuldades em monitorizar o seu próprio comportamento.

Formosinho e Araújo (2002, citado por Monteiro, 2010) verificaram que as crianças adoptam padrões de comportamento semelhantes aos dos pais, caracterizados pela agressividade, isolamento social, falta de competências sociais e falta de empatia para com os seus pares.

Ao nível comportamental as crianças negligenciadas, devido ao comportamento passivo e inibitório dos pais em relação ao meio, estas poderão não realizar a aquisição das aprendizagens e aptidões sociais (Manso, 2001; Vaz, 2009). Assim, algumas crianças poderão apresentar comportamentos e uma conduta agressiva e desobediente com dificuldades na percepção e aceitação de normas sociais, como, comportamentos desviantes, delinquentes e criminalidade (Manso, 2001; Vaz, 2009). Estas crianças poderão, também, apresentar problemas ao nível das habilidades sociais, como problemas de apego, baixa competências social e apatia e serem passivas e submissas perante a autoridade. Têm baixa iniciativa e motivação. A longo prazo crianças vítimas de negligência poderão reproduzir o mesmo tipo de violência a que foram sujeitos (Manso, 2001; Vaz, 2009). Estes poderão, ainda, ter comportamentos abusivos, nomeadamente, de substâncias como álcool ou drogas.

3.5.5. Consequências ao nível social

As crianças e jovens cuja sua infância é marcada pela omissão na prestação das necessidades básicas por parte dos seus cuidadores apresentam, de forma geral, comportamentos sociais desajustados, caracterizados pelas dificuldades em aceitar e

compreender as expressões emocionais dos outros. Estas crianças, poderão demonstrar-se apáticos, inibidos, hipervigilantes, com existência de sentimentos de inferioridade, isolam-se e evitam interações sociais. Por outro lado, poderemos verificar o oposto, verificando-se comportamentos agressivos na relação social com os pares, tomam atitudes ousadas, desafiadoras e aparentam extravasar sentimentos de fúria e dor (Monteiro, 2010).

Desta forma, as crianças que vivem em cenários de inadaptação, rejeição ou hostilidade social ficarão abandonadas da integração social e muitas vezes são por isso condenadas à exclusão social ao longo do seu ciclo vital.

4. Abusos Sexuais Infantis

4.1. Definição de abuso sexual

De entre as categorias de violência, o abuso sexual tem sido o tipo com maior difusão e registo a nível mundial, sendo o resultado de uma combinação de factores pessoais, familiares e sociais (Encheburúa & Guerricaechevarría, 2000; Habigzang, 2006). No entanto, apesar da grande difusão que o termo tem tido ao longo dos anos, do aumento das investigações nesta áreas e das várias abordagens ao fenómeno, não é fácil definir o conceito, apresentando-se como um termo de grande complexidade, cuja definição depende do contexto cultural, do espaço geográfico e dimensão temporal (Alves, Batista & Martins, 2005; Júnior, 2006). Desta forma, não existe um consenso sobre o que é o abuso sexual, nem uma definição adequada e universal do termo (Watson, 2007). São muitos os investigadores que têm dado o seu contributo na definição deste conceito, encontrando-se na literatura várias definições deste, nomeadamente, Browne e Finkelhor (1986, citado por Júnior, 2006). Estes autores definem o abuso sexual como o contacto entre uma criança, com menos de 15 anos, com uma pessoa pelo menos cinco anos mais velha, envolvendo carícias ou penetração oral, anal ou vaginal, podendo o relacionamento ser intra ou extrafamiliar.

O “National Center of Child Abuse and Neglect” (Marchiori, 1990, citado por Flores, 1998) dá mais ênfase ao comportamento do abusador e defende que “ o abuso sexual envolve contactos ou interações entre crianças/adolescentes e adultos, quando a criança é usada para a estimulação deste ou de outros, podendo ser também cometido por adolescente ou crianças, quando estes são significativamente mais velhos que a vítima, ou quando estão em posição de poder ou controle (Flores, 1998). A ASAR (Associação de vítimas de abusos sexuais do Canadá) dá uma definição, que aparentemente, é mais completa, definindo o abuso como qualquer incidente de contacto sexual (violação oral e/ou genital, forçar assistir/participar no acto sexual, vídeos pornográficos, ou posar para fotografias eróticas, manipulação e exibicionismo) entre crianças com menos de 16 anos e adultos em posição de autoridade (indivíduo com poder ou controle sobre a criança por qualquer período de tempo) (Flores, 1998).

Nas várias definições do termo, é possível averiguar que ocorreu uma modificação ao longo do tempo, passando-se de definições amplas para mais precisas, variando nos critérios utilizados (Flores, 1998; Almeida, 2003), existindo dificuldades em unificar os mesmos e variáveis, como a idade das vítimas e os tipos de abuso (Watson, 2007). No entanto, ao analisar as várias definições verificamos que, praticamente, todos os autores incluem na mesma uma idade máxima para a vítima, variando o limite entre as faixas etárias de 12 a 18 anos de idade, sendo, nas definições utilizadas, a idade mais comum de 16 anos (Finkelhor, 2005, Azevedo & Guerra, 1989, citados por Júnior, 2006). Por outro lado, existem alguns autores que definem o termo recorrendo às diferenças de idades existentes entre a vítima e o abusador, enquanto outros, estabelecem, não só o limite de idade para a criança, mas também, para as diferenças entre os sujeitos, sendo a idade média, considerada nos vários estudos, 5 anos. Alguns investigadores alegam que existe abuso quando ocorre uma relação de desigualdade entre uma pessoa com maiores capacidades para manipular e outra que não possui essas capacidades (Júnior, 2006; Encheburúa & Guerricaechevarría, 2000).

Um outro factor de discórdia são os comportamentos considerados abusivos, sendo esta, de acordo com determinados autores, uma questão relativamente cultural. Pois, alguns tipos de contacto físico íntimo pode ser aceitável em determinadas culturas e grupos, embora, o mesmo comportamento pode ser percebido como algo inadequado (Flores, 1998). Desta forma, algumas definições agregam um conjunto diverso de experiências infantis, considerando que qualquer experiência sexual na infância pode ser considerada abuso, enquanto outras definições encaram muitos dos incidentes comumente, descritos como abuso sexual de crianças, como benéficos e bem acolhidos por aquelas (Almeida, 2003). Alguns autores englobam no abuso sexual quer o contacto físico (anal, genital e oral) (Júnior, 2006) como o voyeurismo, exibicionismo e o uso de crianças com fins lucrativos (pornográfica). Por outro lado, outros autores alegam que para um comportamento ser considerado abusivo o mesmo tem que causar danos visíveis para o indivíduo (Watson, 2007), apesar, do abuso sexual não ser directamente correlacional com os sintomas sendo influenciado por inúmeras variáveis, como verificaremos posteriormente.

Embora não exista o consenso na definição de abusos sexuais, a grande maioria dos investigadores nesta área, concorda que a definição do termo não deve ser realizada através de sintomas ou sinais objectivos, mas sim através de julgamentos normativos (Almeida, 2003), visto que estes não são uma patologia, mas sim uma experiência (Feather, 2007). De acordo com autores como, Gabel (1995, citado por Almeida, 2003) e Born, Delville, Mercier, Sand e Beeckmans (1996, citado por Padilha & Gomide, 2004) a definição do termo deverá incluir o uso de poder exercido por uma pessoa superior sobre uma inferior, violando o direito que todo o indivíduo tem, de propriedade sobre o seu corpo, existindo numa relação de confiança entre o abusador e a vítima. Rodríguez (2002, citado por Júnior, 2006) defende que o abuso sexual é constituído por três componentes: a) uma acção lúdica, b) ausência de violência (incluindo a intimidação) e c) ausência do consentimento válido. Realiza uma diferenciação entre os vários

tipos de abuso, definindo-os em duas modalidades: a) abuso sexual por ausência de consentimento (ocorre quando a vítima não tem condições para se manifestar, quer por condições materiais ou físicas); e b) abuso sexual por vício de consentimento (onde prevalece uma relação de superioridade onde a vítima é enganada, supondo a existência de um relacionamento próximo).

As várias definições, encontradas na literatura parecem complementarem-se, e de acordo com Padilha e Gomide (2004), estas têm três aspectos comuns 1) a impossibilidade de uma decisão por parte da vítima sobre a sua participação na relação, 2) sendo esta relação mantida através do uso do poder, e 3) o uso da criança para a estimulação sexual do adulto.

Assim, englobando as várias definições encontradas na literatura, a violência sexual contra crianças e adolescentes pode ser entendida como o envolvimento de uma criança/adolescente em qualquer actividade sexual com alguém em estágio psicossocial mais avançado do desenvolvimento (adulto ou adolescente), na qual a criança/adolescente não compreendem na sua totalidade, e em que não é capaz de dar um consentimento informado devido à desigualdade de idade, maturação e poder entre o abusador e a vítima (Dell'Aglio, Koller & Yunes, 2006; Camões, 2005). A criança é envolvida para objectivar a gratificação (in)directa das necessidades e desejos sexuais do próprio agressor ou de outrem (Kempe 1978, Furniss, 1993, citados por Almeida, 2003; Scherer & Scherer, 2000; Jiménez et al., 2002; Brino & Williams, 2003; Gomes & Coelho, 2003; Gonçalves & Vieira, 2004), sendo a interacção sexual imposta à criança através do recurso à violência física, ameaças, coerção moral, mentiras, deturpações ou indução da sua vontade (Flores, 1998; Thomas, Eckenrode & Garbarino, 1997, citados por Habigzang, Koller, Azevedo & Machado, 2005). Esta definição engloba a indução ou coerção da criança em qualquer actividade sexual, exploração para sexo comercial ou outra prática sexual ilegal; incluindo os crimes cometidos por adultos e adolescentes contra crianças (Almeida, 2003; Scherer & scherer, 2000).

Desta forma, o abuso sexual apresenta-se como um conceito complexo, que varia muito nas suas dimensões, quer, na idade limite, na natureza específica do comportamento, e nas diferenças de idade entre abusador e vítima; tornando-se necessário ter em conta estas variáveis, uma vez que estas determinam as estimativas acerca da prevalência desta problemática, e as diferenças encontradas nos vários estudos relativos ao efeito nas vítimas.

4.2. Tipologias dos abusos sexuais

A violência sexual manifesta-se através de formas muito diferentes, podendo as experiências de abuso sexual corresponderem a incidentes intrusivos únicos ou múltiplas agressões sexuais severas (Ferguson & Mullen, 1999, citado por Almeida, 2003), como se verifica nas várias investigações nesta área, em que alguns autores referem que mais de metade dos abusos sexuais refere-se a um único incidente (e.g. Benedict, Paine, Brandt & Stallings, 1999, Epstein & Bottoms, 1998, citado por Figueiredo, Paiva,

Matos, Maia & Fernandes, 2001), enquanto outros autores sustentam a ideia que grande maioria dos abusos ocorre de forma repetida (Figueiredo et al., 2001).

Os abusos são de natureza variada, distinguindo-se em: (1) abuso/violência por estimulação, isto é, sem contacto físico, englobando carícias inapropriadas em partes íntimas ou de forma insinuante, como o voyerismo, assédio, palavras obscenas, beijos e carícias provocante, toques nos seios, coxas, nádegas e genitais, masturbação diante da criança e observação da criança nua; (2) violência sexual por realização, ou seja, relações sexuais com contacto físico, como carícias, masturbação, contacto buço-genital e penetração anal ou genital. Uma outra forma de abuso sexual é a (3) exploração sexual da criança/adolescente, que consiste na prática de sexo com crianças/adolescente mediante o comércio dos seus corpos através de meios coercitivos ou persuasivos, que se caracterizam como transgressão aos direitos e liberdades individuais, causando danos bio-psico-sociais (Hazeu & Fonseca, 1997). Esta categoria tem outras subcategorias, como a prostituição, shows eróticos, pornografia (Barbosa, 2001), tráfico e turismo sexual (Dell'Aglio et al., 2006; CNPCJR, 2006).

Um estudo realizado por Habigzang, Koller, Azevedo e Machado (2005), onde através da análise dos processos dos casos de denúncia de violência sexual, tentaram identificar as principais categorias de violência sexual a que as crianças foram vítimas, concluíram que as principais foram de carácter estimulativo e violência por realização, como esfregar-se no corpo da vítima ou passar a mão pelo mesmo (39%), sexo vaginal (28,6%), tirar as roupas (27,3%), sexo anal (24,7%), sexo oral (19,5%), exibicionismo da genitália (15,6%), assédio (14,3%), masturbação da vítima pelo agressor ou vice-versa (13%). Estes dados estão de acordo com as estatísticas da literatura.

4.3. Epidemiologia: incidência e prevalência do abuso sexual

O abuso sexual infantil tem sido considerado um problema de saúde pública (Beltran, 2006), embora, a verdadeira incidência desta problemática seja desconhecida, uma vez que os estudos epidemiológicos sobre a mesma são escassos, existem divergências consideráveis nas metodologias utilizadas para obtenção dos dados (Habigzang, 2006, Williams, 2002; Machado & Gonçalves, 2002; Figueiredo et al., 2001; Feather, 2007) e verifica-se uma heterogeneidade na classificação (Flores, 1998; Polanczyk, Zavaschi, Benetti, Zenker & Gammerman, 2003; Beltran, 2006). Desta forma, os resultados são discrepantes e revelam uma dificuldade em unificar os números para uma ilustração clara.

4.3.1. Incidência do abuso sexual

A incidência poderá ser entendida como o número de casos participados ou detectados pelas autoridades oficiais (hospitais, serviços sociais, justiça), num determinado período de tempo. Se adoptarmos esta definição verificamos que existem poucos estudos que abordam esta questão, quer a nível nacional como internacional.

Factores como o segredo, a vergonha, as sanções penais, a ausência de sintomas físicos ou psicológicos, a idade e dependência das vítimas (Beltran, 2006; Laranjeira,

2000), fizeram com que o abuso fosse, durante séculos, e actualmente, socialmente ocultado, escassamente denunciado e dificilmente matéria jurídica (Jiménez et al., 2002). Estes são acontecimentos que fazem com que desconhecamos a proporção da incidência da violência sexual na população (França- Júnior, 2003, Magalhães, 2002), fazendo com que, provavelmente, as estatísticas oficiais subestimam a verdadeira extensão do problema.

Alguns estudos têm verificado que uma pequena percentagem dos casos de ASI (Abuso Sexual Infantil) é denunciado a entidades oficiais (entre 3 e 5%, de acordo com Finkelhor & Hotaling, 1984, citado por Beltran, 2006; e 2% de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde e a OMS, citado por Camões, 2005). Ullman (2001, in Beltran, 2006) afirma que a maioria das vítimas revela o abuso em idade adulta.

Incidência dos abusos sexuais noutros países

O estudo de Jaffe, Dynneson e Bensel (1975, citado por Beltran, 2006) foi o primeiro estudo epidemiológico sobre o abuso sexual infantil, realizado nos Estados Unidos da América. Este revelou a existência de uma grande incidência da problemática, onde aproximadamente 31 das 300 queixas apresentadas eram referentes a abusos sexuais com penetração e 88% das vítimas eram femininas entre os 2 e os 15 anos.

Nos Estados Unidos da América estima-se que ocorra uma agressão sexual a cada 6,4 minutos, rondando o registo anual desta problemática cerca de 200 mil crianças (Drezett, Caballero, Juliano, Prieto, Marques & Fernandes, 2001), onde o padrasto é predominantemente o agressor (Williams, 2002), comparativamente com o pai.

Em 1998, o Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect verificou que 68% dos casos de maus-tratos eram abuso sexual contra crianças do sexo feminino (Júnior, 2006). Mais recentemente, Trocmé e Wolfe (2001, citado por Beltran, 2006) analisou a incidência dos abusos sexuais neste país, através de uma amostra aleatória, identificando 7672 casos de abuso a menores de 15 anos.

No Reino Unido, a incidência da problemática foi estudada por Morris, Scott, Mortimer e Barker (1997, citado por Beltran, 2006) identificado 517 vítimas de abuso sexual infantil, onde 97,5% das mesmas eram rapazes e 2,5% raparigas com idades entre os 9 e os 14 anos, sendo o agressor, maioritariamente, conhecido da vítima (498 dos agressores). As autoridades nacionais estimam que mais de 10, 000 pessoas sofreram abusos sexuais durante a infância.

Na Dinamarca a taxa anual do ASI, em 1998, correspondia a 0,6% dos casos de violência, de acordo com as fontes. Contudo, Helweg-Larsen e Larsen (2005, citado por Beltran, 2006) defendem que a frequência real deve ser pelo cinco vezes maior do que o previsto.

Em Portugal

Os estudos realizados no nosso país acerca da incidência dos abusos sexuais são escassos, sendo grande parte dos dados, relatados pela Comissão Nacional Protectora

de Crianças e Jovens em Risco, o que não permite quantificar o problema. Em Portugal, de acordo com os dados desta comissão, os casos do Abuso sexual, correspondiam a 93 dos casos acompanhados no ano de 1998, havendo um aumento para 121 em 1999. Estes dados demonstram um acréscimo, também, nos casos acolhidos entre 2000 e 2003. Verifica-se uma diminuição de processos de abuso sexual para 75, no ano de 2000, embora esses dados quase triplicassem em 2001, passando para 213 ocorrências (CNPCJR, 2003). Assim no ano de 2000, na origem do acolhimento em lares de crianças do sexo feminino, a principal problemática foi o abuso sexual (85%), estando a mesma associada a outras questões, nomeadamente, ingestão de bebidas alcoólicas (59%) e outras condutas desviantes (59%), situações de perigo (58%) e outras situações (57,2%) não especificadas na origem do acolhimento no lar (CNPCJR, 2000). Nos acolhimentos realizados a crianças do sexo masculino a problemática dos abusos sexuais representa 6,2% dos casos, sendo o principal problema o trabalho infantil (54%) (CNPCJR, 2000). Em 2003, a rede de Comissões de protecção acompanhou 14256 crianças onde 3,3% correspondia a casos de abuso sexual (CNPCJR, 2003), contudo, as estatísticas judiciais demonstram que os adolescentes com idade inferior a 14 anos, correspondem ao grupo etário mais frequentemente vítima de ofensas sexuais (GEPMJ, 1998 citado por Machado, 2002).

Ao analisarmos os dados relativos ao ano de 2006 e se relacionarmos as problemáticas que originaram o acolhimento institucional com as idades das crianças e jovens acolhidas observamos que a incidência dos abusos sexuais em crianças até aos 5 anos de idade representa 237 dos 7625 processos analisados (89 do sexo masculino e 148 do sexo feminino) (Alvarenga, 2006). Os abusos sexuais perpetrados contra crianças dos 6 aos 10 anos constituem 211 dos 5950 processos analisados (80 do sexo masculino e 131 do sexo feminino). Nos processos analisados relativos a jovens dos 13 aos 14 anos (3609) verificaram-se 105 casos de abusos sexuais (23 rapazes e 82 raparigas) (Alvarenga, 2006). Nos jovens com mais de 15 anos o número de abusos sexuais verificados no total de processos (3649) representa 108 (22 do sexo masculino e 86 do sexo feminino). Desta forma, ao longo do ano de 2006, a CPCJR instaurou 20 833, dos quais 661 por abusos sexuais contra crianças e adolescentes.

4.3.2. Prevalência dos abusos sexuais

A prevalência corresponde ao número de indivíduos numa população que experimentou um problema específico, neste caso, sofreu, durante a infância, uma experiência de abuso sexual. O estudo desta questão tornou-se mais frequente a partir dos anos 70, e deste dessa altura que a prevalência dos abusos sexuais foi avaliada, quer localmente como a nível internacional, sendo sustentada a ideia de que este é um problema internacional (Almeida, 2003) e que atinge, indistintamente, todas as classes sociais, idades, etnias, religiões e culturas (Faleiros, 1997; Drezett, et al., 2001; Ribeiro, Ferriani & Reis, 2004). No entanto, também, a obtenção de dados concretos sobre a prevalência do problema é difícil, devido às divergências, entre os vários estudos na amostra, procedimentos de selecção, métodos de recolha, mas principalmente,

dificuldades em unificar a definição.

Apesar das discrepâncias entre os vários estudos, os mesmos concordem que o abuso sexual é um problema amplo, uma vez que, apesar da existência de baixas taxas de prevalência estas não testemunham o verdadeiro problema, podendo as taxas reais serem mais elevadas (Barbosa, 2001). Calcula-se que cerca de 12 milhões de pessoas, a cada ano, em todo o mundo são vítimas de violência sexual (Drezett, et al., 2001; Ribeiro, Ferriani & Reis, 2004).

Entre os estudos realizados nesta área destacam-se os estudos de Bagley (1995, citado por Paiva, 2007) que verificou que, numa amostra de 898 mulheres, 85,8% tinha sido vítima. E o estudo de Ferguson e Muller (1999, citado por Paiva, 2007) onde concluíram que 80,6% das mulheres da amostra de 516 tinham sido vítimas de Abuso.

A literatura sugere que uma em cada quatro raparigas e um em cada seis rapazes experimentam algum tipo de violência sexual antes dos 18 anos (Sanderson, 2005, citado por Habigzang, 2006), embora existem estudos que defendem a existência de um número menos elevado. Contudo, a grande maioria dos autores reconhece a existência de uma maior prevalência da problemática na população feminina (Habigzang, Koller, Azevedo & Machado, 2005; Narvaz, 2003; Epstein & Bottoms, 1998, Fish & Scott, 1999, Kinzl, Traweg, & Biebl, 1995, citados por Figueiredo et al., 2001), defendendo que estas sofrem 1,5 a 3 vezes mais abusos que os homens (Finkelhorn, 1994 citado por Williams, 2002). Existem autores que defendem uma não discriminação entre sexos, fazendo referência a existência de estereótipos na sociedade actual (Melchert, 2000, citado por Figueiredo et al., 2001; Laranjeira, 2000). Em Portugal tem-se verificado uma maior prevalência junto da população feminina.

Quanto à idade do abuso, este pode ocorrer em qualquer idade, contudo, é mais frequente antes do início da adolescência (Figueiredo et al., 2001) concentrando-se em média entre os 5 e os 8 anos de idade (Habigzang et al., 2005).

As investigações, também, diferem em relação ao tipo de abuso mais prevalente na população, existindo estudos que defendem que o abuso sexual é mais reportado a elementos fora da família ou que a prevalência é igual, dentro e fora da mesma (Brayden, Deitrich-MacLean, Deitrich, Sherrod & Altemeier, 1995, citado por Figueiredo et al., 2001). A grande maioria das investigações defende que um número muito significativo de abusos sexuais é de natureza incestuosa (cerca de 90%) (Habigzang, et al., 2005; Narvaz, 2003) onde mais de metade são perpetrados pelos próprios pais (Maia, 2001; Figueiredo et al., 2001) e ocorrem na grande maioria em famílias pobres (Faleiros, 1997; Camões, 2005).

Um estudo realizado no Brasil permitiu concluir que na infância o principal agressor é o pai biológico (14,1%) e o padrasto (12,5%), enquanto que na adolescência o padrasto e o namorado correspondem aos principais agressores (11,9%) (Squizatto & Pereira, 2004).

Um outro aspecto importante a salientar é a contradição existente entre as estimativas e a ideia que o senso comum tem do abusador. Tradicionalmente o abusador era considerado uma pessoa idosa, no entanto, as investigações, têm vindo a contrariar

este estereótipo, demonstrando que na maioria dos casos o abusador é um jovem adulto com idade compreendida entre os 21 e os 34 anos, cuja média de idade é 29 anos (Watson, 2007).

Em Portugal é de salientar o estudo realizado por Figueiredo, Paiva, Matos, Maia e Fernandes (2001). Estes autores avaliaram, junto de 402 casais adultos, pertencentes aos distritos do Norte, a presença de histórias de maus-tratos na infância/adolescência, concluindo que existe uma baixa percentagem de indivíduos que foram vítimas de abuso sexual. Este tipo de abuso foi muito raro, verificando-se que 2,6% dos pais e 2,7% das mães foram vítimas. Desta percentagem, 1,8% dos pais foi vítimas de abuso sexual antes dos 13 anos (1,9% das mães e 1,7% dos pais), onde prevalecem os “toques inapropriados” (1,6%) e 1,4% foi vítima depois dos 13 anos (1,6% das mães e 1,3% dos pais), onde as “carícias sexuais” sofram o tipo de abuso mais vivenciado. Relativamente ao abusador, as mães foram mais frequentemente vítimas de “outras crianças” quer antes (45,5%) ou depois dos 13 anos de idade (67%). Enquanto os pais identificam com uma maior frequência o pai como o abusador antes dos 13 anos de idade (42,9%), e “outras crianças” depois dos 13 anos de idade (100%). Os autores justificam a baixa prevalência da problemática, através da relutância que o procedimento de recolha de informação poderia ter na amostra para responder honestamente às questões (Figueiredo et al., 2001).

4.4. Contexto de abuso

Uma outra forma de definir o abuso sexual é através do contexto onde ocorre, dividindo-se, assim, em abusos sexuais praticados fora da família, extrafamiliar; e abusos sexuais perpetrados dentro da mesma, intrafamiliar ou incesto (Rodrigues, 2008; Habigzang, et al., 2005; Encheburúa & Guerricaechevarría, 2000; Dell’Aglío et al., 2006; Watson, 2007).

4.4.1. Abuso Sexual extrafamiliar

O abuso sexual extrafamiliar ocorre fora do contexto familiar e pode ser praticado quer por pessoas alheias ao convívio da família (apesar de poderem ser conhecidas desta), ou por pessoas desconhecidas da mesma (Dell’Aglío et al., 2006). Este tipo de violência pode envolver crianças/ adolescentes em pornografia e exploração sexual (Amazarray & Koller, 1998; Koller, Moraes & Cerqueira-Santos, 2005, citados por Habigzang, et al., 2005), podendo, por vezes, incluir, também, toques, carícias sexo oral e relações de penetração (Lima, 2003).

4.4.2. Abuso sexual Intrafamiliar

A representação social da família sofreu mudanças significativas ao longo da história, apresentando-se, actualmente, como um espaço de natureza eminentemente privada, que tem uma importância decisiva na construção da identidade da criança. Esta ao longo da sua infância vai desenvolvendo e formando a sua identidade, autonomia e a

consciência de sua integridade corporal, dando-se esta aprendizagem (Faleiros, 1997), principalmente no seio familiar, sendo este o transmissor dos reportórios básicos dos comportamentos, valores culturais e outros, e provendo aos mesmos bens, sustento e educação (Habigzang, 2006; Lima, 2003). Embora a criança seja dependente dos familiares para o seu desenvolvimento físico, intelectual, emocional e social (Gomes, 2005), nem sempre estes desempenham a sua função protectora, podendo este meio ser um factor de risco, onde os maus tratos são frequentes e perigosos, tal como têm demonstrado as investigações (Almeida, André & Almeida, 1999).

Tal como se verifica com a definição do termo abusos sexuais, também existem dificuldades em conceptualizar-se o conceito de abuso sexual intrafamiliar, encontrando-se na literatura várias definições do termo, umas mais completas do que outras. Contudo, para definir este conceito, penso que é importante fazer referência à definição do National Center on Child Abuse and Neglect (USA). Este considera que o incesto é o tipo de abuso perpetrado contra uma criança por um membro do seu grupo familiar, incluindo a relação sexual, e todo e qualquer acto que tenha por finalidade estimular sexualmente uma criança ou usar a mesma para estimulação sexual do perpetrador ou de outra pessoa (Matias, 2006; Flores, 1998).

Assim, apesar das inúmeras controvérsias em torno do termo incesto, há que enfatizar que no presente trabalho, o conceito é entendido como todo o tipo actividade sexual praticada contra uma criança/adolescente por pessoas que têm com a mesma uma proximidade, relação de parentesco, afinidade ou que desempenham o papel de cuidadores (tutor, cuidador ou familiar da criança) (Dell'Aglio et al., 2006) ocorrendo num espaço que deveria ser seguro para as mesmas. Este tipo de abuso viola todos os direitos das crianças, negando-lhes os valores humanos fundamentais, como a vida, liberdade e segurança (Meurer, 2006).

O incesto não é uma questão nova, tendo sido encarado de forma diferente ao longo da histórica, e tendo constituído objecto de estudo. Contudo, a sociedade ainda mantém uma resistência em aceitar a existência desta problemática como um fenómeno frequente (Gabel, 1997; Faleiros, 2003). Bass (1985, citado por Gomes, 2005) defende que o abuso intrafamiliar é parte de uma cultura onde ainda se tolera a violência, verificando-se, na literatura, que entre 80% a 90% das ocorrências de maus-tratos contra crianças e adolescentes são perpetradas no ambiente familiar (Habigzang, 2006; Habigzang et al., 2005; Lima, 2003), onde o pai e o padrasto são os principais perpetradores (Braun, 2002; Cohen & Mannarino, 2000a; Habigzang & Caminha, 2004; Koller & De Antoni, 2004; Habigzang et al., 2005; Brino & Williams, 2003; Watson, 2007), apesar dos vários estudos não chegarem a um consenso sobre a prevalência. Desta forma, Gabel (1997) concluiu que cerca de 25% dos abusos são cometidos dentro das famílias, enquanto 65% são exercidas por pessoas conhecidas das crianças, entre as quais outras crianças, representando os abusos sexuais por desconhecidos apenas 10%. Outros estudos, concluíram que 48% dos abusos sexuais era cometidos por um amigo ou conhecido da família, 31% envolvia um membro da família e 22% dos abusos eram cometidos por estranhos (Watson, 2007). Através de uma análise dos processos

de denúncia de abusos sexuais, Habigzang, Koller, Azevedo e Machado (2005), verificaram que o principal contexto de violência foi a casa da própria vítima (66,7%), Azevedo e Guerra (2002, citado por Gomes, 2005) observaram resultados idênticos nos seus estudos. Estes autores, defendem que o maior agressor é o pai, sendo este tipo de violência repetida durante um longo período de tempo, e inicia-se mais cedo, isto é, as vítimas são ainda muito novas (um terço das denúncias referem-se a crianças com 5 anos ou menos), uma vez que a vítima encontra-se perto geograficamente. A vítima preferencial é do sexo feminino (Gomes, 2005; Roque & Ferriani, 2007; Matias, 2006; Schreiner, 2008; Lima, 2003), embora não signifique que as crianças antes do sexo masculino não sejam vítimas.

Dinâmica do abuso intrafamiliar

O abuso sexual intrafamiliar é desencadeado e mantido numa dinâmica complexa, ocorrendo através de sucessivas fases: interacção sexual, sigilo e revelação (Lima, 2003). Neste tipo de abuso, o abusador utiliza a confiança e o afecto que a criança tem por ele (Gomes, 2005), através de mentiras, falsos argumentos e o uso do poder para iniciar, de forma imperceptível, o abuso sexual, levando a que na maioria dos casos as crianças não identifiquem a interacção como abusiva (Habigzang, 2006; Faleiros, 1997), confundindo-a, por vezes, com um acto de carinho (Camões, 2005; Leal, 1997; Lima, 2003). Esta situação acontece pois, muitas das vezes, a criança ainda não sabe que certas carícias são próprias do amor sexual e não do amor filial (Saffioti, 2000, citado por Gomes, 2005) uma vez que os pais erotizam a relação pai-filho. Estas crianças poderão até gostar das carícias incestuosas, pois estas representam as únicas manifestações de afecto que a criança conhece (Meurer, 2006), considerando-se como única beneficiária e sacrificada do grupo familiar (Saffioti, 2000, citado por Gomes, 2005). Outras crianças, porém, encaram o abuso como algo repugnante e difícil de entender.

Perrone e Nannini (1998, citado por Gomes, 2005) afirmam que o adulto utiliza sua vantagem intelectual e física, bem como, da sua posição de autoridade, do seu poder social e do seu papel de responsabilidade para planear o comportamento da criança em benefício da sua satisfação sexual, uma vez que esta encontra-se em desvantagem. Este tipo de relação implica, de um lado um pólo de dominação (pólo adulto) e de outro, um pólo de objecto e submissão aos desígnios e desejos do outro (pólo criança/adolescente) (Lima, 2003).

A criança, por vezes, toma consciência do abuso, quando este se torna explícito (Habigzang, 2006), visto que, geralmente, a interacção sexual começa com jogos ou brincadeiras que envolvem carícias, e posteriormente, com masturbação ou exposição do corpo evoluindo depois para o contacto buço-genital, e só em alguns casos para a penetração vaginal (Encheburúa & Guerricaechevarría, 2000; Lima, 2003). A fase do sigilo ocorre quando a vítima percebe a gravidade da situação e o abusador procura mantê-la em segredo, vinculando sua acção, à sedução e à ameaça, recorrendo a práticas coercitivas, como pressões psicológicas, físicas, morais e religiosas (Leal, 1997). Furniss (1991, citado por) chamou a este facto “síndrome de Segredo”, pois este

leva a criança a acreditar nas ameaças, desenvolvendo crenças de que é culpada pelo abuso, sentindo vergonha e medo em revelá-lo à família.

A revelação da violência sexual por parte das crianças, representa um enorme conflito para a mesma, visto que muitas das vezes esta não é vista como verdadeira, considerando-se que a criança poderá fantasiar tais situações e distorcer a realidade afectiva (Leal, 1997; Lima, 2003) (esta ideia é defendida também pela abordagem clínico/comportamental). Assim, a criança oculta o abuso por medo de ser castigada (com agressões físicas ou expulsa de casa), não acreditada e não protegida (Habigzang, 2006; Meurer, 2006; Scherer & Scherer, 2000; Williams, 2002); ou utilizando a mentira como forma de resposta ao abuso e proteger-se. Aqui a criança, embora não tolere o abuso, tende a adaptar-se psicologicamente a ele, internalizando (Furniss, 2002, citado por Meurer, 2006) e utilizando processos de adaptação e enfrentamento. DiPalma (1994, citado por Scherer & Scherer, 2000) identificou este processo num estudo exploratório que concluiu que as crianças vítimas de abuso poderão utilizar estratégias de evitação e mecanismos de defesa que conduzem a um ajustamento saudável.

Muitas vezes, as ameaças à criança são acompanhadas por um agravamento da situação abusiva e de outras formas de violência (Furniss, 1991; Gabel, 1997; Lima, 2003). Existindo, tipos de violência associados ao abuso, nomeadamente, a negligência e abusos físicos e emocionais (Encheburúa & Guerricaechevarría, 2000, Habigzang, 2006), tal como demonstram as investigações, que concluem que, com frequências, as vítimas de abuso sexual são igualmente vítimas de abuso físico (Fish & Scott, 1999, Liem & Boudewyn, 1999, citados por Figueiredo et al., 2001), estimando-se que mais de 90% das vítimas apresentem formas múltiplas de maus-tratos (Belsky, 1993, citado por Flores, 1998).

Características das famílias incestuosas

Alguns investigadores nesta área identificaram alguns padrões de funcionamento das famílias abusivas, nomeadamente Perrone e Nannini (1998, citado por Gomes, 2005) que defendem a existência de quatro formas de encarar o problema numa família abusiva: 1) considerar a violência como um fenómeno interacional, resultante de um processo de comunicação particular entre dois ou mais elementos; 2) todos os elementos são responsáveis; 3) o adulto é capaz de garantir a segurança da família e, se não o faz, pode estimular aspectos violentos e incontrolados dentro dela e, 4) qualquer indivíduo pode ser violento com diferentes modalidades ou manifestações. Furniss (2002, citado por Meurer, 2006) afirma que a vítima é envolvida na situação e, negar esse facto, significa retirar a experiência e a participação da criança, sendo uma forma de segredo; e que embora o papel da vítima não seja activo para iniciar o abuso, ela é participante activa na interacção abusiva, mesmo quando forçada.

Mayer defende que o incesto entre pai e filhos implica toda a família e cada membro é activo na perpetração do abuso (Jiménez et al., 2002), visto a violência não ocorre às escondidas dos outros (Felipe, 1999, citado por Gomes, 2005). No entanto, a violência gera um ambiente fechado e articulado, com uma fronteira organizacional

pouco permeável ao exterior (Azevedo & Guerra, 2002, citado por Gomes, 2005). Neste ambiente predominam os sentimentos de medo e de desamparo que contribuem para que o abuso seja mantido em segredo pela própria vítima e familiares que, em alguns casos conhecem a situação, mas não a denunciam. Assim, a revelação do abuso torna-se um processo extremamente difícil onde estão implicados laços e vínculos familiares, a própria dinâmica familiar e, por vezes, a própria existência, podendo os abusos registarem-se interruptamente por meses ou anos até serem revelados (Leal, 1997). Os mitos sexuais infantis tornam a revelação do segredo numa questão difícil, tornando a violência sexual intrafamiliar um fenómeno de difícil descoberta, conduzindo a culpa para a vítima e aumentando os sentimentos de culpa da mesma (Gomes, 2005).

De acordo com Schmickler (2001, citado por Meurer, 2006) o papel das mães na dinâmica incestuosa é muito importante, visto que estas têm a capacidade de interromper o abuso sexual do qual o filho/a é vítima e minimizar os efeitos deste nas crianças. Pois, o apoio emocional das mães está, significativamente, correlacionado com melhores padrões de avaliação e formas de lidar com o abuso pelas crianças (Conte & Schuerman, 1987, Everson, Hunter, Runyan, Edelson & Coulter, 1989, citados por Alagia, 1999). No entanto, a literatura tem demonstrado que estas costumam desresponsabilizar-se da denúncia dos mesmos (Deblinger & Heflin, 1996, citado por Almeida, 2003; Gomes, 2005) e mantêm o vínculo conjugal com o abusador (Perrone & Nannini, 1998, citado por Meurer, 2006), sendo cúmplices. A cumplicidade por parte das mães verifica-se devido a vários factores, nomeadamente, ao facto destas serem, na grande maioria, dependentes emocional ou economicamente dos companheiros. As investigações, também, têm demonstrado que as mães das vítimas de incesto também foram vítimas deste tipo de violência durante a infância (Narvaz, 2003), facto que dificulta a identificação do que está a acontecer e a não denúncia do caso, devido ao medo, desprotecção, dor, confusão e ambivalência diante da nova situação de abuso (Sattler, 1994, citado por Narvaz, 2003), ou pelo medo do término da relação conjugal. A atitude materna não protectora, ausente, submissa e alheia às necessidades dos filhos reforça a repetição e a manutenção do abuso, podendo revelar-se um factor de risco (Meurer, 2006). No entanto, Zavaschi (1991, citado por Narvaz, 2003) defende que 76% das denúncias de abuso sexual são feitas principalmente pelas mães, que em vez de compactuar com o agressor acreditam e apoiam as crianças vitimizadas (Almeida, 2003), sendo esta ideia, também, defendida por outros autores (e.g. Adams-Tucker, 1982, Meyer, 1985, Salt, Myer, Coleman & Sauzier, 1990, citados por Alagia, 1999). Estes relatam que entre 27% e 87% das mães dão apoio aos filhos abusados após a divulgação do abuso. Assim, grande parte das mães acredita e apoia os filhos, embora isso aconteça em maior número quando o abusador é um parente, diminuindo a crença e o apoio ligeiramente quando o abusador é o pai biológico, e diminuindo significativamente quando o crime é cometido pelo padrasto ou companheiro (Salt, Myer, Coleman & Sauzier, 1990, Sirls & Franke, 1989, citado por Alagia, 1999). Este facto vem contrariar a ideia de Furniss (1993, citado por Narvaz, 2003) que defende que são raros os casos de incesto sobre os quais as mães não têm conhecimento e



silenciam a questão, oferecendo por vezes a sexualidade dos filhos como forma de garantir o sustento e o equilíbrio familiar. Estas, de acordo com Felipe (1999, citado por Gomes, 2005), são uma espécie de substitutas para a satisfação infantilizada masculina, inadequada para uma mulher que, muitas das vezes também, não consegue satisfazer as necessidades do companheiro, devido a várias razões (Herman & Hirschman, 1981, citado por Alagia, 1999).

A investigação tem demonstrado uma maior prevalência dos abusos sexuais nas classes mais desfavorecidas (Meurer, 2006). Contudo, a pobreza não pode ser considerada uma causa directa para a ocorrência desta violência, sendo segundo alguns autores, uma situação de risco, visto que, a divisão entre o público e o privado é muito frágil (Meurer, 2006), ocorrendo um maior risco para a promiscuidade, a falta de alojamento, as frustrações da miséria e do desemprego, o analfabetismo, o alcoolismo, a falta de diálogo com as crianças (Faleiros, 1997). A ocorrência de abusos sexuais nas famílias de classes médias e altas é ocultada grande parte das vezes pela mesma que procura ajuda para lidar com a situação, junto de vários recursos (Faleiros, 1997).

Finkelhor (1994, citado por Júnior, 2006) defende que os factores de risco se dividem em dois grandes grupos: os que diminuem a quantidade e a qualidade do cuidado infantil por parte dos pais; e os que produzem crianças vulneráveis, carentes emocionalmente. Esta vulnerabilidade ao risco pode relacionar-se com vários factores que têm sido identificados por vários autores, nomeadamente, Azevedo e Guerra (1994, citado por Filho, 2007) que ao estudarem as famílias incestuosas, identificaram quatro características para a ocorrência deste tipo de violência. A primeira característica, também identificada por outros autores, é a existência de relações interpessoais assimétricas e hierárquicas, marcadas pela desigualdade e/ou relação de subordinação, onde o pai é o chefe autoritário e a mulher e filhos os subordinados (Butler, 1982; Herman, 1983; Russell, 1986, citado por Alagia, 1999; Filho, 2007). Nestas famílias os segredos são reforçados através de ameaças e/ou maus-tratos físicas e/ou psicológicas. A segunda característica corresponde à falta de limites e regras claras (Filho, 2007), facto que conduz a fronteiras intergeracionais confusas (Gomes, 2005) e a papéis sexuais rígidos e/ou mal definidos, podendo existir dificuldades conjugais, nomeadamente, insatisfação conjugal (Meurer, 2006) e onde existe o abuso de álcool e outras drogas. São famílias perturbadas com uma dinâmica rígida ou caótica e onde as mudanças são difíceis de aceitar, sendo o abuso sexual resultado dessa perturbação (Lima, 2007). A comunicação empobrecida ou fragmentada entre os membros da família (Scherer & Scherer, 2000) foi identificado como a terceira característica, visto permitir a instalação e a manutenção do segredo do abuso (Lima, 2003). Ocorre, também, uma “confusão de discurso” em que o adulto distorce a resposta dada à criança (Filho, 2007; Lima, 2003). De acordo com Forward e Buck (1989, citado por Meurer, 2006), o facto de um dos progenitores terem sido vítima de abuso ou negligenciado nas famílias de origem é um factor de risco para a ocorrência de abuso, ocorrendo violência intrageracional (Scherer & Scherer, 2000).

Um estudo realizado por Roque & Ferriani, (2007), cujo objectivo era a construção de genogramas das famílias onde o incesto é presente, verificou que os resultados

estavam em consonância com a literatura, pois grande parte dos casos denunciados provem de famílias reestruturadas, onde existem diferentes e sucessivas relações amorosas, rupturas regulares, envolvendo elementos de violência, não reconhecimento de paternidade dos filhos, sucessivas mudanças de domicílio, entrega de filhos em adoção, pouca inserção no mundo do trabalho ou trajetórias profissionais instáveis no meio rural.

Assim, a situação familiar envolvida nos maus-tratos é complicada, os pais geralmente tem baixa auto-estima, vivem isolados socialmente, sendo este isolamento, também usado para silenciar o abuso (Walker, 1984, citado por Alagia, 1999). São famílias onde há uma pobre utilização dos recursos da comunidade e passividade excessiva, existindo uma disfunção familiar (Scherer & Scherer, 2000).

No entanto, para compreender o abuso é necessário conhecer a dinâmica familiar, visto que não existe uma relação de causalidade entre os factores de risco e a existência de abuso sexual, pois este não possui um único factor desencadeador, mas é o resultado de uma série de condições que favorecem o seu aparecimento (Papalia, 2000, citado por Camões, 2005).

4.5. Variáveis moderadoras e medidoras nos ASI

A violência sexual contra crianças/adolescentes representa um grave problema de saúde pública devido aos elevados índices de incidência e às sérias consequências para a criança, sendo esta afectada em várias áreas do seu funcionamento, nomeadamente ao nível psicológico, emocional, sexual, cognitivo, físico, familiar e académico (Scherer & Scherer, 2000; Padilha & Gomide, 2004; Habigzang et al., 2005; Brino & Williams, 2003; Alagia, 1999).

O tipo de respostas provocadas pelos abusos sexuais são muito heterogêneos, e as crianças não são igualmente traumatizadas, sendo afectadas de formas diferentes (Dell'Aglio et al., 2006; Jiménez et al., 2002; Almeida, 2003), não existindo uma sintomatologia comum às vítimas (Almeida, 2003; Habigzang et al., 2005; Jiménez et al., 2002). De acordo com Harvey e Herman (1992) uma percentagem significativa (20 a 50%) de vítimas de abuso sexual não apresenta sintomatologia após a vitimização (Williams, 2002; Beltran, 2006), existindo um conjunto complexo de interacções entre factores, que influenciam o impacto dos abusos sexual nas vítimas, tal como tem apontado a literatura. Tem sido identificado algumas variáveis que podem minimizar ou exacerbar o risco de desenvolver problemas psicológicos, existindo autores que categorizem as mesmas em três conjuntos de factores: 1) factores intrínsecos à criança, nomeadamente, a saúde emocional prévia, temperamento, experiência anteriores e crenças; 2) factores extrínsecos como a rede de apoio social e afectiva, isto é, o conjunto de sistemas e pessoas significativas que compõem os elos de relacionamento existentes e percebidos pela criança; e 3) factores relacionados com a violência sexual em si, que incluem idade de início, duração e frequência do abuso, grau de violência, diferenças de idade e vínculo entre o abusador e a vítima, grau de segredo e ausência de figuras parentais protectoras (segundo Furniss, 1993, citado por Scherer & Scherer, 2000; Habigzang et

al., 2005; Habigzang, 2006; Júnior, 2006). De acordo com Sanderson é necessário ter em conta as consequências da revelação no estudo do impacto dos abusos, visto que este é um factor de risco para o desenvolvimento de psicopatologias (Júnior, 2006), tendo outros autores acrescentado o grau de apoio familiar, principalmente materno (Rimza & Berg, 1988, Young, 1992, citado por Bailey, 2000).

Furniss (1993, Júnior, 2006) afirma que não se deve julgar a severidade do abuso sexual apenas pelas suas consequências, pois, o impacto deste nas crianças correlaciona-se, maioritariamente, com os factores relacionados com a violência em si.

Na parte posterior explicarei a importância de cada uma das variáveis moderadas no exacerbar ou minimizar das consequências dos abusos sexuais.

4.5.1. Factores extrínsecos

Divulgação

A divulgação é um processo muito difícil para a vítima, acarretando várias consequências para a mesma, como sugere Berliner e Conte (1995, citado por Bailey, 2000), pois, frequentemente conduz a uma série de reacções no ambiente familiar (Beltran, 2006), que podem, na maioria das vezes, conduzir ao aumento dos efeitos negativos e da sintomatologia, nomeadamente, quando a família, amigos e juízes atribuem a culpa do abuso à criança (Habigzang et al., 2005; Jiménez et al., 2002), ocorre a dissolução da família; e, quando a vítima recebe recompensa pelo mesmo (Amazarray & Koller, 1998; Gabel, 1997). Desta forma, o bem-estar psicológico das vítimas parece ser influenciado por variáveis como a reacção dos pais à divulgação/descoberta do abuso, a presença de depressão nos pais depois da divulgação, a negação do mesmo pela mãe ou a hostilidade e rejeição (Beltran, 2006).

A literatura, também, tem identificado a existência de alguns factores que facilitam a divulgação dos abusos sexuais, como a gravidade dos mesmos, a relação abusador- vítima, a duração do abuso e o uso da força. A investigação sugere que 32% dos indivíduos sexualmente abusados, quando revelam o abuso, as reacções são de negação e de rejeição por parte dos outros (Summit, 1983, Testa, Miller, Downs, & Panek, 1992, citado por Bailey, 2000). A literatura, também, sugere que, a divulgação, tende a ocorrer, com uma maior frequência, quando a vítima é adolescente e quando os abusos são mais graves e menos duráveis e quando estes são extrafamiliar e não envolve penetração. Williams (1992) verificou que abusos que se iniciam precocemente e onde existe uma relação com o abusador são menos revelados. Este facto também foi confirmando por Kuehnle (1996, citado por Bailey, 2000).

Nagel, Putnam, Noll e Trickett (1997, citado por Beltran, 2006) indica que a descoberta de abuso sexual pela família é, na maioria das vezes, accidental, uma vez que eles tendem a não revelar o abuso. Mendelsohn e Sewell (2004, citado por Beltran, 2006) defendem que a revelação do acontecimento traumático é mais negativo para as vítimas de sexo masculino, provocando uma maior reticência, embora, Peters e Range (1995, citado por Beltran, 2006) afirma que as diferenças entre as vítimas não são

significativas.

Apoio Parental

Vários investigadores, nomeadamente, Conte e Schuerman (1987, citado por Bailey, 2000; Feather, 2007) têm sugerido que a existência de uma relação familiar favorável e o nível do apoio familiar na revelação de abuso sexual podem ter um efeito elevado na adaptação das vítimas à experiência abusiva e no ajustamento psicológico destas (Courtois, 1988, Finkelhor & Browne, 1985, Ratican, 1992, in Bailey, 2000).

A investigação tem estudado a importância do suporte social no impacto dos abusos sexuais, embora, seja importante, distinguir entre as relações que o indivíduo tem (rede social) e a real dimensão da sua rede de apoio, ou seja, o apoio que recebe a partir da revelação. Este tipo de relações são importantes porque inclui o suporte emocional, a expressão de emoções, partilha de sentimentos e confiança, sendo estes factores que ajudam o indivíduo a lidar adequadamente com a situação (Beltran, 2006). Desta forma, vários autores têm argumentado que o apoio social tem um efeito directo e positivo na adaptação ao abuso sexual (Aneshensel & Stone, 1982, citado por Beltran, 2006). Embora outros autores defendem que este facto depende da mediação de outras variáveis, como o sexo da vítima (Matud, Ibanez, Bethencourt, Marrero & Carballeira, 2003, citado por Beltran, 2006), idade (Rosenthal, Feiring & Taska, 2003, citado por Beltran, 2006) e, especialmente, a fonte de apoio (Denkers, 1999, Feiring, Taska & Lewis, 1999, citados por Beltran, 2006). Algumas investigações têm demonstrado que o suporte parental é um factor determinante na adaptação das crianças aos abusos, mais do que as características dos mesmos. Concluído que a falta de apoio maternal pode ter um maior impacto no desenvolvimento de psicopatologias, comparando com as características da própria experiência abusiva. Spaccarelli e Kim (citados por Kim, Noll, Putnam & Trickett, 2007) sugerem que o suporte é o determinante na construção da resiliência da criança vítima de abusos sexuais. Os vários estudos sugerem que as crianças mais jovens recebem mais apoio que as crianças mais velhas em resposta à vitimização sexual.

A indiferença parental, raiva e incredulidade, a falta de intervenção, bem como a atribuição da culpa à vítima têm um maior impacto no desenvolvimento de psicopatologias em vítimas de abuso sexual (Ruddock & Waller, 1993, citado por Bailey, 2000). De acordo com Rosenthal, Feiring e Taska (2003, citado por Beltran, 2006) as vítimas que percebem níveis mais elevados de apoio parental mostraram níveis menores de sintomas depressivos e uma maior auto-estima. Enquanto que a percepção de um maior apoio por parte dos pais, em comparação com o apoio parental, aumenta os sintomas depressivos e diminui a auto-estima da vítima.

Contudo, Mullen (1993, in Bailey, 2000) relembra que mesmo o mais estável dos ambientes familiares pode não ser suficiente para atenuar os efeitos do abuso sexual profundo.

4.5.2. Factores relacionados com a violência sexual

Frequência e duração do abuso sexual

A frequência e a duração do abuso sexual parecem ser variáveis que têm uma incidência directa sobre o desenvolvimento de psicopatologias em vítimas, sendo sugerido que o abuso perpetrados de forma mais frequente pode agravar a sintomatologia (Briere & Conte, 1993, Friedrich, Uргуiza, & Beilke, 1986, Young, 1992, citados por Bailey, 2000).

Hartman e Burgess (1993, citado por Bailey, 2000) através de um estudo observaram adultos que forma vítimas de abuso sexual durante um longo período de tempo, tendo verificado que estes apresentavam mais sintomas de ansiedade, depressão e dissociação crónica. Wolfe, Sas e Werkerle (1994, citado por Bailey, 2000) observaram que cerca de 48,9% das crianças apresentavam sintomas de perturbação pós-stress traumático. Assim, quanto mais prolongado e repetido é o abuso maior será o trauma (Jiménez et al., 2002; Almeida, 2003).

No entanto, alguns autores sustentam a ideia que a exposição a abusos mais repetidos, durante um maior período de tempo pode conduzir a um aumento da tolerância e habituação ao mesmo (Carlson, 1984, Courtois, 1979, Greenblat, 1983, citado por Bailey, 2000).

Tipo de abuso sexual

A investigação tem demonstrado que a topografia sexual que provoca maiores danos nas vítimas são as formas de abuso mais intrusivas, onde ocorre penetração oral, vaginal ou anal, comparativamente como as vítimas onde não ocorre penetração (Almeida, 2003; Alves, Batista & Martins, 2005; Jiménez et al., 2002; Beltran, 2006). Russell (1986, citado por Bailey, 2000) verificou que os indivíduos com um maior trauma foram vítimas de abusos sexuais onde prevalecia o sexo anal (59%), carinho nos seios e nos genitais com roupa (36%) e beijar ou tocar em várias partes do corpo com roupa (22%). Níveis mais elevados de depressão foram observados em indivíduos vítimas de abuso sexual mais intrusivo (Bailey, 2000). Autores como Bagley e Ramsay (1985, citado por Bailey, 2000) sugerem que o abuso sexual com penetração é o único factor saliente para a determinação de psicopatologia nas vítimas. No entanto, alguns estudos (Anderson, Bach & Griffith, 1981, Fromuth, 1986, citado por Bailey, 2000) não encontraram associações entre as duas variáveis. Collings (1995, citado por Beltran, 2006) analisou o impacto dos abusos sexuais em universitários do sexo masculino, e concluiu que as vítimas de abuso sexual sem contacto não apresentavam diferenças significativas de sofrimento psíquico, comparativamente com as vítimas de abuso sexual com contacto, que apresentavam níveis de desconforto psicológico significativo (Collings, 1995, citado por Beltran, 2006).

Métodos de coerção

Os métodos de coerção utilizados para manter o segredo do abuso variam entre estratégias psicológicas para manipular a vítima e meios físicos, como o uso da força física ou a utilização de armas. Estas estratégias podem contribuir para o

desenvolvimento de psicopatologias mais grave nas vítimas (Briere & Conte, 1993, Finkelhor, 1979, Mullen, Romans-Clarkson, Walton & Herbison, 1988, citados por Bailey, 2000). Contudo, existem controvérsias nos estudos. Alguns autores, defendem que os abusadores intrafamiliares são mais violentos do que os extrafamiliares, embora, outros autores discordem, nomeadamente, Fischer e McDonald (1998, citado por Bailey, 2000) que registaram uma taxa mais elevada de uso de força física entre as vítimas de abuso extrafamiliar. Putnam (1997, citado por Bailey, 2000) verificou que o uso de força física é mais prevalente quando as vítimas são mais velhas, visto serem mais propensas a resistir, especialmente quando o abusador não é o pai biológico.

Greenwald, Leitenberg, Cado e Tarran (1990, citado por Bailey, 2000), Mennen e Meadow (1995, citado por Beltran, 2006) defendem que o uso de força física, juntamente, com uma tipologia do abuso mais violento afecta significativamente o estado psicológico das vítimas, podendo aumentar o risco de patologias mais crónicas. Entretanto, Kinzl e Biebl (1992, citado por Bailey, 2000) observou que a falta do uso de força física e violência foi associada a uma maior dificuldade na resolução do trauma do abuso, uma vez que o recurso à força facilita à vítima absolver-se da culpa (MacFarlane, 1983, citado por Bailey, 2000). Quando os agressores usam a coerção psicológica a vitimização pode ser visto como cumplicidade. Calama, Horne, Glasgow e Cox (1998, citado por Beltran, 2006) verificaram que a presença de ameaças por parte do agressor e a utilização de recompensas e subornos encontram-se relacionados com uma variedade de problemas psicológicos. Assim, quanto maior for a intensidade da violência empregada pelo agressor mais problemas de comportamento e sexuais as vítimas apresentam (Jiménez et al., 2002; Almeida, 2003).

4.5.3. Características da vítima

Idade

Uma outra variável importante na moderação dos danos dos abusos sexuais é a idade de início destes. Apesar dos dados não serem conclusivos, alguns investigadores tem demonstrado que crianças mais jovens, devido à imaturidade do sistema nervoso, são mais vulneráveis. Nestas o abuso sexual tem um maior impacto no desenvolvimento cerebral (Nemeroff, 2004, citado por Feather, 2007) porque não têm capacidade para se protegerem (Swanston, 1999), desenvolvendo, mais significativamente, sentimentos de culpa (Ferguson & Lynskey, 1997, citado por Beltran, 2006). A exposição à violência tem sido associada à des-regulação emocional em crianças jovens (Osofsky, 1995, citado por Feather, 2007), conduzindo-as a problemas emocionais e comportamentais. Assim, estas vítimas têm um maior risco a desenvolverem patologias. Contudo, a literatura, também, tem verificado que as vítimas de abuso sexual durante a adolescência apresentam problemas mais graves do que as vítimas em idade mais precoce (Jiménez et al., 2002; Almeida, 2003), relatando níveis mais elevados de depressão, reacções negativas, ansiedade sexual e baixos níveis de auto-estima, quando comparados com vítimas mais jovens (Feiring, Taska & Lewis, 1999, citado por Alman, 2005; Kendall-

Tackett, 2000, citado por Beltran, 2006). Este facto pode verificar-se uma vez que as vítimas de abuso na adolescência sofrem abusos mais invasivos e, na maioria das vezes, com recurso à violência física, e tem um apoio social reduzido, aumentando a percepção das reacções negativas do ambiente (Echeburúa Guerricaechevarría, 2000; Feiring, Taska & Lewis, 1999, citado por Beltran, 2006). Alguns autores, por seu lado, considerem que é necessário realizar uma correlação entre a idade e as outras variáveis comparativas.

Sexo

A grande maioria dos estudos têm demonstrado que o tipo de sintomatologia associada ao abuso sexual não varia significativamente de acordo com o sexo da vítima, em nenhuma faixa etária (Hughes, 1998, Levesque, 1994, citados por Beltran, 2006). No entanto, autores como Ackerman, Newton, McPherson, Jones e Dykman (1998, citado por Beltran, 2006), Fontanella, Harrington e Zuravin (2000, in Beltran, 2006) defendem a existência de diferenças, afirmando que as mulheres apresentam mais sintomatologia internalizante e os homens sintomatologia externalizante. Assim, as mulheres apresentaram uma maior tendência para desenvolver sentimentos de vergonha e funções internas, estáveis e globais para eventos negativos, aumentando, desta forma o risco de sofrimento psíquico (Feiring, Taska e Lewis 1996, citado por Beltran, 2006). No entanto, outros autores verificaram a existência de níveis mais significativos de tentativas e ideação suicida em vítimas masculinas, tal como a presença, em maior número de alcoolismo (Garnefski & Diekstra, 1997, citado por Beltran, 2006).

4.5.4. Características do Agressor

Vínculo afectivo entre a vítima e o abusador

A investigação tem verificado que o tipo de relação entre o abusador e a vítima pode desempenhar um papel importante no tipo e severidade da psicopatologia (Finkelhor & Browne, 1986, Demitrack, Putnam, Brewerton, Brandt & Gold, 1990, Giolas & Sanders, 1991 in Bailey, 2000). Neste sentido, as experiências abusivas onde existe uma relação de intimidade e confiança entre o agressor e a vítima são mais traumatizantes, aumentando os problemas psicológicos, em comparação com o abuso em que o abusador é um estranho (Finkelhor & Browne, 1986, Finkelhor, 1979, citado por Bailey, 2000; Beltran, 2006).

Os abusos intrafamiliares implicam uma violação da confiança entre membros de família levando a criança a sentir uma grande culpa e a ocorrer uma alteração na dinâmica familiar (Finkelhor, 1979, citado por Bailey, 2000). Neste tipo de abusos os actos de violência ocorrem com uma maior frequência, duração e progressão da actividade sexual (Bailey, 2000), facto que aumenta a propensão ao desenvolvimento de psicopatologias, relacionando-se com as outras variáveis que influenciam a forma de adaptação ao trauma, nomeadamente, a falta de apoio da família e o segredo do abuso e a confusão dos papéis sexuais (Bailey, 2000).

A idade do agressor, segundo a literatura, parece não ser uma variável determinante para o desenvolvimento de psicopatologias, embora alguns autores afirmem que quando o agressor é mais jovem as consequências são mais graves. Contudo, têm sido encontradas algumas limitações metodológicas nas investigações na área, pois nem sempre é possível identificar o tipo de abuso sofrido e existe a falta de grupos de controlo (Feather, 2007).

4.6. Consequências dos abusos sexuais

As consequências da violência sexual são sempre sérias, mesmo quando a criança não apresenta sintomas externos ou estes são de pouca relevância, pois podem estar ainda latentes e manifestar-se posteriormente (Amazarray & Koller, 1998; Williams, 2002). Kendall-Tackett, Williams e Finkelhor (1993, citado por Williams, 2002) numa revisão bibliográfica concluíram que existe uma tendência para o desaparecimento dos sintomas com o avançar do tempo (12 a 18 meses após o abuso), averiguando que a vítima adapta-se de forma positiva ao trauma, embora ocorra um agravamento dos sintomas entre 10 a 24% de crianças. Estes autores, também, verificaram que as crianças vítimas de abuso sexual apresentavam mais sintomas problemáticos comparativamente com as crianças não abusadas (Williams, 2002). Desta forma, verificamos que as consequências da experiência abusiva são avassaladoras, e se manifestam a curto, a médio e a longo prazo.

De acordo com Sanderson (1997, citado por Maia, 2001), os efeitos dos abusos podem organizar-se, em seis áreas: (1) perturbações emocionais; (2) qualidade de relações interpessoais; (3) problemas comportamentais; (4) problemas cognitivos e perceptivos; (5) problemas sexuais; e (6) queixas físicas, diferindo estes sintomas de acordo com a idade das crianças e existindo um certo grau de consenso acerca dos mesmos (Brino & Williams, 2003). Desta forma, ao longo deste subcapítulo, tentarei discriminar os sintomas mais frequentes encontrados nos vários estudos, categorizando-os e discutindo-os, de acordo com o modelo de Sanderson, contudo, irei aqui apenas abordar as consequências dos abusos sexuais a longo prazo, uma vez que são aquelas que são visíveis na população em estudo. No entanto, como consequências a curto prazo, entende-se os sintomas visíveis nos dois anos seguintes o abuso (Browne & Finkelhor, 1986, Lopez, 1993, citados por Beltran, 2006). Estas consequências encontram-se resumidas no quadro seguinte.

Tabela 1. Consequências a Curto prazo dos abusos Sexuais infantis

Sintomas apresentados

Perturbações emocionais	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimentos de inferioridade; • Raiva; • Ansiedade; • Depressão; • Sentimentos de Culpa; 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa auto-estima; • Vergonha; • Irritabilidade; • Isolamento social; • Perturbações de stress pós-traumática;
(Habigzang, 2006; Alves, Batista & Martins, 2005; Feather, 2007; Alman, 2005)		
Relações interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> • Retraimento social; • Apatia; • Desconfiança; • Dificuldades de adaptação; 	<ul style="list-style-type: none"> • Padrões de apego inseguro; • Dificuldades na resolução de problemas; • Relações interpessoais pobres; • Dificuldades de relação;
(Williams, 2002; Brino & Williams, 2003; Jiménez et al., 2002; Padilha & Gomide, 2004; Dell'Aglio et al.,		
2006)		
Alterações comportamentais	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de substâncias; • Alterações no comportamento alimentar; • Agressividade; • Comportamentos Regressivos (enurese, encoprese e birras); 	<ul style="list-style-type: none"> • Fugas do lar; • Acções delinquentes; • Hiperactividade; • Comportamentos autodestrutivos; • Comportamentos impulsivos; • Comportamentos destrutivos
(Williams, 2002; Jiménez et al., 2002; Padilha & Gomide, 2004; Dell'Aglio et al., 2006)		
Alterações cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa concentração e atenção; • Dissociação; • Recurso à fantasia; • Propensão à repetição de ano; • Dificuldades no processo de ensino-aprendizagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prejuízos na memória; • Desenvolvimento evolutivo inferior; • Pior rendimento escolar; • Menor inteligência verbal
(Williams, 2002; Beltran, 2006; Padilha & Gomide, 2004; Dell'Aglio et al., 2006; Azevedo &		
Maia, 2006)		
Comportamentos sexuais	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos sexuais impróprios; • Masturbação pública/excessiva; • Solicitação de estimulação sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Conduta sexualizada; • Comportamentos sedutores; • Exibicionismo;
(Williams, 2002; Jiménez et al., 2002; Scherer & Scherer, 2000)		
Queixas físicas	<ul style="list-style-type: none"> • Lesões nos órgãos genitais; • Presença de sémen; • Problemas funcionais; • Perca do controlo dos esfínteres; 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesões cutâneas; • Infecções urinárias; • DST; • Alterações no sono
(Beltran, 2006; Magalhães, 2002; Habigzang, 2006; Scherer & Scherer, 2000)		

4.6.1. Consequências a longo prazo

A literatura é extensa em relação aos sintomas assinalados como efeitos dos ASI, a longo prazo, assim, ao longo deste subcapítulo, os efeitos deste tipo de violência irão ser discutidos de acordo as seis categorias de Sanderson, apresentadas anteriormente (1997, citado por Maia, 2001).

1. Perturbações emocionais

Dentro desta categorização dos impactos dos abusos encontramos algumas das consequências mais internalizantes e frequentes nas vítimas de abuso sexual, referindo-se à presença medos e fobias, sintomas depressivos, ansiedade, baixa auto-estima e sentimentos de culpa. Outras consequências dos abusos sexuais que irão ser abordadas nesta categorização são as perturbações de personalidade e comportamentos auto-

lesivos.

Depressão

Uma das patologias que mais frequentemente é associada ao ASI é a depressão (Watson, 2007; Dods, 2003) observando-se na literatura vários estudos que verificam a sua prevalência junto desta população. Andrews (1995) têm verificado que as crianças e os adolescentes vítimas de abuso mostram-se mais deprimidos e tristes, comparativamente com os seus pares, quer durante a infância, adolescência ou vida adulta (Swanston, 1999), podendo relatar uma maior ocorrência de depressão crónica (Andrews, 1995). Nagy, DiClemente e Adcock (1995) verificaram que existe 1,5 vezes mais de probabilidade das vítimas de ASI relatarem sintomatologia depressiva logo após o abuso, e duas vezes mais 15 anos depois do mesmo. Estas percentagens foram também encontradas por outros autores, nomeadamente, Silverman, Reinherz e Giaconia (1996, citado por Swanston, 1999) e Cheasty, Clare e Collins (1998, citado por Swanston, 1999). Assim, tem sido demonstrado que as mulheres vítimas de ASI apresentam riscos mais elevados de sofrer um episódio depressivo ou terem diagnóstico de Perturbação Depressiva Major, comparativamente com mulheres não vítimas (Watson, 2007; Dods, 2003), sendo, esse risco, de acordo com Bernet e Stein (1999, citado por Maia, Guimarães, Carvalho, Capitão, Carvalho & Capela, 2007) aproximadamente 75%. Outros autores encontraram uma prevalência entre 5% a 29% de diagnósticos de perturbações depressivas em vítimas de ASI, comparativamente com 3% a 10% em não vítimas (Andrews, Martin, Mullen, Romans & Herbison, 1995, citado por Watson, 2007).

Contudo, o desenvolvimento de perturbações depressivas não se encontra directamente relacionado com a ocorrência de experiências abusivas, sendo uma relação mediada por outros factores, como a idade (crianças mais velhas são mais propensas a ter depressão) (Wozencraft, Wagner & Pellegrin, 1991, citado por Swanston, 1999), sexo das vítimas (as mulheres têm um risco mais elevado de desenvolver depressão) (Kazdin, 1990, Nolen - Hoeksema & Girgus, 1994, citado por Swanston, 1999), a qualidade da relação mãe-filho (níveis de depressão materna podem desempenhar um papel importante no desenvolvimento da patologia, principalmente em crianças do sexo feminino) (Boney-McCoy & Finkelhor, 1996; Ferguson, Horwood e Lynskey, 1995, citado por Swanston, 1999) e tipologia do abuso sofrido (abusos mais invasivos conduzem a um aumento do risco) (Lynskey & Ferguson, 1997, citado por Swanston, 1999). Boudewyn e Liem (1995, citado por Swanston, 1999) observaram estudantes universitários e verificaram que as experiências abusivas estão significativamente associadas à depressão, encontrando-se com maior probabilidade em vítimas do sexo feminino, comparativamente com vítimas do sexo masculino. No entanto, Whiffen e Clark (1997, citado por Swanston, 1999) defendem que o abuso sexual infantil encontra-se por si só, significativamente relacionados com a sintomatologia depressiva.

Auto-estima

O abuso sexual infantil tem sido associado ao desenvolvimento de baixa auto-estima, no entanto, a relação entre os dois conceitos, apesar da pouca evidência empírica, parece ser mais prevaente a longo prazo (Swanston, 1999; Dods, 2003). Neste sentido, observamos na literatura estudos como Mullen, Martin, Anderson, Romans e Herbison (1996, citado por Swanston, 1999) que verificaram que o abuso (emocional e sexual) está significativamente relacionado com baixa auto-estima na idade adulta, um declínio no status socioeconómico e uma diminuição na probabilidade de concluir o ensino médio ou atingir uma qualificação. Também, Bagley e Ramsay (1986, citado por Dods, 2003) constaram que as mulheres com baixa auto-estima tinham uma probabilidade quatro vezes maior de terem sido vítimas de abuso sexual. No entanto, a relação entre as duas variáveis ocorre essencialmente em amostras clínicas, como concluiu Courtois (1979, citado por Dods, 2003) ao verificar que 87% das vítimas de ASI relataram que a auto-estima tinha sido afectada pela experiência abusiva por um familiar.

A investigação, não tem apenas estabelecido a ligação entre os dois conceitos, tendo, também procurado descobrir quais os factores preditores da auto-estima e quais as características dos abusos que afectam, de forma mais significativa, a mesma. A investigação, também, tem verificado que certos aspectos do abuso podem afectar a auto-estima, nomeadamente, a severidade do mesmo (formas mais intrusivas conduzem a uma menor auto-estima), a duração do abuso (Stern, Lynch, Oates, O'Toole & Cooney, 1995, citado por Swanston, 1999) e a relação entre abusador e vítima (o incesto produz na criança uma menor capacidade de percepção da relação) (Black, Dubowitz & Harrington, 1994, citado por Swanston 1999). Este último facto foi verificado por Jackson, Calhoun, Amick, Maddever e Habif (1990) e Herman (1981, citado por Dods, 2003) constatando que 60% das vítimas de incesto tinham baixa auto-estima quando comparados com não vítimas.

Apesar dos estudos apresentados até ao momento, defenderem que os abusos sexuais afectam a auto-estima num todo, algumas pesquisas têm sugerido que apenas certos elementos da mesma são nitidamente afectados pela experiência. Brayden, Dietrich, Dietrich, Sherrod e Altemeier (1995, citado por Swanston, 1999) defende que o ASI influencia significativamente e negativamente o auto-conceito físico (imagem do corpo, aparência física, sexualidade e capacidades) embora não influencie auto-conceito familiar.

Embora a literatura demonstre a existência de uma relação entre as duas variáveis é importante salientar que alguns autores não encontraram diferenças significativas ao nível da auto-estima entre as vítimas de abuso sexual infantil e as não vítimas (Gold, 1986, Fromuth, 1986, Greenwald, Leitenberg, Cado & Tarran, 1990, citado por Dods, 2003).

Ansiedade/transtorno pós-traumático

A perturbação pós-stress traumático (PPST) é muito prevalente nas vítimas de

abuso sexual, demonstrando os estudos que 64% a 85% destas sofrem ou sofreram da patologia em algum período da sua vida em comparação com os resultados das não vítimas, 11% a 12% (Saunders, Villeponteaux, Lipovsky, Kilpatrick & Veronen, 1992, citado por Watson, 2007). Para Echeburúa e Guerricaechevarría (2000) a sintomatologia da perturbação pós-stress traumático difere entre adulto e criança, em que a última, apresentam um comportamento desestruturado ou agitado, acompanhado por queixas somáticas, nomeadamente, dores de estômago e enxaquecas, ou de sonhos aterrorizantes. Este facto, de acordo com os autores, deve-se a um inadequado processamento da informação e a impossibilidade de utilizar mecanismos cognitivos adequados para a sua superação.

Segundo Silva (1999, citado por Júnior, 2006) a perturbação pós-stress traumático é um sintoma a curto prazo dos abusos sexuais, embora a investigação sugerira uma elevada prevalência da mesma nas vítimas de maus-tratos em idade adulta (Maia, et al., 2007; Alman, 2005; Maia, 2001) o que demonstra que grande maioria das vítimas continua a apresentar sintomatologia. Neste sentido, Echeburúa, Corral e Amor (2003, citado por Júnior, 2006) verificaram que as vítimas mais recentes apresentam sintomatologia mais intensa da perturbação, comparativamente, com vítimas não recentes, embora, 2 em 3 das mesmas continuam a apresentar por meses ou anos após terem experienciado o evento traumático. Merry e Andrews (1994, citado por Swanston, 1999) relataram que os níveis de ansiedade em crianças abusadas sexualmente são 30% mais elevada passado um ano.

Tem sido, também, relatada na literatura o aumento do risco de desenvolvimento de ansiedade na idade adulta (Pribor & Dinwiddie, 1992), onde os dados sugerem que 45% das pacientes com fobias, nomeadamente, fobia social; e perturbações obsessivo-compulsivo foram vítimas de abuso sexual (Swanston, 1999). Também, Rowan, Foy, Rodriguez e Ryan (1994, citados por Júnior, 2006) encontraram esta correlação, verificando que 69% das vítimas de abuso sexual com idade entre 20 e 51 anos, da amostra preenchem todos os critérios de diagnósticos para a PPST e 19% preenchia parcialmente. Katsikas (1995, citado por Júnior, 2006) defende que o sintoma mais comum nas vítimas de abuso sexual é a revivência do trauma, através de flashback, pesadelos e pensamentos intrusivos, acarretando uma dificuldade de concentração, ataque de pânico e ansiedade generalizada.

Perturbação Estado-limite da Personalidade

“A perturbação da personalidade consiste num padrão estável de experiência interna e comportamento que se afasta marcadamente do esperado para o indivíduo numa dada cultura (...) e origina sofrimento e incapacidade” (pág. 685, APA, 2002). Entre as perturbações da personalidade identificadas pelo DSM- IV- TR, encontram-se a Perturbação Estado-limite de Personalidade (PELP) (APA, 2002), caracterizada por uma instabilidade global ao nível do relacionamento inter-pessoal, auto-imagem e afectos, marcada pela impulsividade. De acordo com Matos (2002) existem dois factores causais para o desenvolvimento de PELP: a existência de figuras parentais

sentidas como intrusivas, controladoras e agressivas, que promovem uma dinâmica familiar fechada, ou pais percebidos como distantes, abandonantes e negligentes.

Numa revisão da literatura realizada por Charrier e Hirschelmann-Ambrosi (2006, citado por Ramos, Leal, Maroco & Brito, 2008) e Shapiro Zinner, Shapiro e Berkowitz (1975, citado por Ramos et al., 2008) verificaram que os pacientes com PELP encontraram-se significativamente mais expostos a situações de abuso, negligência, conflitos violentos e perda ou separação parental precoce durante a infância. Paris, Frank-Zweig e Guzder (1994, citado por Altman, 2005) concluíram que o abuso sexual na infância é um factor importante no desenvolvimento de transtornos de personalidade, nomeadamente, PELP entre pacientes do sexo masculino, sendo mais visível em vítimas de abuso mais intrusivo e vítimas de abuso intrafamiliar, onde o abusador era o pai (Alman, 2005). Weaver e Clum (1993, citado por Grice, 2006) demonstraram a existência de uma relação entre as duas variáveis, a comparar uma população clínica com uma não clínica. Neste estudo, os autores verificaram que o grupo com PELP foi significativamente mais propensos a apresentar relatos de abusos sexuais (76%) comparativamente, com 26% do grupo de controlo (Grice, 2006).

Westen et al. (1990, citado por Grice, 2006) analisaram a história de maus tratos na infância e verificaram que 27 % dos adolescentes do sexo feminino e 23% do sexo masculino apresentavam sintomas de Perturbação Estado-limite da Personalidade. No mesmo estudo, verificou-se que as pacientes com PELP apresentam sintomas mais significativos de impulsividade e uma maior incidência de abuso de substâncias e promiscuidade do que pacientes com PELP não abusados sexualmente na infância (Grice, 2006). Também Wonderlich et al. (2000, citado por Grice, 2006) encontrou uma relação entre abusos sexuais e o desenvolvimento de PELP, ao estudar quatro grupos diferentes de mulheres (vítimas de abuso sexual e não vítimas) verificando que as vítimas, também apresentam uma maior sintomatologia de perturbações de identidade, instabilidade afectiva e comportamentos auto-destrutivo.

Embora alguns autores sublinhem uma elevada correlação entre abusos sexuais e Perturbações de Estado-Limite da Personalidade, Fossati, Madeddu, e Maffei (1999, citado por Barlow, 2008), analisaram vários estudos e verificaram a presença de uma correlação moderada entre as duas variáveis, estimando-se, que 20% a 45% dos pacientes com PELP não foram vítimas de abuso sexual (Grice, 2006), sugerindo-se que os abusos não predizem a ocorrência de sintomatologia deste tipo de perturbações, podendo esta variável não ser um factor tão importante na etiologia da mesma (Goodman & Yehuda, 2002, citado por Grice, 2006).

Suicídio e auto-mutilação

Apesar da escassez de investigação nesta área, os estudos têm demonstrado uma forte ligação entre ASI e comportamentos de auto-mutilação, em amostras clínicas e não clínicas.

Favanzza e Rosenthal (1993, citado por Duque & Neves, 2004) definem o comportamento de auto-mutilação como um acto ponderado de alterar ou destruir o

próprio tecido corporal. Este comportamento é uma perturbação crónica de grande gravidade (Duque & Neves, 2004), que segundo a literatura, encontra-se com uma maior prevalência em jovens adultos, com histórias de toxicodependência, sintomas de ansiedade na infância, diagnóstico de hiperactividade ou crianças que sofreram abuso físicos e/ou sexuais (Castro, 2002, Glucklich, 1999, Groholt, Ekeberg & Haldorsen, 2000, citados por Duque & Neves, 2004).

Um dos comportamentos de auto-mutilação que tem sido identificado pela literatura como mais frequente nas vítimas de ASI é a ideação ou tentativas de suicídio (Dods, 2003; Beltran, 2006). Os estudos revelam que 5% dos casos de suicídio, ocorrido na comunidade, são em vítimas de abuso sexual (Ramsay, 1986, citado por Dods, 2003), sendo a prevalência superior nas amostras clínicas, tal como verificou Briere e Runtz (1986, citado por Dods, 2003). Estes constataram que 35,6% dos pacientes que tinham manifestado ideação suicida tinham sido vítimas de ASI, onde 55% deste número, já tinha cometido tentativa de suicídio no passado, comparativamente com a população não vítima (23%), situando-se a primeira tentativa numa idade média de 13 anos. Williams (1988, citado por Alagia, 1999) no seu estudo, encontrou valores mais elevados, verificando que 22% dos pacientes psiquiátricos vítimas de abuso tinham personalidades múltiplas, 95% tinha baixa auto-estima e 84% das vítimas tentaram o suicídio. A maior prevalência na população clínica pode ser explicada pelo facto que os indivíduos que exibem comportamentos de auto-mutilação apresentam mais características de personalidade anti-sociais, agressivas e impulsivas, geralmente visíveis em diagnóstico de Perturbações Anti-social, PELP e PPST (Forbes, Santangelo & Folstein, 1997, citado por Duque & Neves, 2004). Por outro lado, estas perturbações são, visíveis com uma maior frequência, em vítimas de ASI, como veremos posteriormente neste trabalho. Martin, Bergen, Richardson, Roeger e Allison (2004, citado por Beltran, 2006), defendem que a relação entre as duas variáveis é mais visível nas vítimas de sexo masculino, onde se verifica uma relação directa e mais forte, comparativamente com as vítimas femininas, onde a relação é mediada pela presença de sintomas depressivos, sentimentos de desamparo e disfunção familiar.

Saunders, Villeponteaux, Lipovsky, Kilpatrick e Veronen (1992, citado por Dods, 2003) verificaram que o risco de adoptar comportamentos suicidas aumenta com a gravidade do abuso, assim, vítimas de abuso mais intrusivo referem uma maior prevalência de ideação suicida (35,9% comparativamente com 19,6% de não vítimas) e tentativas de suicídio (17,9% contra 5,8%). Shapiro (1987, citado por Dods, 2003) sugeriu que a relação incestuosa é, geralmente, acompanhada por força física ligada à auto-culpa da vítima, resultando em actos de auto-mutilação.

2. Relações interpessoais

Esta área aparenta ser uma das mais afectadas pelos abusos sexuais quer a curto como a longo prazo. Os estudos têm verificado que, as vítimas de ASI tendem a um maior isolamento social (Abdulrehman & De Luca, 2001, citado por Beltran, 2006), menos amigos, e menor participação em interacções e actividades sociais. Estas

têm relacionamentos mais instáveis e fazem, com uma maior frequência, avaliações negativas dos mesmos (Fleming, Mullen, Sibthorpe & Bammer, 1999, citado por Beltran, 2006).

No entanto, a literatura apresenta poucos estudos que fundamentem a relação entre as duas variáveis.

3. Problemas comportamentais

Dentro desta categorização dos impactos dos abusos sexuais nas vítimas, encontramos as consequências mais externalizantes e frequentes, os problemas comportamentais. Neste sentido, ao longo deste subcapítulo irei abordar a relação entre os abusos sexuais e o desenvolvimento de perturbações alimentares, nomeadamente, bulimia e anorexia nervosa, problemas comportamentais, como comportamento criminal, fugas, agressividade e abuso de álcool e substâncias.

Perturbações alimentares

A anorexia e a bulimia nervosa são caracterizadas por um padrão de comportamento alimentar gravemente perturbado, um controle patológico do peso corporal e por distúrbios da percepção da imagem do corpo.

A literatura reconhece a existência de uma possível relação entre abuso sexual e o desenvolvimento de perturbações alimentares, principalmente nas populações clínicas (Dods, 2003). Contudo, existe uma grande controvérsia relativamente ao papel dos abusos sexuais na etiologia destas perturbações (Bailey, 2000). Se alguns autores defendem a existência de poucos estudos bem delineados que permitem estabelecer uma relação entre as duas variáveis, devido às limitações metodológicas (recurso a amostras clínicas sem estabelecer a comparação com a população não clínica). Outros autores têm estabelecido uma correlação significativa entre a existência de abusos sexuais e o desenvolvimento de perturbações alimentares (69% de acordo com Abramson e Lucido (1991, citado por SchWartz & Cohn, 1996); 64% no estudo de Oppenheimer, Howells, Palmer e Chaloner (1985, citado por Dods, 2003); e entre 35-70%, segundo Finn, Hartman, Leon e Lawson (1986, citado por Bailey, 2000; Dods, 2003)) em populações clínicas (Moyer, Dipietro, Berkowitz & Stunkard, 1997, citado por Swanston, 1999; Oppenheimer, Howells, Palmer e Chaloner, 1985, citado por Dods, 2003) e não clínicas (Smolak, Levine & Sullins, 1990, citado por Swanston, 1999; Andrews, 1995). Assim, verificamos que as perturbações alimentares são duas vezes mais comuns em mulheres vítimas de abuso sexual comparativamente com não vítimas (Swanston, 1999), podendo o abuso ser um factor de risco para o desenvolvimento das mesmas. Contudo, a literatura sugere que ocorre uma maior prevalência de Bulimia nervosa nas vítimas, comparativamente com os dados relativos à anorexia nervosa. Wonderlich, Wilsnack, Wilsnack e Harris (1997, citado por Swanston, 1999) encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois tipos de perturbação, tal como Pribor e Dinwiddie (1992, citado por Swanston, 1999) que verificaram, num estudo, que 23% das vítimas de incesto da amostra tinham diagnóstico de bulimia e 2% de anorexia.

Também, Hastings e Kern (1994, citado por Bailey, 2000) encontraram uma taxa mais elevada de diagnósticos de bulimia (43%) comparativamente com o de anorexia nervosa (14%). Beckman & Burns (1990, citado por Dods, 2003) obtiveram resultados idênticos verificando que 65,9% das vítimas de incesto apresentavam diagnóstico de bulimia.

Apesar de alguns autores terem encontrado uma maior prevalência de sintomatologia bulímica em vítimas de incesto os estudos são contraditórios relativamente às variáveis mediadoras da relação entre estas duas variáveis, existindo estudos que defendem que a variável natureza do abuso é significativamente mais correlacionada com desenvolvimento da bulimia nervosa, comparativamente com a variável contexto (Beckman & Burns, 1990; Calam & Slade, 1987, citado por Bailey, 2000; Dods, 2003). A variável personalidade e os níveis de apoio familiar, também, parecem ser factores importantes para o desenvolvimento da perturbação (Smolak, Levine & Sullins, 1999, citado por Dods, 2003). A investigação sustenta que a compulsão alimentar é mais precoce nas vítimas de abusos (antes dos 14 anos) comparativamente com as não vítimas (Bailey, 2000). Dansky, Brewerton, Kilpatrick e O'Neil (1997, citado por Bailey, 2000) e Andrews (1997, citado por Coles, 2006) acrescentam que entre as mulheres vítimas de abuso com diagnóstico de bulimia é mais frequente o tipo purgativo (2 vezes superior), sugerindo, este último autor, que essas diferenças se devem ao facto do comportamento purgativo ser uma forma de lidar com o stress (Andrews, 1997, citado por Coles, 2006) e com afectos negativos (Root & Fallon, 1989, citado por Bailey, 2000). Root e Fallon (1989, citado por Bailey, 2000) verificaram que este comportamento bulímico pode ser um mecanismo de resposta ao trauma, relacionando-se a sintomatologia com as perturbações pós-stress traumáticas.

A literatura sugere que a violação dos limites físicos que ocorre na violência sexual pode contribuir para um aumento da insatisfação da imagem do corpo (nomeadamente, sentimentos de vergonha e repugnância) e atitudes negativas para com mesmo, que consequentemente origina distorções e distúrbios na percepção do corpo (Finkelhor & Browne, 1986, citado por Bailey, 2000; Swanston, 1999) e baixa auto-estima (Hall, Tice, Beresford, Wooley & Hall, 1989; Fullerton, Wonderlich & Gosnell, 1995, citados por Bailey, 2000). Estes indícios são encontrados nas perturbações alimentares (Bailey, 2000). Para além das perturbações na imagem do corpo, a literatura tem verificado a existência de outras patologias que acentuam o risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares em vítimas de abuso sexual, como a depressão, raiva, sentimentos de inadequação, dificuldades na intimidade, baixa auto-estima, respostas dissociativas e a incerteza sobre a feminilidade (Herman, Russell & Trocki, 1986, Root & Fallon, 1988, Schechter, Schwartz, & Greenfeld, 1987, citados por Bailey, 2000).

Apesar de a investigação demonstrar uma maior insatisfação com a imagem do corpo em vítimas de abuso sexual, autores, não encontraram a mesma correlação (Waller, Hamilton, Rose, Sumara & Baldwin, 1993, citado por Swanston, 1999) defendendo que a natureza do abusos é mais importante para a definição das diferenças nos resultados encontrados na insatisfação da imagem corporal. Existem também autores, que nos seus estudos não encontraram nenhuma associação significativa entre o abuso sexual e o

desenvolvimento de perturbações alimentares (Kinzi, Traweger, Guenther & Biebl, 1994; Moyer, Dipietro, Berkowitz, & Stunkard, 1997, in Bailey, 2000) sugerindo que existem outras variáveis importantes no desenvolvimento destas perturbações alimentares.

Problemas comportamentais

A investigação sugere a existência de relações entre a experiência de ASI e problemas comportamentais, como a hostilidade, raiva e agressão (Alessandri, 1991, Briere & Elliott, 1994, citados por Beltran, 2006) e sintomas característicos da perturbação anti-social. Embora alguns autores não encontrem nenhuma relação entre as duas variáveis (Finkelhor, 1993, citado por Swanston, 1999), nem diferenças significativas entre vítimas de abuso sexual e vítimas de outros tipos de abuso. Outros autores, como Black, Dubowitz e Harrington (1994, citado por Swanston, 1999), encontraram uma relação significativa entre abuso sexual e a externalização e internalização de comportamentos, em crianças entre os 4 e os 12 anos. Oates, O'Toole, Lynch, Stern e Cooney (1994, citado por Swanston, 1999) num estudo com adolescentes dos 10 aos 17 anos, verificaram índices elevados de problemas comportamentais em crianças abusadas, tendo esses comportamentos aumentado significativamente, ao longo dos 18 meses em que os autores as acompanharam, comparativamente com o grupo de controlo. Ferguson, Horwood e Lynskey (1996, in Swanston, 1999) defendem que os jovens entre os 16 e os 18 anos apresentam uma maior probabilidade de apresentarem diagnósticos relacionados com as suas condutas. Silverman, Reinherz e Giaconia (1996, citado por Swanston, 1999) utilizaram o YSR para avaliar os problemas comportamentais da sua amostra, observando que os adolescentes sexualmente abusados antes dos 5 anos de idade apresentam, significativamente mais problemas comportamentais, problemas sociais e comportamento agressivo, dos que as crianças não vítimas.

A literatura tem verificado que a relação entre abusos sexuais e problemas comportamentais é mediada e influenciada por várias variáveis, nomeadamente, o contexto socioeconómico desfavorecido, que parece influenciar o comportamento das crianças na população em geral, e, de acordo com alguns autores influencia, também, negativamente o comportamento das crianças abusadas sexualmente (Verhulst & Althaus, 1988, Stern, Lynch, Oates, O'Toole & Cooney, 1995, citados por Swanston, 1999). Kinard (1995, citado por Swanston, 1999) verificou que crianças abusadas psicologicamente, fisicamente e/ou sexualmente, apresentam valores mais significativos nas escalas como o Child Behavior Checklist. Este autor verificou que a qualidade da relação entre as crianças abusadas e os seus cuidadores influencia negativamente a externalização de problemas comportamentais (Swanston, 1999). Também, tem sido documentado a existência de relações significativas entre os problemas comportamentais e a tipologia dos abusos, embora outras características, como a presença sintomas físicos, a idade da criança e divulgação (Black, Dubowitz & Harrington, 1994, Kumar, Deblinger & Steer, 1996, citado por Swanston, 1999) a identidade do agressor (Swanston, 1999) não apresentem uma relação com os problemas comportamentais.

Desta forma, o abuso é considerado um acontecimento negativo na vida da criança

e a reacção da mesma, é o factor determinante na adaptação e no desenvolvimento de psicopatologias e problemas comportamentais (Kumar, Steer & Deblinger, 1996, citado por Swanston, 1999).

Comportamento criminal

O “ciclo de violência” relacionado com os abusos sexuais tem sido objecto de estudo em vários países, nomeadamente nos Estados Unidos da América, onde o autor Widom (1989, citado por Swanston, 1999) comparou adultos sexualmente abusados e/ou negligenciados e verificou que estes apresentavam um maior número de registos criminais e detenções por crimes violentos, comparativamente com adultos não abusados. Ocorrendo a maior incidência em indivíduos mais velhos, do sexo masculino e de etnia africana, verificando-se que as variáveis idade, género, raça e estatuto social influenciam e predizem os comportamentos criminosos neste país. Contudo, Widom e Ames (1994, citado por Swanston, 1999) verificaram que a exposição a abusos sexuais na infância não aumenta a viabilidade do comportamento delinvente na adultez, comparando com outras formas de abuso/negligência.

Apesar de ainda não se ter encontrado uma relação entre abuso e a prática de crimes violentos, vários autores, tem verificado que ao realizar a comparação entre crianças abusadas e crianças não abusadas, os comportamentos delinquentes iniciam-se mais precocemente nas vítimas de abuso, embora não existem diferenças em relação às primeiras detenções (Rivera & Widom, 1990, citado por Swanston, 1999). As vítimas de abuso são mais susceptíveis a serem detidas por fuga (Widom & Ames, 1994, citado por Swanston, 1999), crimes sexuais e prostituição. As vítimas de sexo masculino apresentam um maior número de detenções por crimes sexuais violentos (Widom & Ames, 1994, citados por Swanston, 1999).

Ferguson e Horwood (1998, citado por Swanston, 1999) defendem que o funcionamento familiar pode desempenhar um papel importante na criminalidade, verificando que crianças expostas a violência doméstica apresentavam registos significativamente mais elevados de crimes de propriedade. Contudo, outros autores apresentam humor depressivo maternal, conflito interparental, separação parental, relacionamento mãe-filho insatisfatórios e com pouca comunicação (Loeber & Stouthamer-Loeber, 1986; Klein, Forehand, Armistead & Long, 1997, citados por Swanston, 1999) como variáveis que poderão influenciar os comportamentos delinquentes nas crianças. O papel da família nos agressores sexuais foi analisado por James e Neil (1996, citado por Swanston, 1999), verificando que, na área de Oxfordshire, 56% dos agressores sexuais na faixa etária dos 12-17 anos, tinham problemas de ansiedade e depressão, e uma grande proporção eram provenientes de famílias com histórias de abuso físico, sexual ou negligência, onde 35% dos jovens tinham sido abusados sexualmente. Desta forma a disfunção familiar poderá ser considerada um forte preditor para a ocorrência de crimes violentos em jovens que foram abusados, onde a natureza do abuso e relação vítima-abusador não permite prever o crime a cometer (Widom & Ames, 1994, citado por Swanston, 1999).

No entanto, é necessário ter em conta que há evidências de que a actividade criminosa é vulgarmente encontrada na comunidade em geral.

Fugas

O acto de fuga parece ser uma consequência dos abusos sexuais, principalmente em crianças mais velhas, tal como verificou Widom e Ames (1994, citado por Swanston, 1999). Os estudos têm verificado que as vítimas de abusos físicos/sexual apresentam uma taxa de detecção por fuga mais elevada, comparativamente com as vítimas de negligência. Booth e Zhang (1996, citado por Swanston, 1999) analisou os sem abrigos jovens e verificou que cerca de metade (55%) apresentavam problemas de conduta, dos quais 28% dos homens e 76% das mulheres, tinham sido vítimas de abuso sexual, em média aos 9 anos, iniciando-se os problemas comportamentais um ano após o abuso. Outros estudos obtiveram resultados semelhantes, nomeadamente Whitbeck, Hoyt e Ackley (1997, citado por Swanston, 1999, 30% das raparigas e 9 % dos rapazes tinham sido abusados sexualmente) e Kurtz, Kurtz e Jarvis (1991, citado por Swanston, 1999, 87,3% das raparigas e 83,9% dos rapazes). Como é visível as raparigas recorrem com uma maior frequência à fuga, sugerindo a literatura que o sexo pode ser um mediador importante na relação entre abuso sexual e o acto de fuga.

Agressividade

Amazarray e Koller (1998) analisaram alguns estudos e verificaram que a experiência abusiva afecta o comportamento social da criança ou adolescente, a curto e longo prazo.

As famílias abusivas, por vezes, apresentem comportamentos agressivos junto das crianças expondo as mesmas a modelos de comportamento desadequado, e tornando-se a agressividade num repertório de comportamentos. Para Train (2003, citados por Padilha & Gomide, 2004) a violência desenvolve-se neste meio devido à informalidade que o caracteriza, permitindo à criança a livre expressão dos seus sentimentos e impossibilitando-a de adquirir comportamentos adequados para expressar a raiva de forma saudável. Assim, a agressividade pode tornar-se parte do repertório dos comportamentos da vítima na adolescência e na idade adulta. Train (2003, citado por Padilha & Gomide, 2004) num estudo verificou que as crianças e adolescentes abusadas sexualmente são extremamente agressivas. Painter e Howell (1999, citado por Padilha & Gomide, 2004) observou que as mulheres vítimas de abuso reprimem mais a raiva, por medo de repreensões, de isolamento ou da retirada do afecto, podendo tornar-se mais agressivas. Algumas teorias, nomeadamente, a Etologia, defendem que a estimulação violenta desencadeia raiva, e que esta é um sentimento natural de quem é abusado sexualmente, visto que agressão, humilhação, abuso sexual e ausência de protecção são factores que estão correlacionados com a expressão da raiva. A expressão deste sentimento permite à vítima desvincular-se de afectos positivos em relação ao abusador.

Sheridan (1995, citado por Swanston, 1999) explica essa relação através do modelo intergeracional (Dods, 2003), embora esta questão ainda seja um tema controverso.

Estudos demonstram a existência de uma relação entre a experiência abusiva, o abuso de drogas e a transmissão intergeracional, defendendo que ocorre uma transmissão da reprodução de abuso de pais para filhos, tal como do consumo de substâncias (Powell, Cheng & Egeland, 1995, Newcomb & Locke, 2001, citados por Beltran, 2006). Oliver (1993, citado por Beltran, 2006) afirma que um terço das vítimas de abuso torna-se num futuro agressor e outro terço apresenta uma vulnerabilidade que, em conjunto com outros factores poderá descansar a violência, sendo a taxa de transmissão mais elevada em vítimas masculinas (Glasser, Kolvin, Campbell, Glasser & Farrelly, 2001, citado por Beltran, 2006; Williams, 2002). Newcomb e Locke (2001, citado por Beltran, 2006) defendem que a transmissão ocorre apenas quando existem estilos parentais agressivos e mães que rejeitam os filhos, ou quando, a mãe assume o papel da vítima (Green, 1998, citado por Beltran, 2006). Enquanto Skuse, Bentovim, Hodges, Stevenson, Andreou e Lanyado (1998, citado por Beltran, 2006) verificaram que outros tipos de violência dentro do ambiente familiar, também, está associado à ocorrência, em idade adulta de comportamentos delinquentes, nomeadamente de carácter sexual.

Álcool e abuso de substâncias

A associação entre o abuso sexual e o consumo de substâncias, nomeadamente álcool e drogas tem sido muitas vezes objecto de estudo, destacando-se, o recurso a várias metodologias e amostras (indivíduos da comunidade, população clínica e estudantes universitários). Contudo, embora as conclusões apresentadas serem equívocas (Dods, 2003), a grande maioria dos estudos têm estabelecido uma associação entre as duas variáveis (Lipman, MacMillan & Boyle, 2001, Messman-Moore & Long, 2002, Scott, 1992, citados por Watson, 2007). Neste sentido, o abuso sexual tem sido associado ao elevado risco de abuso de substâncias, encontrando-se uma prevalência significativa de dependências, ao longo da vida, em mulheres vítimas abusadas sexualmente (23% a 36%), comparativamente como mulheres não vítimas (8% a 25%) (Messman-Moore & Long, 2002, citado por Watson, 2007). Apesar da escassez dos estudos na comunidade para analisar a relação entre as duas variáveis destacam-se os resultados encontrados por Stein, Walker, Anderson, Hazen, Ross, Eldridge e Forde (1988, citado por Swanston, 1999) e Wilsnack, Vogeltanz, Klassen e Harris (1997, citado por Swanston, 1999) que constataram que as mulheres vítimas de ASI eram mais propensas a apresentar problemas relacionados com álcool e com o uso de drogas ilícitas, sendo essa prevalência de acordo com Stein et al., (1988, citado por Swanston, 1999) 21% para o alcoolismo e 14% para o consumo de drogas, comparativamente com não vítimas (4% e 3%). Peters (1988, citado por Dods, 2003) e Mullen, Martin, Anderson, Romans e Herbison (1993, citado por Swanston, 1999) verificaram e sugeriram que a tipologia do abuso pode ser um factor influenciável na determinação do desenvolvimento de abuso de substâncias, assim, vítimas de abuso sexual com contacto/penetração apresentam maiores taxas de consumo de álcool/droga.

Num estudo com estudantes universitários do sexo feminino, Sedney e Brooks (1984) não encontraram diferenças significativas de consumo de substâncias entre as

vítimas e não vítimas (51% e 51%). Johnsen e Harlow (1996, citado por Swanston, 1999) num estudo com a mesma população verificaram que as vítimas de ASI eram mais propensas (duas vezes mais) ao uso de substâncias.

São vários os estudos realizados com amostras clínicas todavia os resultados são contraditórios, visto que, por um lado, verificamos a existência de estudos onde não foram encontradas diferenças significativas entre a população abusada e a população não abusada (Meiselman, 1978, Carmen, Rieker & Mills, 1984, citados por Dods, 2003; Swanston, 1999). Enquanto, outros estudos permitem estabelecer uma associação entre as duas variáveis, nomeadamente, o estudo de Briere e Runtz (1988, citado por Dods, 2003) que encontraram uma percentagem muito maior de mulheres vítimas de ASI (20,9% para toxicodependência e 26,9% para alcoolismo) em comparação com as mulheres não abusadas (2,3% e 10,5%). Windle, Windle, Scheidt e Miller (1995, citado por Swanston, 1999) verificaram que 59% das mulheres internadas por alcoolismo tinham sofrido abuso na infância, dos quais 49% correspondiam a abuso sexual, 33% a abuso físico e 23% a abuso físico e sexual. O autor, também, verificou que a presença de histórias familiares de alcoolismo está associada a uma maior prevalência de abuso físico/sexual na infância. Jarvis, Copeland e Walton (1998, citado por Dods, 2003) afirmam que os abusos sexuais não se relacionam ao consumo substâncias de maior gravidade, apesar das vítimas de abuso terem um início mais precoce de consumo.

Apesar da investigação sugerir a existência de uma relação entre as duas variáveis (abusos e consumo) alguns estudos defendem que o ASI não é um factor de risco para o abuso de substâncias, considerando que factores como a presença de abuso na família, as variáveis demográficas, o sexo (Harrison, Fulkerson & Beebe, 1997, citado por Swanston, 1999) e o número de abusos sofridos, têm uma maior interacção no consumo de substâncias (Fleming, Mullen, Sibthorpe, Attewell & Bammer, 1998, citado por Swanston, 1999). A variável família desempenha um papel importante na génese do consumo de substâncias em vítimas de ASI, como verificou Lynskey e Ferguson (1997, citado por Swanston, 1999), pois os cuidados paternos funcionam como factores de protecção no ajusto às dificuldades em adolescentes com idade inferior a 18 anos. A literatura tem observado que o uso de substâncias são utilizadas para bloquear a dor, sentimentos e/ou lembranças dos acontecimentos, funciona como meio de socialização e de redução da tensão (Sheridan, 1995, citado por Swanston, 1999) ou para enfrentar os problemas (Dods, 2003).

4. Problemas cognitivos e perceptivos

Uma outra consequência dos abusos sexuais apontada pela literatura são os problemas de memória, tendo-se discutido a validade e a precisão das memórias (Dods, 2003) e a natureza da mesma para eventos traumáticos (Chu, Frey, Psy, Ganzel & Matthews, 1999). Piaget sugere que as vítimas de algum tipo acontecimento traumático podem criar pseudomemórias dos acontecimentos, podendo as lembranças parecer válidas, embora a verdadeira fonte da informação não seja recordada, existindo uma vulnerabilidade individual para desenvolver esse tipo de memórias (Chu et al., 1999).

Outros estudos têm sugerido a ocorrência de uma diminuição da memória relativa aos processos dissociativos que ocorrem durante a experiência de ASI. Esta perda é maior de acordo com a gravidade do abuso, a idade de início e a duração do mesmo, encontram-se correlacionados com os níveis de sintomas dissociativos, incluindo amnésia (Dods, 2003; Chu et al., 1999). Estes efeitos têm sido encontrados quer em amostras clínicas (Herman & Schatzow, 1987, Jarvis, Copeland & Walton 1998, citado por Dods, 2003), como em populações não clínicas. Herman e Schatzow (1987, citado por Dods, 2003) defendem que, cerca de 28% das mulheres abusadas sexualmente relatam ter problemas de memória, enquanto 64% afirma ter algum grau de amnésia, variando entre esquecimento de detalhes até à amnésia total para recordações recentes. Os estudos sugerem que a incidência de amnésia é altamente correlacionada com início de um conjunto de abusos de substâncias, nomeadamente de drogas.

5. *Problemas sexuais*

A literatura tem vindo a estudar os efeitos a longo prazo dos abusos sexuais na área do comportamento sexual, sendo esta área, de acordo com alguns autores, a mais afectada pelos mesmos (Laumen & Browning, 2001, citado por Beltran, 2006), uma vez que estes constituem uma violação do vínculo íntimo e sexual provocando dificuldades ao nível das relações íntimas e conduzindo a uma série de problemas sexuais (Watson, 2007) e um início precoce das relações sexuais consentidas (Brown, Cohen, Chen, Smailes & Johnson, 2004, Noll, Trickett & Putnam, 2003, Vigil, Geary & Byrd-Craven, 2005, citados por Watson, 2007) (entre os 15-16 anos, comparativamente com os 17 anos das mulheres não vítimas). As relações íntimas das mulheres vítimas de ASI diferem muito ao nível da estabilidade e qualidade comparativamente com as relações mantidas por mulheres não vítimas (Davis & Petretic-Jackson, 2000; DiLillo, 2001, Colman, Spatz & Widom, 2004, Liang, Williams, & Siegel, 2006, citado por Watson, 2007; Jackson, Calhoun, Amick, Maddever & Habif, 1990), nomeadamente, 40% das vítimas relatam menos satisfação, intimidade e mais problemas sexuais (dificuldades em atingir o orgasmo, ou experiências não satisfatórias, vaginismo e/ou disfunção sexual) (Kinzl, Mangweth, Traweger & Biebl, 1996, Maker, Kimmelmeier & Peterson, 2001, Fleming, Mullen, Sibthorpe & Bammer, 1999, citado por Watson, 2007). Muitas vítimas de ASI apresentam uma recusa de adaptação social e estabelecimento de relações com o sexo oposto, por medo da intimidade e à incapacidade em manter as relações íntimas, procurando e estabelecendo relações a curto prazo (Colman & Spatz Widom, 2004, Messman-Long & Moore, 2000, citado por Watson, 2007; Dell'Aglio et al., 2006; Williams, 2002; Scherer & Scherer, 2000) conduzindo a um aumento dos divórcios (Bagley & Ramsey, 1985, DiLillo, 2001, citados por Watson, 2007) e conseqüentemente um maior número de parceiros ao longo da vida (geralmente mais dois) (Krahe, Scheinberger-Olwig, Waizenhofer & Kolpin, 1999, Schloretdt & Heiman, 2003, citado por Watson, 2007; Ferguson, Horwood & Lynskey, 1997, citado por Beltran, 2006).

A literatura tem estabelecido uma associação entre o abuso sexual na infância e a comportamentos sexuais de risco, nomeadamente, taxas mais elevadas de doenças

sexualmente transmissíveis (Testa, VanZile-Tamsen & Livingston, 2005, citado por Watson, 2007; Parilla, Freeman, Collier & Young, 2001, citado por Beltran, 2006), maternidade mais precoce (Mullen et al., 1994; Swanston, 1999) (antes dos 19 anos) (Watson, 2007), relações sexuais com múltiplos parceiros (Meston, Heiman & Trapnell, 1999, citado por Watson, 2007) e um número mais elevado de prostituição. As vítimas de abuso sexual apresentam dificuldades em diferenciar a relação sexual da relação de afecto, acabando por confundir amor parental e manifestações sexuais. As vítimas poderão ainda apresentar distúrbios sexuais como a negação de todo e qualquer relacionamento sexual (reações fóbicas que desencadeiam o bloqueio do desejo sexual) (Dell'Aglio et al., 2006; Williams, 2002; Scherer & Scherer, 2000; Watson, 2007) e problemas de orientação sexual na vida adulta (Williams, 2002; Scherer & Scherer, 2000).

6. Consequências físicas

As consequências físicas a longo prazo dos abusos sexuais têm sido pouco estudadas (Beltran, 2006), tendo sido abordado principalmente, a dor física sem razão médica, a perturbação de conversão e de somatização. A literatura surge que as vítimas de abuso sexual apresentam um estado de saúde geral pior, comparativamente com as não vítimas (Walker, Gelfan, Katon, Koss, Von Korff, Bernstein & Russo, 1999, citado por Beltran, 2006), existindo uma maior percepção de problemas de saúde nas vítimas de ASI após nove anos da experiência abusiva (Swanston, Plunkett, O'Toole, Shrimpton, Parkinson & Oates, 2003, citado por Beltran, 2006). As vítimas de ASI apresentam, de uma forma geral, queixas psicossomáticas como cefaleia e dor pélvica crónicas e insónia (Williams, 2002; Scherer & Scherer, 2000).

4.7. Problemas na metodologia

Poderemos, também, identificar limitações metodológicas na investigação a longo prazo dos impactos dos abusos sexuais no desenvolvimento das crianças e adolescentes, nomeadamente, ao nível da amostra (amostras clínicas, jovens e amostras pequenas) e ao nível do desenho metodológico (utilização de muitas variáveis num mesmo estudo) (DiLillo, 2001, Rumstein-McKean & Hunsley, 2001, citado por Watson, 2007; Scherer & Scherer, 2000). Este facto influencia as estimativas e as conclusões relativas aos impactos deste tipo de violência nos adultos, defendendo-se que existe uma falta de atenção para a magnitude do problema. Assim, apesar de se sustentar que os resultados entre os vários estudos não podem ser comparados, devido às diferenças de métodos (Briere, 1992; Briere & Elliott, 1993, citado por Watson, 2007), é consensual que, quanto mais cedo se interrompe os maus-tratos, melhor é o prognóstico para a vítima (Scherer & Scherer, 2000). E, embora a literatura não permita realizar uma dedução causal directa entre abuso sexual e problemas psicológicos a longo prazo, foi demonstrado em vários estudos, a existência de uma relação entre este tipo de violência e uma série de efeitos adversos.

II. Imagem do corpo

1. Perspectiva histórica do conceito

Os mecanismos corporais e as suas implicações relacionadas com a saúde e doença sempre despertaram a curiosidade do homem (Motta, 2003). Desde do início do séc. XX que o conceito imagem do corpo tem sido objecto de investigações científicas, embora este tenha vindo a sofrer alterações em termos da sua definição (Turtelli 2003; Salvador, 2004). As primeiras referências e definições do conceito surgem na neurologia, com o contributo de vários autores, entre eles Pick que defendeu que todas as pessoas desenvolvem, ao longo da vida, uma representação interna do seu corpo, formada e mantida pela informação sensorial (estímulos visuais, sensações tácteis e movimento) (Salvador, 2004; Ayensa, 2003; Campana, 2007; Oliver, 1995). Contudo, determinados autores, nomeadamente, Cash e Purzinsky (1990) considerem esta visão muito orgânica. Uma outra contribuição foi dada por Henry Head (1926, citado por Salvador, 2004; Oliver, 1995) que utilizou o conceito esquema corporal para definir o modelo postural padrão que cada pessoa constrói de si mesma através da comparação com os corpos dos outros e dos próprios movimentos (Ayensa, 2003). Esta construção é uma necessidade básica para todas as pessoas, visto permitir a cada um ter conhecimento das posturas, dos movimentos corporais e do espaço, funcionando como uma referência (Turtelli, 2003; Salvador, 2004) e sendo constituída pelas sensações (Oliver, 1995).

O constructo imagem do corpo sofreu, também, influências psicanalíticas, nomeadamente, de Freud. Este autor defende que o corpo pode sentir sensações externas e internas, afirmando que o ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal (Oliver, 1995), constituído através das sensações e vivências afectivas.

A literatura descreve muitas distorções da imagem do corpo, contudo, Bruch (1962, citado por Perpinã & Banos, 1990) foi a primeira autora a propor que a distorção deste conceito era uma característica patognomónica da anorexia nervosa.

No entanto, a grande contribuição é de Schilder que ultrapassou o enfoque unidimensional e explorou este constructo na área do comportamento normal. Este autor, conjugou aspectos da fisiologia, psicanálise e sociologia para definir e desenvolver o conceito de uma forma que ainda é actualizada, na opinião de alguns autores (Turtelli, 2003; Salvador, 2004; Ayensa, 2003; Campana, 2007). Schilder, considera que a imagem corporal é uma construção formada pelos sentidos, principalmente pelos visuais (Oliver, 1995), sendo a figura do nosso corpo representada, por nós, na nossa mente como uma unidade percebida, embora seja mais que uma mera percepção e representação, visto poder permanecer fora da nossa consciência (Schilder, 1950, citado por Ayensa, 2003; Salvador, 2004; Perpinã & Banos, 1990). Este autor estabeleceu uma relação entre os impulsos nervosos aferentes e eferentes como uma unidade indissociável (Turtelli, 2003). Desta forma, Schilder deu toda a dimensão à noção de imagem corporal, dando a noção clara da complexidade do mesmo e considerou o constructo de uma forma multidimensional, englobando desejos, atitudes, emoções, cognições e interacções com

os outros e com o meio (Ayensa, 2003; Turtelli, 2003; Salvador, 2004). Defendeu, ainda, a existência de um instituto básico que mantém a integridade do corpo e a tendência para a destruição e reconstrução da imagem do corpo. Assim, esta destrói-se no momento em que se cria, modificando-se devido à influência dos estados emocionais, conflitos psíquicos e elementos sociais (Oliver, 1995), sendo esta construção a característica geral da vida (Oliver, 1995).

Bender definiu a imagem do corpo utilizando quatro parâmetros, assim, a imagem do corpo é determinada por um padrão biológico; é reconhecida socialmente e identifica o ser humano; sofre modificações devido às experiências e aos movimentos e posições do corpo (Oliver, 1995).

Posteriormente, outros autores como Shontz realizaram investigações sobre este conceito (1969, citado por Salvador, 2004) enfatizando a diferenciação entre conceitos, como imagem do corpo (conjunto de crenças e conhecimentos sobre o nosso corpo), valorização corporal (atitudes, emoções ou valores sobre o nosso corpo), e esquema corporal (percepção do nosso corpo no espaço), sendo este último conceito mais amplo que a imagem do corpo (Slade, 1988, citado por Salvador, 2004; Festas, 2002).

Desta forma, ao longo das várias investigações o conceito abandonou as suas características de intuição que respondia à totalização e unificação das sensibilidades orgânicas e, em particular, das impressões posturais (Motta, 2003), passando, a uma representação, ou seja, padrão mental construído através de sinais provenientes de cada uma das modalidades sensoriais – visual, auditiva, olfactiva, gustatória e sômatossensitiva (tacto, a temperatura, a dor, além da muscular, visceral e vestibular), sendo uma construção do cérebro inspirada num objecto (Motta, 2003).

2. Definição

Como verificado anteriormente, o conceito da imagem do corpo é muito complexo, não existindo uma diversidade terminológica entre os investigadores (Ayensa, 2003 ; Turtelli, 2003). Assim, desde do início do século que este conceito tem vindo a receber distintos termos, nomeadamente, imagem do corpo, esquema corporal e percepção corporal (Salvador, 2004; Ayensa, 2003). Esta divergência quanto aos conceitos continua até aos dias de hoje e, ao realizar uma revisão da literatura encontram-se vários estudos onde o assunto da imagem do corpo é abordado e onde o termo é utilizado, surgindo diferentes definições do mesmo, o que reflecte, em parte as várias disciplinas científicas que se debruçam sobre este tema, como a filosofia, psicologia, sociologia e educação física (Holsen, Kraft & Roysamb, 2001).

Num sentido amplo, a imagem corporal é uma construção multidimensional referente à experiência psicológica do corpo e interligada a sentimentos e atitudes do indivíduo (Pasian & Jacquemin, 1999, citado por Zortéa, Kreutz & Johann, 2008; Ferreira & Leite, 2002; Coelho & Fagundes, 2007), sendo a representação interna da estrutura corporal e da aparência física, em relação a nós mesmos e aos outros, ou seja, é a maneira como o indivíduo percebe, imagina, sente e se comporta perante o seu próprio corpo e o dos outros (Ferreira & Leite, 2002; Reilly & Rudd, 2006; Coelho & Fagundes,

2007; Gouveia, Santos, Gouveia, Santos & Pronk, 2008; Damasceno, Lima, Vianna, Vianna & Novaes, 2005).

A primeira definição de imagem do corpo foi proposta por Schilder em 1935. Esta conjugava aspectos da fisiologia, psicanálise e da sociologia, sendo considerada como a figura do nosso próprio corpo formada na nossa mente, ou seja, a forma como o nosso corpo se apresenta a nós mesmos (Schilder, 1950, citado por Ayensa, 2003; Perpinã & Banos, 1990; Vieira, Oliveira, Vieira, Vissoci, Hoshino & Fernandes, 2006; Fernandes, 2007; Costa, 2008). A imagem do corpo engloba todas as formas pelas quais o indivíduo experimenta e conceitua o seu próprio corpo, formada por impressões tácteis, térmicas e dolorosas, provenientes dos músculos e dos seus envoltórios e sensações viscerais, sendo a experiência de uma unidade corporal. A imagem do corpo para Schilder é mais do que uma percepção (Ayensa, 2003; Vieira et al., 2006; Costa, 2008), ou construção cognitiva, uma vez que, também, é o reflexo de desejos, emoções e interacção com os outros, tornando a imagem do corpo incongruente com a nossa aparência física real (Perpinã & Banos, 1990; Fernandes, 2007). De acordo com alguns autores, a definição de Schilder é a mais aceite (Fernandes, 2007), pois permitiu ultrapassar as perspectivas neurológicas, incluindo elementos conscientes e inconscientes, e todas as variedades de sensações e percepções corporais.

Gallagher (1998, citado por Turtelli, 2003) afirma que o termo imagem corporal inclui três aspectos essenciais: 1) a experiência perceptiva do corpo; 2) o entendimento conceitual do mesmo em geral (incluindo mitos e/ou conhecimentos científicos); 3) e as atitudes emocionais da pessoa para com o próprio corpo.

Na literatura verificamos que existem autores que para definir a imagem do corpo recorrem a outros conceitos, estabelecendo, nomeadamente, uma relação entre os mesmos, nomeadamente, com o conceito de insatisfação corporal, como Secord & Jourard (1953, citado por Almeida Loureiro & Santos, 2002; Turtelli, 2003) que define a imagem do corpo como o grau de satisfação ou insatisfação com as várias partes ou processos do mesmo; ou Pope, McHale e Craighead (1998, citado por Turtelli, 2003) e Cash (1993, citado por Almeida et al., 2002) que defendem que a imagem do corpo se refere à experiência psicológica que o indivíduo tem sobre a aparência corporal e o funcionamento do seu corpo. Outros autores relacionam o conceito com a atitude corporal, como Kestenberg (1975, citado por Turtelli, 2003) e Amighi, Loman, Lewis e Lossin (1999, citado por Turtelli, 2003) que afirmam que o ser humano, nas suas várias fases possui aspectos dinâmicos e outros mais constantes, onde os primeiros são os ritmos e as sequências de padrões de movimentos típicos daquela fase; enquanto os mais constantes são representados pela atitude corporal. Neste sentido, a imagem do corpo é baseada no esquema de ambos os corpos, o móvel e o imóvel posicionado, sendo o reflexo de como uma pessoa imagina que ser.

Shontz (1977, citado por Turtelli, 2003) defende que o conceito de Imagem corporal tem vindo a ser definido de tantas formas que perdeu o seu significado específico, perdendo também, as relações com as construções teóricas. Desta forma, o autor, procura definir o conceito afirmando aquilo que o mesmo não é. Assim, defende

que a imagem do corpo não é um órgão, sendo fisiológica, mas também psicológica, podendo ser modificada tanto pelas alterações na estrutura corporal, como pelas aprendizagens (Turtelli, 2003); a imagem do corpo não é um desenho, fotografia ou diagrama do corpo; e não é uma pequena pessoa que temos na cabeça, embora se encontre em estreita relação com a personalidade e com o “ego corporal” (Turtelli, 2003). Este autor descreve, ainda, sete funções desempenhadas pelo constructo da imagem do corpo: registo sensorial; instrumento para acção; fonte de actividade; estímulo para o self; estímulo para outros; mundo privado; instrumento expressivo (Vasconcelos, 1995).

Cash e Pruzinsky (1990) fazem referência à dificuldade na definição do conceito, defendendo que este facto deve-se à própria palavra “imagem” que impede a captura integral da complexidade e multidimensionalidade do mesmo. Estes autores defendem a utilização do termo imagens corporais, afirmando que o termo no plural é mais genérico, uma vez que a “experiência corporal abrange a percepção de uma atitude a respeito da aparência, tamanho do corpo, posição espacial, fronteiras, competência do corpo e os aspectos relacionados ao género” (Cash e Pruzinsky, 1990). A atenção de um indivíduo pode mudar de um destes componentes para o outro, ou ficar simultaneamente em um ou mais níveis (Cash & Pruzinsky, 1990). Desta forma, os autores defendem que a experiência corporal de uma pessoa não se limita ao domínio da aparência/estética do corpo, mas inclui experiências da sensação corporal, função, aptidão física e saúde/doença, podendo estas experiências ocorrer ao nível consciente, pré-consciente e inconsciente da atenção (Cash & Pruzinsky, 1990).

Nesta investigação o conceito de Imagem do corpo será entendido como a construção hipotética e como o conjunto de sentimentos, atitudes, lembranças e experiências acumuladas pelo Indivíduo sobre o seu corpo e que são integradas numa percepção global (Bruchon-Schweitzer 1992, citado por Santos, 2006).

Existe uma falta de uniformidade na definição operacional de imagem do corpo e na distinção entre este termo e esquema corporal. Neste sentido, encontramos autores que utilizam os termos de forma indistinta, defendendo que a divisão entre os conceitos é meramente teórica uma vez que a Imagem do corpo e o esquema corporal são conceitos indissociáveis do mesmo fenómeno, a representação dinâmica que a pessoa faz de si mesma. Assim autores como Schilder (1999), Le Boulch (1987 e 1992, citado por Turtelli, 2003) e Mira e López (1952, citado por, Oliver, 1995) entre outros, unificam estes conceitos. Enquanto outros defendem a separação entre os termos, referindo que estes conceitos remetem a significados diferentes (Oliver, 1995), como Reed e Farah (1995) (que considera o esquema como uma organização interna das representações das relações espaciais entre as várias partes do corpo) Gallagher e Cole (1995) (imagem corporal é algo intencional enquanto que o esquema é não consciente), Campbell (1998, citado por Turtelli, 2003 - faz a distinção ao nível do que se pode fazer com a representação, onde o esquema corporal é utilizado para mediar as próprias percepções e acções, e a imagem do corpo é usada para registar o impacto do próprio comportamento nos outros) e Eilan, Marcel e Bermúdez (1998, citado por Turtelli, 2003), que distinguem três parâmetros nos quais os dois conceitos variam um do outro:

1) no conteúdo da representação; 2) tipo de representação, ou estado; 3) propósito explicativo para o qual a representação é colocada.

Assim, uma vez que as áreas de interesse e os métodos de pesquisa nas diversas ciências são distintas, os significados atribuídos aos termos são diferenciados, verificando-se que, de uma maneira geral, o conceito de esquema corporal é mais associado as questões neurológicas, enquanto a imagem do corpo é ligada à psicologia e à psiquiatria (Oliver, 1995). As várias disciplinas científicas que se debruçam sobre o tema colocam em evidência a complexidade e multidimensionalidade do constructo e a impossibilidade em abordar a totalidade do assunto, onde os aspectos fisiológicos, afectivos, cognitivos e sociais devem ser considerados de forma integrada (Holsen, Kraft & Roysamb, 2001; Turtelli, 2003)

2.1. Constituintes

A imagem do corpo é um constructo multifacetado constituído por várias dimensões fundamentais inter-relacionadas, sendo estas, de acordo com alguns autores (por exemplo Cash & Pruzinky, 1990) três: 1) perceptiva (representação mental baseada nas experiências visio-espaciais sobre o nosso corpo); 2) afectiva (experiências de satisfação, insatisfação perante a nossa aparência e experiência corporal); 3) e cognitiva (pensamentos e crenças sobre o corpo) (Kay, 2000; Gregorio & Martín, 2002; Salvador, 2004; Kakeshita & Almeida, 2006; Ayensa, 2003; Vieira et al., 2006). Enquanto outros autores, como Thompson (1990, citado por Ayensa, 2003; Vieira et al., 2006; Gouveia, Santos, Gouveia, Santos & Pronk, 2008), Bane e McAuley (1998, citado por Fontes, 2005) alargaram o conceito para além destas dimensões, e acrescentaram a dimensão comportamental que engloba os comportamentos relacionados com o corpo. Estes autores, consideram que os comportamentos são influenciados pela forma como percebemos o nosso corpo, podendo as experiências relacionadas com o mesmo ocorrer em diferentes níveis de consciência (Krueger, 1990, citado por Salvador, 2004) e levar à activação de determinadas respostas cognitivas e emocionais. No entanto, existem ainda algumas dúvidas relacionadas com esta última dimensão, existindo autores que defendem que esta é apenas uma consequência das perturbações das restantes dimensões (Campana, 2007).

Embora existem algumas discrepâncias entre as dimensões do constructo, estas formam o componente subjectivo da Imagem do Corpo responsável pelas atitudes a respeito do peso/tamanho do corpo, das partes do corpo e da aparência como um todo (Banfield & McCabe, 2002, citado por Campana, 2007), visto que a imagem do corpo abrange processos fisiológicos, psicológicos e sociais num intercâmbio contínuo entre eles (Barros, 2005; Gleeson & Frith, 2006; Ferreira & Leite, 2002) referindo-se às percepções, aos pensamentos e aos sentimentos sobre o mesmo, sendo a forma como nos percebemos e sentimos em relação ao nosso próprio corpo (Tavares, 2003, citado por Motta, 2003). No entanto, a imagem do corpo não é a soma das crenças, emoções, experiências sociais e fisiológicas do corpo, é um constructo constante e que não se desenvolve de forma linear (Campana, 2007).

Este conceito encontra-se interrelacionado com outros conceitos e é considerado essencial para explicar aspectos importantes, quer da personalidade, como a auto-estima, auto-conceito, como de certas psicopatologias; é socialmente construído; não é estático, sendo um constructo dinâmico, que varia ao longo da vida em função das experiências e das influências sociais (Ayensa, 2003). A imagem corporal influencia o comportamento, directa e indirectamente e influencia o processamento de informação (Ayensa, 2003).

3. Formação da imagem do corpo ao longo do desenvolvimento humano

A imagem do corpo encontra-se relacionada com os aspectos fisiológicos, afectivos e sociais, sendo paralela ao desenvolvimento evolutivo e cultural do indivíduo, tornando-a num processo em construção (Fernandes, 2007; Salvador, 2004). Assim, devido às várias transformações físicas que ocorrem em cada etapa do desenvolvimento individual a imagem do corpo vai-se construindo, relacionando-se com o sistema de identidade do ser (Peres & Santos, 2006). Foi Schilder o primeiro autor a aplicar o conceito de imagem do corpo a todas as facetas da vida quotidiana (Fernandes, 2007). De acordo com o mesmo (Schilder, 1999, citado por Zortéa et al., 2008), a imagem do corpo é uma experiência básica na vida do indivíduo, sendo vital, lábil e mutável, onde apesar de não serem as únicas, as primeiras experiências infantis e as experiências emocionais rudimentares de relacionamento com o objecto, são fundamentais no desenvolvimento deste (Fernandes, 2007; Peres & Santos, 2006).

Na infância as primeiras experiências com o mundo exterior são realizadas através do corpo, sendo este a “fonte primária e básica para o investimento em si próprio, que se constrói na relação íntima com os outros” (Campos, 1990, citado por Cunha, 2004). Segundo Bowlby (1988, citado por Zortéa et al., 2008) é, fundamental, para a formação de um apego seguro a existência de uma atmosfera de afeição e segurança na vida inicial do indivíduo para que este organize, gradualmente, o seu aparelho psíquico (Peres & Santos, 2006). Moretti (1992, citado por Zortéa et al., 2008) afirma que para o bebé ter uma imagem saudável do seu corpo, deve ser estimulado sensorialmente, pois o desenvolvimento deste é o resultado da estimulação e de experiências afectivas, da maneira como vê o mundo e o domínio do mesmo. Assim, o bebé possui uma identidade corporal unificada através da figura materna, sendo esta, de acordo com Winnicott (1971, citado por Arreguy, 2008) entendida pelo bebé como uma extensão do próprio ambiente vivencial. Esta relação é mantida até aos 18 meses, altura em que o bebé cria condições para se afastar da mãe, perceber o mundo e de estabelecer relações com os objectos (Vertzman; Gutman, 2001, citado por Arreguy, 2008), ganhando a noção de ser alguém separado da mesma (Costa, 2008; Zortéa et al., 2008), diferenciando a sua imagem corporal do corpo da mãe e dos outros (Blaesing & Brockhaus, citados por Zortéa et al., 2008). A imagem do corpo do bebé amadurece aos poucos através da experimentação do toque, exploração do espaço e da manipulação dos objectos. Neste crescimento é muito importante a “fase do espelho”, pois possibilita ao bebé passar de uma imagem do corpo fragmentada à compreensão da unidade do mesmo (Coelho & Fagundes,

2007; Le Boulch, 1987, citado por Arreguy, 2008; Mataruna, 2004). Esta imagem não se limite às imagens visuais, mas é, também, o resultado das experiências vividas.

Aos dois anos, o corpo é o centro referencial, para a criança, do espaço que ocupa e da relação com os outros. Assim, a grande maioria das crianças possui auto-percepção e reconhece a imagem de seu corpo. Esta, gradualmente, passa a representar para a criança a sua identidade e, aos poucos, como os outros vêem a sua aparência. As crianças aprendem com a família e com o meio social a valorizar o corpo (Fernandes, 2007). Assim, na idade pré-escolar estas começam a reconhecer que a aparência das pessoas pode ser mais ou menos desejável e aprendem como a sociedade distingue as diferentes características físicas e, a partir desse facto, vão absorvendo conceitos do que é valorizado socialmente, e, assim, desenvolvem a sua imagem do corpo (Fernandes, 2007). Os estudos realizados com crianças em idade pré-escolar revelam que estas julgam a sua própria aparência corporal adequando-a ao modelo que lhes é transmitido (Castilho, 2001, citado por Fernandes, 2007), e que se concentram mais nas capacidades do seu corpo (Pope, McHale & Craighead, 1988, citado por Stanford, 2003) atribuindo qualidades positivas como gentileza, ter muitos amigos, ser feliz e educado a tipos físicos mesomórficos (peso abaixo), e características negativas como, ser brigão, chato, preguiçoso e superficial a tipos físicos endomórficos (excesso de peso) (Lerner & Korn, 1972; Kirkpatrick & Sanders, 1978, citados por Carvalho, Cataneo, Galindo & Malfará, 2005). Apesar dos progressos no desenvolvimento da imagem do corpo, algumas investigações sugerem que as diferenças entre os géneros não são visíveis no pré-escolar (Benjet & Hernandez-Guzman, 2001, citado por Stanford, 2003), existindo, também, uma noção pouco definida dos limites do corpo e da anatomia interna, o que poderá sugerir que a percepção do corpo se modifica com a idade. Segundo Freud, a construção das fronteiras é feita através da libido (energia sexual), que no início é dada ao corpo como um todo, onde a criança se interessa apenas por si, sem se preocupar com o mundo externo, passando depois para uma fase auto-erótica, na qual a libido é concentrada em partes do corpo que têm significação erógena, embora a fronteira entre corpo e mundo não esteja claramente definida (Motta, 2003).

As primeiras experiências de vida são realizadas num ambiente familiar, sendo posteriormente, alargadas, a outros ambientes, possibilitando a trocar da sua própria imagem com a dos outros e desta maneira, aumentar a possibilidade de se conhecer e ao mundo. Assim, a construção da imagem do corpo não se baseia apenas na história individual mas, também, nas relações com os outros (Motta, 2003). Este alargamento ao contexto extra familiar ocorre, principalmente, em idade escolar. Nesta idade, segundo Bee (1997, citado por Zortéa et al., 2008) a auto-percepção da criança encontra-se ligada às suas características visíveis, como sua aparência, o quê ou com quem joga, onde mora, o que sabe fazer bem ou mal, ao invés das qualidades mais internas e constantes como os traços de personalidade. Com esta idade as crianças tornam-se capazes de dar uma descrição bastante completa de si mesma numa série de dimensões, expressando percepções, funções e o seu próprio desenvolvimento (Bee, 1997; Capisiano, 1992, citado por Zortéa et al., 2008). Existem estudos que sugerem que crianças do sexo

feminino com cinco anos de idade expressam preocupações com seu corpo e possuem conhecimento sobre dietas alimentares (Abramovitz & Birch, 2000; Lawrence, 1991; Thelen, Powel, Lawrence & Kuhnert, 1992, citado por Fernandes, 2007). Num outro estudo, a maioria das crianças entre sete e nove anos afirmou que ser gorda é mau, expressando, outra metade, o desejo de ser mais magra e aproximadamente um terço que sentia medo de se tornar gorda (Rolland, Farnhill & Griffiths, 1996, Shapiro, Newcomb & Loeb, 1997, citado por Fernandes, 2007). Outros estudos demonstram que, a insatisfação corporal está associada ao início da alimentação restritiva entre crianças com sete anos de idade (Attie, Brooks-Gunn, 1989; Graber et al., 1994; Kostanski & Guallane, 1999, citado por Fernandes, 2007).

A partir dos oito anos a criança realiza uma discriminação entre o pensamento e o corpo, deixando de fazer a distinção dos outros através da aparência física, mas sim, pelo reconhecimento da existência de sentimentos, pensamentos, opiniões e ideias distintas uns dos outros (Cunha, 2004).

Apesar das primeiras preocupações com o corpo e a aparência terem início ainda antes da puberdade, devido às alterações corporais e às normas de beleza impostas pela sociedade, é na adolescência que ganham relevo (Vasconcelos, 1995).

A adolescência é o período de desenvolvimento entre a infância e a idade adulta, marcado por um enorme número de sentimentos, por um conjunto de tarefas a realizar, por uma crise normativa e pela necessidade de reconhecimento e de integração. Com profundas transformações quer ao nível físico, cognitivo, afectivo e social. A adolescência possui um ponto de partida biológico (entre os 10-20 anos) e um ponto de chegada cultural (Cunha, 2004; Carvalho et al., 2005). Nesta fase o conjunto dos processos biológicos inter-relacionados transformam a criança num indivíduo sexual e fisicamente maduro (Braconnier & Marcelli, 2000), permitindo ao adolescente abandonar o mundo da infância e integrar-se no mundo dos adultos. Desde da infância que o corpo mantém uma identidade que é mantida até à adolescência, altura em que a mesma sofre uma desorganização com as transformações corporais que a marcam (Sprinthall & Collins, 2003). Dá-se a perda da antiga imagem do corpo e da identidade infantil, sendo necessário que o adolescente elabore o luto pelo mesmo e aceite o novo corpo, implicando a construção de uma nova identidade (Aberastury, 1990, citado por Campagna & Souza, 2006; Cunha, 2004) e a reformulação da imagem do corpo (Campagna & Souza, 2006), sendo exigido ao adolescente que adapte o seu pensamento e a auto-consciência ao fenómeno (Cunha, 2004; Campagna & Souza, 2006).

As profundas transformações têm um forte impacto psicológico, visto que perante o novo corpo o adolescente pode reagir com prazer e orgulho, mas também, com vergonha e embaraço, sendo nesta fase que as preocupações com o corpo se intensificam e, as experiências ajudam a moldar a imagem do corpo e respectiva satisfação e auto-estima, tornando o corpo no primeiro auto-conceito (Cunha, 2004; Costa, 2008; Campagna & Souza, 2006). Esta avaliação está, directamente, dependente dos factores sociais que a envolvem e vão marcando os comportamentos dos indivíduos (Cunha, 2004), sendo, também, marcada por todas as experiências vividas pelo mesmo. Os resultados dos

vários estudos sugerem que as experiências afectivas do indivíduo desempenham um papel mais relevante na construção da sua imagem do corpo, comparativamente com as percepções objectivas do mesmo (Peres & Santos, 2006). Desta forma, a imagem do corpo é a representação mental do próprio corpo marcada pela forma como o indivíduo se percebe, pelos sentimentos que tem em relação ao seu corpo, o modo como se move, experiência e se relaciona com as sensações corporais, as mensagens que recebe a respeito de si e as inter-relações estabelecidas com os outros e com o meio (Costa, 2008; Campagna & Souza, 2006; Zortéa et al., 2008). Neste sentido, a imagem do corpo não está vinculada ao corpo real, mas sim ao corpo simbólico, produto das experiências de trocas afectivas vivenciadas nos diferentes estágios do ciclo vital (Peres & Santos, 2006). Envolvendo a maneira como o indivíduo foi tocado, olhado e como o ambiente recebeu os estímulos e emoções vindas do mesmo. Nesse processo de construção da imagem do corpo, os sentidos humanos (principalmente visão e tacto) dão informações importantes (Admin, Fernandes, Frainer & Oliveira, 2005). Este processo de formação da imagem do corpo é influenciável pelo sexo, idade, meios de comunicação, bem como pela relação do corpo com os processos cognitivos como crença, valores e atitudes (Damasceno et al., 2005). Os factores que influenciam o desenvolvimento da imagem do corpo foram resumidos por Slade (1994, citado por Cash & Pruzinsky, 1990) e segundo o mesmo estes são: 1) a história dos estímulos sensoriais que recebemos; 2) história da nossa mudança corporal; 3) as normas culturais e sociais; 4) as atitudes individuais com relação ao peso e à forma corporal; 5) as variáveis cognitivas e afectivas; 6) possíveis psicopatologias adquiridas; e 7) as variáveis biológicas.

Assim, a imagem do corpo desenvolve-se desde o nascimento até a morte, à medida que este vai mudando, dentro de uma estrutura complexa e subjectiva, sofrendo modificações que implicam na construção contínua, e reconstrução incessante, resultante do processamento de estímulos (Coelho & Fagundes, 2007; Silva, 2002). Assim, ao longo da vida a pessoa cria, avalia, destrói e constantemente reorganiza a própria imagem corporal com base na imitação e na observação de outras pessoas (Barros, 2005; Motta, 2003), permitindo-nos perceber o nosso corpo e o dos outros através da comparação e da internalização dessas comparações (Gleeson & Frith, 2006; Costa, 2008). Este contacto é realizado inicialmente por quem cuida de nós, sendo necessário, percebermos os limites do próprio corpo, a partir das sensações corporais (Motta, 2003; Saur, 2007).

4. Avaliação da imagem do corpo

O grande número de investigações da imagem do corpo conduziu a uma proliferação de definições do próprio conceito, por vezes equívocas e contraditórias, e à utilização de diferentes técnicas de avaliação do constructo, cada um com limitações específicas (Newell, 2002; Kay, 2000). Estes instrumentos dividem-se em duas grandes categorias, que reflectem a divisão entre as várias componentes do conceito, nomeadamente, entre a componente perceptual (estimativa do tamanho) e a cognitiva/

afectiva (atitudes e preocupações relativas à estatura e peso corporal, a determinadas partes do corpo ou à aparência em geral, e sentimentos e comportamentos face ao mesmo) (Newell, 2002; Kay, 2000).

Os instrumentos que avaliam a percepção da imagem do corpo dominaram o início da investigação desta problemática, contudo, nos últimos anos, tem-se dado um maior ênfase às medidas afectivas. Ao longo deste subcapítulo iremos abordar alguns métodos e técnicas de avaliação relativamente às componentes perceptiva e subjectiva da imagem corporal, que foram desenvolvidos ao longo dos tempos.

4.1. Componente perceptiva

A avaliação da componente perceptiva do corpo tem sido, muitas vezes, referida como distorção da imagem do corpo ou precisão da estimativa da dimensão corporal (Fontes, 2005; Vasconcelos, 1995). As investigações nesta área são extensas e recorrem a uma variedade de procedimentos de avaliação. Contudo, estes subdividem-se em duas categorias: 1) os que avaliam a percepção das partes individuais do corpo, através da avaliação aproximada da largura do mesmo; 2) e os que avaliam a distorção da imagem do corpo como um todo (Newell, 2002; Thompson, Penner & Altabe, 1990).

Um dos primeiros instrumentos desenvolvidos para a avaliação da percepção das partes corporais foi a técnica do “Compasso Móvel” ou Técnica da Estimativa Visual do Tamanho, de Slade e Russell (1973, citado por Cash & Pruzinsky, 1990). Este instrumento consiste numa barra horizontal com dois pontos luminosos montados num carroto. Estas luzes afastam-se ou aproximam-se em distância igual de um ponto central, sendo pedido ao sujeito que ajuste a distância entre os pontos de forma a identificar o tamanho da parte corporal solicitada. Esta técnica deu origem a outros instrumentos similares, sendo um dos mais usados, o Image Marking Procedura (IMP) desenvolvido por Askevold (1975, citado por Oliveira, 2009; Vasconcelos, 1995). Ruff e Barrios (1986, citado por Vasconcelos, 1995) criaram o Instrumento de Detecção da Imagem Corporal (BIDD), embora este instrumento fosse mais tarde modificado por Thompson e Thompson (1986, citado por Vasconcelos, 1995) designando-se por Aparelho de Barras de Luz Ajustáveis.

Em todos estes métodos é feita uma análise das diferenças entre o real e o percebido.

Entre os procedimentos de avaliação da imagem corporal como um todo, destaca-se o Espelho Deformado Ajustável de Traub e Orback (1964, citado por Fontes, 2005), a Técnica da Fotografia Distorcida desenvolvida por Glucksman e Hirsch (1969, citado por Vasconcelos, 1995). Nestes instrumentos utilizando um conjunto de métodos em que o indivíduo é confrontado com a sua imagem modificada (menor ou maior que a realidade) (Thompson, Penner & Altabe, 1990), tendo que seleccionar a imagem que corresponde à sua realidade corporal. Aqui a medida de precisão perceptiva é calculada através do grau da discrepância entre a actual imagem e a seleccionada pelo indivíduo.

Todos estes instrumentos foram desenvolvidos para populações específicas e a sua validade externa é questionável.

4.2. Componente cognitiva/afectiva

Estes procedimentos de avaliação variam muito em termos do seu aspectos específicos, visto que na generalidade, é difícil diferenciar a componente afectiva e cognitiva da imagem do corpo. Contudo, os principais métodos utilizados para avaliar o nível de satisfação com a imagem do corpo recorrem à discrepância entre o que o indivíduo considera o corpo ideal e aquilo que afirma ser o seu corpo real.

Um dos métodos mais utilizados para avaliar a satisfação com a imagem do corpo e a percepção do mesmo é a técnicas das silhuetas. Nesta técnica é utilizado fotografias, desenhos ou figuras/silhuetas esquemáticas de diferentes tamanhos, em que o sujeito terá que escolher aquela que reflecte o corpo ideal (figura preferida) e a que representa as suas próprias dimensões (figura subjectiva) (Thompson et al., 1990). A discrepância entre as duas medidas indica o nível de satisfação.

Para além deste método, existem outros procedimentos para avaliar a satisfação com a imagem do corpo, nomeadamente, os questionários e as escalas. Se por um lado as escalas centram-se exclusivamente na insatisfação com a altura/peso, os questionários permitem avaliar vários aspectos.

Tem sido desenvolvido vários questionários com esse objectivo. O primeiro questionário utilizado, em larga escala, ter sido Body Cathexis Scale (Thompson et al., 1990), constituído por 46 itens referindo-se a partes do corpo ou a funções corporais, permitindo avaliar a satisfação relativa a cada aspecto corporal numa escala de 1 a 5, ou a satisfação global. Este questionário tem uma boa consistência interna quando aplicado em conjunto com outras escalas com o mesmo objectivo (Oliveira, 2009).

Outros questionários utilizados, que são importantes de enunciar, são: Body Parts Satisfaction Scale (Berscheid, Walster & Bohrnstedt, 1973, citado por Thompson et al., 1990); Eating Disorders Dissatisfaction (Garner, Polivy & Olmstead, 1983, citado por Thompson et al., 1990); Questionário da Satisfação com a Imagem Corporal (BIS) de Raust-von Wright (1989, citado por Vasconcelos, 1995); Questionário dos Conceitos Automáticos da Imagem Corporal (BIATQ); CAPT (Color-A-Person Test) e o Body-Self Relations Questionnaire (BSRQ), desenvolvido por Cash e colaboradores. Este questionário é composto por três subescalas que avaliam os factores cognitivos, comportamentais e afectivos do constructo, divididos em setes factores. Estes autores demonstraram que as dimensões perceptivas e cognitivo/ afectivo da imagem do corpo são independentes. Também, Bruchon-Schweitzer propõe a natureza multidimensional do conceito da imagem do corpo, elaborando, nesse sentido, o Body Image questionnaire, onde é possível avaliar quatro factores significativos: 1) Fechamento/Acessibilidade, 2) Insatisfação/Satisfação, 3) Passividade/Actividade, e 4) Tensão/Relaxamento. A identificação destes componentes permite aos investigadores afastarem-se da análise global da imagem do corpo e concentrarem-se na especificação dos componentes, tal como nas possíveis relações destes com outras variáveis (Newell, 2002).

5. Imagem do corpo e conceitos relacionados

Na nossa sociedade o corpo é, por vezes, excessivamente adorado e exaltado, representa uma dimensão importante da vida do ser humano (Roma, Lebre & Vasconcelos, S/D), fazendo parte das características do mesmo, e possui uma estreita relação com a história do indivíduo. Assim, relaciona-se, intimamente, com a identidade individual e social, sendo o elemento que garante o prazer, a expressão estética e concede determinado status, facilitando as relações de ordem social (Lipovetsky, 1986 citado por Roma et al., S/D).

Cash (1993, citado por Almeida et al., 2002) defende que a imagem do corpo refere-se à experiência psicológica sobre a aparência e o funcionamento do mesmo, onde uma percepção distorcida conduz a distúrbios, que podem manifestar-se de várias formas, como, distúrbios de percepção, de cognição e afecto e distúrbios do comportamento (Costa, 2008; Campana, 2007).

A imagem do corpo está fortemente associada a outras variáveis, nomeadamente, auto-estima, equilíbrio emocional, adaptação social e perturbações comportamentais, nomeadamente, alimentares. Ao longo deste subcapítulo iremos abordar as relações encontradas entre as várias componentes da imagem do corpo, encontradas por Bruchon-Schweitzer no BIQ e outras variáveis.

5.1. Satisfação com a imagem do corpo

A satisfação com a imagem do corpo (Friedman & Brownell, 1995, citado por Ferreira & Leite, 2002) parece ser a dimensão que mais frequentemente é avaliada. Este conceito refere-se a um corpo globalmente amado ou não, globalmente (in) conformado às normas ideais e de onde se tira maior/menor prazer ou sofrimento (Bruchon-Schweitzer, 1992).

A satisfação com a imagem do corpo é uma das mais importantes variáveis moderadoras, harmonizando as relações entre as realidades externas (objectivas) e as realidades internas (subjectivas) (Vasconcelos, 1995). Assim, este conceito é um indicador de certas diferenças entre estas duas ordens de realidade, podendo ser definida como a divergência entre a forma como o corpo é percebido e o que a pessoa deseja ter (Thompson, 1990, citado por Reilly & Rudd, 2006). No entanto, a literatura apresenta poucos estudos empíricos onde o conceito é operacionalizado, centrando-se nas componentes negativas do mesmo.

A investigação, inicialmente, considerava que a insatisfação com a imagem do corpo era um fenómeno próprio da adolescência, contudo, são vários os estudos que comprovam que, mesmo antes da puberdade, esta problemática é comum nas crianças, estimando-se que 59% das mesmas entre os 7-12 anos têm o desejo de ser mais magros, são mais preocupadas com a sua aparência associada às alterações corporais e há pressões culturais relativas à sua figura corporal, idealizadas pelas normas da beleza da sociedade, sendo esta percentagem idêntica à encontrada na adolescência. Rosen (1998, citado por Wood-Barcalow, 2006) concluiu que, aproximadamente,

10% da população feminina sofre de problemas relacionados com a imagem do corpo, identificando-se, na literatura, uma série de factores que contribuem para uma avaliação negativa deste, por parte dos indivíduos, nomeadamente, factores históricos e desenvolvimentais, como traços de personalidade (auto-estima e confiança social), atributos físicos (desfiguração e envelhecimento); disposições culturais, interpessoais e de socialização (Wood-Barcalow, 2006); e a internalização do mundo exterior (Kearney-Cooke, 2002, citado por Wood-Barcalow, 2006).

A satisfação com a imagem do corpo variar de acordo com estágio de desenvolvimento (Fallon, 1990, citado por Henriques, 2009).

5.1.1. Diferenças entre géneros

É difícil realizar uma conclusão sobre as diferenças de género na percepção da imagem do corpo, visto que, a grande maioria dos estudos têm sido realizados com a população feminina (Stanford, 2003). Contudo, a literatura reconhece a exigência de diferenças, principalmente ao nível dos ideais, objectivos e estratégias usadas. Têm-se concluindo que a insatisfação com o corpo é mais pronunciada na população feminina do que na masculina (Cash, Winstead & Janda, 1986, citado por Kay, 2000). Estas diferenças verificam-se nos estudos de McCreary e Sasse (2000, citado Stanford, 2003), Furnham e Calnan (1998, citado por Stanford, 2003), Acosta e Gomez (2003, citado por Otero, Fernández & Castro, 2002) e Ball, Garrido e Guillén (2002, citado por Otero, et al., 2002). No entanto, apesar destes resultados alguns autores verificaram que esta diferença entre sexos não é significativa e demonstraram a igualdade de género na satisfação com o corpo, nomeadamente, Cash et al., (1986, citado por Kay, 2000) e Tienboon, Rutishauser e Wahlqvist (1994, citados por Kay, 2000) concluindo que 41% dos homens e 53% das mulheres estavam insatisfeitos com a sua imagem. Contudo, esta satisfação é menor nos homens homossexuais comparativamente com os homens heterossexuais, como verificou Mishkind, Rodin, Silberstein e Striegel-Moore (1986, citado por Kay, 2000). Em Portugal, Anastácio e Carvalho (2006) num estudo realizado com estudantes do 7º e o 12º ano, não verificaram diferenças significativas na percepção da imagem do corpo entre géneros. Neste estudo, os factores que maior influência tem na imagem do corpo dos adolescentes foram identificados, verificando-se que estes são a idade dos adolescentes, o ano de escolaridade, a idade do pai, as habilitações literárias da mãe e a religião (Anastácio e Carvalho, 2006).

A região do corpo que é percebida com menor satisfação e que é alvo das preocupações é diferente entre os sexos. Nas mulheres essa área corresponde à parte inferior do tronco (Wiseman, Gray, Mosimann & Ahrens, 1992; Davies & Furnham, 1986, citado por Kay, 2000; Festas, 2002). Enquanto o homem preocupa-se, predominantemente, com a musculatura superior do corpo (Festas, 2002).

Apesar da grande maioria dos homens e das mulheres apresentam elevados índices de insatisfação com o peso (41% no sexo masculino e 55% no sexo feminino, de acordo com Cash, Wood, Phelps e Boyd (1991, citado por Festas, 2002)). Tienboon, Rutishauser e Wahiqvist (1994, citado por Kay, 2000) averiguaram que os objectivos são

diferentes entre os sexos. Se por um lado a grande maioria das mulheres quer perder peso, as preocupações dos homens com o corpo dividem-se entre os que querem perder peso e, por outro lado, os que desejam ganhar (Cowles & Davis, 1991, Drewnowski & Yee, 1987, citados por Kay, 2000).

Morris (1985, citado por Festas, 2002) refere que quer os homens como a mulheres assumem comportamentos para alterar a sua aparência física, recorrendo a várias estratégias para atingirem os mesmos, existindo uma diferença significativa entre os géneros relativamente a esses comportamentos. Assim, as mulheres recorrem, principalmente, a dietas, exercício e cirurgias plásticas, enquanto os homens preferem os exercícios e consumir esteróides (Melina & Araújo, 2002).

Relativamente à idade, têm sido realizados vários estudos, encontrando-se algumas divergências entre os mesmos, contudo, a grande maioria é congruente, com o que o autor Martinek (1978, citado por Festas, 2002) observou. Este verificou que as raparigas com idades entre os 8-10 anos são mais satisfeitas com a sua imagem do corpo, comparativamente com os rapazes da mesma faixa etária. No entanto, entre os 11 e os 18 anos, não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos.

As diferenças na percepção da imagem do corpo poderão relacionar-se com o facto da valorização cultural do corpo feminino é muito maior, comparativamente, com o corpo masculino. Contudo, esta tendência tem vindo a sofrer alterações, verificando-se uma mudança nos valores corporais para o sexo masculino (Festas, 2002).

5.2. Fechamento/ Acessibilidade corporal

A literatura sugere que o corpo é um factor unificador que estabelece os limites entre o mundo interno e externo.

Fisher e Cleveland (1978, citado por Koide & Tamaoka, 2006) defendem que a forma como o sujeito interage com o mundo exterior é influenciada pela vivencia que tem dos limites do seu corpo. Assim, se o sujeito vivencia o seu corpo como um lugar desprotegido e sem limites indefinidos e vagos interage com o mundo exterior com frustração e passividade. Por outro lado, se o sujeito tem os limites definidos, tem uma maior capacidade para lidar com a frustração, são mais independentes e objectivos precisos.

Neste sentido, o Fechamento/Acessibilidade do corpo relaciona-se com a forma como o indivíduo percebe e delimita os limites do seu corpo e o mundo externo (objectos e pessoas). Diz, também, respeito à receptividade às experiências corporais de ordem sensorial, sensual e estética. Jourard (S/D, citado por Penna, 1989) analisou a acessibilidade do corpo, e verificando que existe uma correlação entre a satisfação com a imagem do corpo e a disponibilidade pessoal para o contacto directo com pessoas. Assim, os indivíduos que avaliam a sua imagem do corpo como negativa são menos tocados pelos outros, comparativamente, com os indivíduos que o avaliam como positivo.

Relativamente às diferenças entre géneros, os estudos têm demonstrado que o sexo feminino é mais acessível ao contacto do que os homens.

5.3. Passividade/Actividade corporal

Para Bruchon-Schweitzer (1992) a imagem do corpo é uma dimensão avaliativa constituída por três factores: 1) aptidões motoras, aptidão física e saúde; 2) face e aparência geral e 3) aspectos relacionados com várias partes do corpo. Para esta autora, a passividade/actividade do corpo encontra-se relacionada com as propriedades energéticas do mesmo.

Wallon (1966, citado por Castelo- Branco, 2006) afirma que os comportamentos motores têm um papel importante na evolução psicológica do ser humano, nomeadamente, no desenvolvimento e/ou reconstrução da imagem do corpo dos mesmos. Pois é através do movimento e da actividade física que o ser humano adquire conhecimento a respeito da sua postura e orientação espacial, permitindo uma melhor adaptação do corpo ao espaço exterior (Matsuo, Velardi, Brandão & Miranda, 2007).

Estudos realizados, nomeadamente Hausenblas e Downs (2001, citado por Vieira, Rocha & Ferrarezzi, 2010) têm verificado que o envolvimento em actividades físicas aumenta a auto-estima e bem-estar, a auto-confiança; tem alterações positivas no humor, diminuição da tensão, depressão e aumenta o prazer nos contactos sociais.

A actividade/passividade do corpo tem sido, também, estudada em populações especiais, nomeadamente, idosos e deficientes motores, demonstrando a literatura que a imagem do corpo da pessoa com deficiência é alterada de forma significativa através da prática de exercício físico. Esta prática conduz a uma avaliação mais positiva da sua aparência e peso, tal como a adopção de comportamentos mais favoráveis em relação à saúde (Afonso, 2008).

Sonstroem (1984, citado por Araújo, 2001) verificou que a prática de exercício físico altera a percepção das capacidades e eficácia motoras, interferindo, posteriormente, na avaliação da imagem do corpo e da auto-estima global.

5.4. Corpo Tenso/Sereno

Esta dimensão corresponde à descontração e serenidade associada à (in) possibilidade de descarregar as tensões e frustrações (Bruchon- Schweitzer, 1992).

A discrepância entre o corpo real e o corpo ideal podem originar sentimentos de insatisfação do corpo e de frustração, no entanto, este facto avaliativo da imagem corporal encontra-se pouco documentado na literatura, tornando-se difícil uma abordagem mais aprofundada do mesmo.

5.5. Consequências da percepção negativa da imagem do corpo

A investigação identificou uma série de consequências que resultam da avaliação negativa da imagem do corpo, analisando-se a relação entre esta variável e outras, nomeadamente, perturbações alimentares (Anton, Pedri & Riley, 2000, Kearney- Cooke & Striegel- Moire, 1997, Rosen, Srebnik, Saltzberg & Wendt, 1991, citados por Wood-Barcalow, 2006), auto-estima e capacidades relacionais. Desta forma, a avaliação negativa do corpo pode interferir com a capacidade para desenvolver uma auto-

estima saudável (Cash & Labarge, 1996, citados por Wood- Barcalow, 2006); afectar o funcionamento social do indivíduo, nomeadamente, as relações com os outros e adoptar atitudes de isolamento social (Wood- Barcalow, 2006; Hargreaves & Tiggermann, 2006). As estas consequências Fisher (1986) acrescentou outras, concluindo que as atitudes perante a imagem do corpo têm impacto no comportamento, influenciando um vasto número de comportamentos, como a motivação, o comportamento sexual, atitudes de autoritarismo, sintomatologia, assimilação cultural, hostilidade, adaptação a lesões corporais e comportamentos delinquentes.

Assim, longo desta parte do trabalho iremos abordar a relação entre a imagem do corpo e outras variáveis, referindo as consequências da avaliação negativa da imagem do corpo, nomeadamente ao nível da auto-estima, auto-conceito, perturbações do comportamento alimentar e perturbação do humor.

5.5.1. Auto-estima

Todas as emoções influenciam a imagem do corpo através das diversas alterações do mesmo, sendo esta a expressão da nossa vida emocional, da nossa personalidade (Schilder, 1999, citado por Silva, 2002) e uma parte do auto-conceito do indivíduo (Manos, Sebastián, Bueno, Mateos & Torre, 2005).

Neste sentido, a imagem do corpo encontra-se relacionada com a auto-estima, que tem sido conceptualizada como a componente avaliativa do auto-conceito, que se refere aos sentimentos sobre si próprio (Manos et al., 2005). Rosenberg (1979, citado por Reilly, 2004) afirma que a auto-estima baseia-se na concepção que formamos sobre nós determinada pelas auto-percepções e pelas interpretações dos feed-back dos outros (família, amigos, colegas, superiores). Este autor identificou três componentes da auto-estima: como o indivíduo se vê a si mesmo, como gostaria de se ver (o eu desejado) e como se mostra aos outros. Assim, ter uma auto-estima elevada significa apresentar um grau de confiança em si mesmo, sentir-se amado e apreciado, e possuir uma imagem positiva das suas capacidades, potencialidades e limitações.

Esta variável tem sido a mais estudada em relação à imagem do corpo, encontrando-se, significativamente, correlacionada com o mesmo. A satisfação com esta imagem, relaciona-se com uma boa auto-estima, enquanto a insatisfação com a mesma, associa-se à baixa auto - estima (Kay, 2000; Reilly, 2004; Hudson, 2008). Várias investigações verificaram esta relação, nomeadamente Dohnt (2006, citado por Caposella, 2008) que constatou que as raparigas que desejavam ser mais magras eram mais propensas a desenvolver uma baixa auto-estima. Embora este estudo só tenha sido realizado com população feminina, outros autores, como Hudson (2008), demonstraram a existência de diferenças de género na relação entre as duas variáveis, sendo esta correlação mais significativa para o sexo feminino comparativamente com o sexo masculino (Key, 2000; Hudson, 2008). Assim, as mulheres apresentam uma maior vulnerabilidade à insatisfação com a imagem do corpo, e consequentemente a desenvolver uma baixa auto-estima sobre si.

A literatura tem verificado que a atractividade física encontra-se estreitamente

relacionada com a auto-estima (Kenealy, Gleeson, Frude & Shaw, 1991, citado por Kay, 2000), e estudos têm concluído que a aparência física é o factor mais importante na auto-estima dos adolescentes, principalmente, do sexo feminino (Simmons & Blyth, 1987, citado por Holsen, Kraft & Roysamb, 2001; Gouveia et al., 2008; Manos et al., 2005). Este conceito tem sido estudado e considerado um importante indicador da saúde mental, visto que, uma imagem negativa sobre si pode conduzir a desordens psíquicas e problemas nas relações interpessoais, associando-se a um isolamento e evitamento dos outros (Pereira, 1999). Neste sentido, este conceito não é apenas um revelador da forma como a pessoa pensa sobre si, como visualiza o seu corpo, mas também, das suas atitudes e comportamentos, encontrando-se associado às perturbações do comportamento alimentar e outras perturbações que envolvem o dano físico contra o próprio, depressão, ansiedade e perturbações do comportamento. Desta forma, pessoas com baixa auto-estima são mais propensas a adoptar comportamentos de risco, nomeadamente, relacionados com a alimentação (Reilly, 2004) (esta relação será mais aprofundada na secção seguinte), e com comportamentos de auto-mutilação. Este facto, de acordo com Orbach e Mikulincer (1998, citado por Gouveia et al., 2008) é em factor evidente da relação existente entre a imagem do corpo e o self mental. Estes autores, encontraram associações entre uma baixa auto-estima e insatisfação com a imagem do corpo em jovens suicidas, adolescentes e adultos deprimidos, factor que permite correlacionar as duas variáveis, demonstrando a complexidade dos termos.

5.5.2. Auto conceito

Embora o conceito de auto-estima e auto-conceito se encontrem relacionados, estes dois termos são distintos uns dos outros (Manos et al., 2005). O auto-conceito possui diversas designações utilizadas por vezes com sentidos diferentes, resultado de divergências teóricas em relação à sua origem e estrutura (Vasconcelos, 1995). Contudo, Mwamwenda (1991, citado por Vasconcelos, 1995) define o auto-conceito como a forma como um indivíduo se apercebe de si próprio, em função da percepção do si, independentemente do que os outros pensem de si. Poderá ser, também, entendido como a estrutura cognitiva que organiza as experiências passadas do indivíduo, reais ou imaginárias, controla o processo informativo relacionado consigo mesmo e exerce uma função de auto-regulação, encontrando-se organizado hierarquicamente e sistematicamente (Tamayo & Abbad, 2006). O auto-conceito engloba o aspecto académico e o não académico, como o auto-conceito social, emocional e o físico. Este último foi estudado por Williams (1983, citado por Vasconcelos, 1995), defendendo que o mesmo é formado pelo esquema corporal, conhecimento corporal, e pela imagem do corpo, sendo esta última componente, objectiva ou subjectiva, referindo-se à estrutura e às dimensões do corpo.

Embora o auto-conceito tenha papel importante em todas as áreas da vida do indivíduo (Simões & Meneses, 2007, citado por Martins, Nunes & Noronha, 2008), existem poucos estudos empíricos que procurem estabelecer uma relação entre o mesmo e a imagem do corpo. Contudo, os estudos citados na literatura não apresentam

uma associação clara, visto que muitos são contraditórios e apenas se centram na população obesa. No entanto, Martins, Nunes e Noronha (2008) realizaram um estudo com 50 adolescentes entre os 14-17 anos, onde verificaram que as crianças obesas apresentam dificuldades em se sentir semelhantes às crianças não-obesas, sentindo-se menos competentes, principalmente nas actividades físicas. Estas autoras, também, verificaram que estas crianças sentem-se menos satisfeitas com o corpo e com a sua aparência corporal, verificando-se sentimentos de insatisfação e depreciação. Assim, poderemos, afirmar que maiores valores de peso corporal ou índice de massa corporal estão associados a um auto-conceito significativamente menor. Embora estes resultados, também, tenham sido encontrados por outros autores, outros estudos não encontraram nenhuma associação entre as duas variáveis.

5.5.3. Depressão

A investigação tem permitido concluir a existência de uma relação entre a auto-estima e a prevalência de sintomas depressivos, tal como a associação entre estes sintomas e a imagem do corpo (Koenig & Gladstone, 1998; Rierdan & Koff, 1991, citado por Marcotte, Fortin, Potvin & Papillon, 2002; Holsen, Kaft & Roysamb, 2001; Gouveia et al., 2008). Desta forma, tem-se verificado que os adolescentes deprimidos são menos satisfeitos com a imagem do corpo e com a aparência física (Simmons & Blyth, 1987, citado por Holsen, Kaft & Roysamb, 2001; Marcotte et al., 2002), principalmente, nas raparigas, sendo as discrepâncias mais visíveis entre os 12 e os 14 anos (Wichstrom, 1999, citado por Hargreaves & Tiggemann, 2006). Alguns autores, nomeadamente, Allgood- Merten et al. (1990, citado por Marcotte et al., 2002) consideram que estas diferenças entre os géneros na perturbação depressiva são explicadas pela relação entre a auto-estima e pela imagem do corpo, tendo esta associação uma maior relevância nas raparigas do que nos rapazes. Outras teorias, consideram que as culturas ocidentais dão mais importância ao corpo feminino, conduzindo a que as raparigas avaliam as características físicas, segundo os ideais e padrões de beleza (Marcotte et al., 2002).

Quando o humor depressivo é persistente na adolescência este pode comprometer o normal desenvolvimento do adolescente, do seu auto-conceito saudável (Cole, Martin, Peeke, Deracznski & Hoffman, 1998, citado por Marcotte, et al., 2002), e diminuir as relações interpessoais, que conseqüentemente, prejudicam a saúde e bem-estar psicossocial (Harrington, 1993, Meringas & Angst, 1995, citado por Marcotte et al., 2002). Esta perturbação na adolescência representa um factor de risco para a adopção de comportamentos de auto-mutilação, nomeadamente, suicídio (Kandel, Raveis & Davies, 1991, citado por Marcotte et al., 2002) e abuso de substâncias (Kadel & Davies, 1982, citado por Marcotte et al., 2002).

5.5.4. Perturbações de comportamento

A investigação tem demonstrado que as atitudes e os sentimentos negativos contra o próprio corpo são visíveis nas perturbações de comportamento, nomeadamente, quando estas envolvem o dano físico contra a própria pessoa, como as perturbações

alimentares e injúrias corporais (Jung & Lee, 2006). Neste sentido, alguns autores, como Orbach e Mikulincer (1998, citado por Gouveia et al., 2008) verificaram que a insatisfação com a imagem do corpo está relacionada com as mesmas perturbações, tendo encontrado correlações significativas em jovens, adolescentes e adultos suicidas, deprimidos e indivíduos com baixa auto-estima. A correlação entre as duas variáveis será demonstrada ao longo desta secção da investigação, onde iremos, através da revisão bibliográfica demonstrar as conclusões encontradas pelos vários autores.

Perturbações alimentares

A relação entre as desordens alimentares e a percepção da imagem do corpo têm sido amplamente documentada pela literatura, tendo sido Bruch, a primeira autora, a relatar que a distorção deste conceito era um dos três factores necessários ao desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar, sendo o aspecto mais importante do mesmo (Cash & Pruzinsky, 1990; Hudson, 2008; Saikali, Soubhia, Scalfaro & Cordás, 2004). Contudo, alguns autores afirmam que se verifica, não uma distorção da imagem do corpo, mas sim uma distorção que reflecte os seus ideais, cognições e emoções em relação ao seu corpo (Gila, Castro, Toro & Salamero, 2004).

Considera-se que existe uma tendência, por parte dos adolescentes e jovens adultos, essencialmente, do sexo feminino (90%) para desenvolverem sentimentos de inferioridade relativamente ao seu corpo (Vasconcelos, 1995), como resultado das modificações corporais e das interpretações erróneas da sua imagem (Roma et al., s/d). A incidência deste transtorno, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria, é de 0,5% nas mulheres americanas (APA, 2002) embora, alguns investigadores defenderem que este fenómeno é mais marcante nas culturas ocidentais e industrializadas. Contudo, o mesmo tem sido demonstrado em indivíduos de diferentes etnias, status socioeconómico e cultural e idades (Mumford & Choudry, 2000, Spurgas, 2005, citados por Hudson, 2008).

A investigação tem demonstrado que existem uma insatisfação, depreciação, distorção e preocupação com a imagem do corpo (Almeida et al., 2002). Contudo, a percepção da imagem nestes pacientes é multifacetada, envolvendo uma distorção ao nível da percepção da forma e do peso, atitudes e comportamentos (adopção de comportamentos patológicos de controlo de peso) (Cash & Pruzinsky, 1990; Costa, 2008; Roma et al., s/d). Assim, ao nível da percepção, a literatura indica que as pacientes com distúrbios de alimentação possuem uma percepção distorcida de si (Cash & Pruzinsky, 1990), pensando de forma extrema em relação à sua aparência ou fazendo juízos muito críticos relativamente à mesma, realizando comparações injustas com padrões extremos (Saikali et al., 2004). Estas pacientes possuem uma representação mental do seu corpo incoerente com a realidade (Giordani, 2006).

Bruch considera que nas perturbações alimentares existe uma dificuldade, por parte dos pacientes, em identificar as próprias emoções, fazendo confusão entres as mesmas (Cash & Pruzinsky, 1990) levando a um investimento na aparência, quer ao nível cognitivo como comportamental, através da adopção de estilo de vida que se centra

no físico e na percepção deste, por meio de uma série de atitudes e comportamentos (Cooper & Fairburn, 1987, citado por Cash & Pruzinsky, 1990), nomeadamente, a evitação do corpo (através de evitações sociais, uso de roupa mais justas ou mais larga) que representa uma forma de resposta aos pensamentos e às emoções relativas ao corpo (Campana, 2007; Cash & Pruzinsky, 1990).

A distorção na percepção da imagem do corpo nas perturbações alimentares encontra-se associada às influências culturais, às aprendizagens familiares, perturbações no desenvolvimento afectivo e da identidade, tal como no desenvolvimento psicosssexual e da auto-estima. Neste sentido, os distúrbios da imagem do corpo, podem ser explicados através de várias teorias, nomeadamente, por teorias perceptivas e a teorias subjectivas. As primeiras defendem que as distorções na precisão do tamanho do corpo são o resultado de falhas adaptativas (a percepção do tamanho não é influenciada pela mudança real do mesmo) e de deficits viso-espaciais (Ferreira & Leite, 2002). No entanto, autores como Dolce, Thompson, Register e Spana (1987, citado por Ferreira & Leite, 2002) considerem que esta pode não ser uma consequência directa destes deficits, mas da interacção entre estes e factores cognitivos e afectivos. Por outro lado, as teorias subjectivas subdividem-se em: 1) teorias desenvolvimentistas, que dão ênfase a determinados acontecimentos ocorridos na infância e na adolescência, e que funcionam como factores de risco para a instalação dos distúrbios da imagem do corpo. Entre os factores de risco, alguns investigadores, salientam a ocorrência de abusos, quer físicos como sexuais, tendo verificado correlações entre estes e os distúrbios da imagem do corpo (Cash & Pruzinsky, 1990). Por outro lado, Bruch (1973, citado por Cash & Pruzinsky, 1990) considera que indivíduos provenientes de famílias dominantes, intrusivas e superprotectoras apresentam dificuldades desenvolvimentais na formação da identidade. Esta ideia é partilhada por outros autores, como Palazzoli (1974, citado por Cash & Pruzinsky, 1990) que afirma, que estes adolescentes têm dificuldade em diferenciar o seu corpo do da sua progenitora conduzindo a um conflito que se traduz, posteriormente, na perturbação alimentar. Finkel (1996) afirma que as experiências de abuso sexual modificam a imagem do corpo e conduz a comportamentos anti-sociais e agressivos. Também, Jackson, Calhoun, Amick, Maddever e Habif (1990) num estudo realizado com mulheres vítimas de abuso sexual intra-familiar, verificaram que estas apresentavam, de forma geral, ajustamentos sociais pobres, tal como baixos níveis de satisfação sexual, auto-estima e distorção da imagem do corpo.

As teorias subjectivas englobam, também, as 2) Teorias socioculturais (Ferreira & Leite, 2002) que defendem, que os ideais, as expectativas e as experiências sociais compartilhadas têm um papel importante no desenvolvimento dos distúrbios da imagem do corpo (Ferreira & Leite, 2002). No entanto, alguns autores explicam a insatisfação com a imagem do corpo através da Teoria do Descontentamento Normativo, que afirma que a insatisfação com o próprio corpo relaciona-se com as exigências sociais e culturais da aparência e magreza (Almeida et al., 2002), sendo esta última teoria, segundo Heinberg (1996, citado por Ferreira & Leite, 2002), a que apresenta uma maior concordância entre os investigadores, apesar de os aspectos individuais exercerem uma grande influência

no desenvolvimento e manutenção da etiologia desta perturbação (Ferreira & Leite, 2002).

Embora, nenhuma teoria apresentem a questão da auto-estima como um factor importante na etiologia da perturbação, a satisfação com a imagem do corpo está associada, como já referido anteriormente, a este conceito (Cash & Pruzinsky, 1990).

Comportamento suicida

Segundo Orbazh e Mikulincer (1998, citado por Gouveia et al., 2008) a relação entre o corpo e o self mental é evidente nas perturbações que envolvem o dano físico contra si mesmo, visto que, estes ataques são o resultado de percepções e atitudes distorcidas acerca do corpo.

Estes autores têm encontrado a relação entre as duas variáveis em jovens com comportamentos suicidas. Este comportamento é um fenómeno complexo, sendo o resultado de um contínuo que se inicia com as ideias de suicídio, o planeamento do mesmo e, posteriormente, a tentativa de suicídio que poderá resultar ou não na morte.

Baggios, Palazzo e Aerts (2009) que verificaram que 52,5% da população que cometia suicídio era do sexo feminino.

Este fenómeno poderá ser explicado recorrendo a uma multitudine de razões, onde se salientam as dimensões representativas de natureza intra-individual (baixa auto-estima, sentimentos de perda, desilusão e insegurança), interactiva (injustiça relacionada com amigos, injustiça relacional e distributiva), psicossocial (influência social/ isolamento) e biológico. Dentro desta multitudine de razões, a insegurança e a auto-estima são consideradas as mais preponderantes, juntamente, com os sentimentos de perda, a dor e de desilusão (Baggios et al., 2009). Um outro factor associado à ideação suicida é a preocupação com a imagem do corpo, no entanto Baggios, Palazzo e Aerts (2009), num estudo sobre o comportamento suicida verificaram que esta variável perde significância quando comparada com as variáveis de sentimento de solidão e tristeza. Contudo, os estudos sobre a relação entre as duas variáveis ainda são escassos, sendo muito difícil determinar a influência de cada uma na auto-destruição (Baggios et al., 2009).

5.5.7. Comportamento sexual

A relação entre a imagem do corpo e a expressão da sexualidade e qualidade da vida sexual em mulheres é conceptualmente apoiada pela investigação, apesar dos escassos estudos nesta área (Lameiras 2001; Meadows & Weiss, 1992; Raich, 2000; Wiederman & Pryor, 1997; Zerbe, 1993, citado por Otero et al., 2002). Esta relação entre as duas variáveis tem sido explicada, essencialmente, pela teoria da objectivação. A objectivação do corpo conduz à internalização das normas sociais em relação ao mesmo e, conseqüentemente, à vergonha deste e conseqüentemente à insatisfação com o mesmo.

Os estudos sugerem que a existência de uma relação positiva e significativa entre a imagem do corpo e a satisfação sexual, assim, considerando-se que qualquer forma

de distração cognitiva conduz à disfunção sexual (Masters & Johnson, 1970; Walen, 1980, citado por Otero et al., 2002). Assim, a preocupação com a imagem do corpo pode afectar a qualidade do sexo. Neste sentido, várias investigações têm demonstrado que mulheres que se encontram satisfeitas a imagem do corpo, são mais satisfeitos com sua actividade sexual (Dove & Wiederman, 2000; Fredrickson & Roberts, 1997, citado por Otero et al., 2002).

Ao estudar a relação entre estes conceitos é importante estudar o efeito que várias variáveis cognitivas relacionadas com a imagem do corpo podem ter na sexualidade das mulheres jovens, nomeadamente, a distorção da mesma, o medo de ganhar peso e percepção da atractividade (Harris, Walters & Waschull, 199; Spillman & Everington, 1989, citado por Otero et al., 2002). Nesta relação a componente perceptiva da imagem do corpo, é importante, visto que independentemente da aparência real as mulheres podem sentir-se satisfeitas com a mesma (Bailey, Golberg, Swap, Chomitz & Houser, 1990, Brodie & Slade, 1988, citado por Otero et al., 2002), aumentando as oportunidades de participação em actividades sexuais (Trapnell, Meston e Gorzalka, 1997, citado por Otero et al., 2002), tal como verificou Otero, Fernández e Castro (2002). Por outro lado, a insatisfação com a imagem do corpo conduz à vergonha e à ansiedade (Frederickson e Roberts, 1997, citado por Otero et al., 2002). Uma outra variável que influencia o comportamento sexual dos indivíduos é a auto-estima, como verificou Lameiras (2001, citado por Otero et al., 2002) que concluiu que esta é tão importante para o bem-estar, como para o envolvimento ao nível sexual, sendo uma variável fora do controlo pessoal, dependendo de factores externos, nomeadamente da percepção da atracção física. Musa e Roach (1973, citado por Otero et al., 2002) verificaram que a atracção é a melhor preditor da auto-estima nas mulheres, enquanto nos homens, é a eficácia.

Estas conclusões foram encontradas no estudo de Otero, Fernández e Castro (2002) onde verificaram a existência de uma relação negativa entre o medo de ganhar peso e o número de experiências sexuais. Os autores observaram que a distorção da imagem do corpo e a insatisfação com a mesma conduz a um maior descontentamento nas primeiras relações sexuais, e idade mais tardia da ocorrência da mesma, tal como menos actividade sexual posterior.

2º PARTE – ESTUDO EMPÍRICO

I. Objectivos e hipóteses

1. Objectivos do Estudo

1.1. Objectivo geral

Este trabalho pretende avaliar a imagem do corpo e os problemas comportamentais em adolescentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 11 e 18 anos, vítimas de abuso sexual infantil, comparando este grupo com adolescentes vítimas de outro tipo de violência, nomeadamente, negligência e adolescentes não vítimas de nenhum tipo de violência ou sem problemáticas evidentes.

1.2. Objectivos específicos

De acordo com a formulação do objectivo geral e com o delineamento da pesquisa, os objectivos da investigação centram-se no conhecimento das várias variáveis, designadamente, a imagem do corpo, os problemas comportamentais e o grau de abusos sexuais vivenciados por adolescentes vítimas deste tipo de violência, e verificando qual a relação entre as mesmas.

Face ao exposto, definem-se os seguintes objectivos específicos para orientação do estudo:

- Avaliar as características da imagem do corpo em adolescentes vítimas de abusos sexuais.
- Avaliar as características da imagem do corpo em adolescentes vítimas de negligência.
- Comparar a imagem do corpo entre adolescentes vítimas de abuso sexual infantil, adolescentes vítimas de negligência e adolescentes não vítimas de violência intrafamiliar.
- Determinar eventuais diferenças na percepção da imagem do corpo de acordo com o tipo de abuso sexual a que os adolescentes foram vítimas.
- Determinar eventuais diferenças na percepção da imagem do corpo de acordo com a frequência do abuso sexual a que os adolescentes foram vítimas.
- Conhecer a prevalência de problemas comportamentais em adolescentes vítimas de abusos sexuais intra-familiares.
- Conhecer a prevalência de problemas comportamentais em adolescentes vítimas de negligência.
- Determinar eventuais diferenças nos problemas comportamentais de acordo com o tipo de abuso sexual a que os adolescentes foram vítimas.
- Determinar eventuais diferenças nos problemas comportamentais de acordo com a frequência do abuso sexual a que os adolescentes foram vítimas.

- Estudar eventuais correlações entre estas variáveis.

Não se pretende atingir com o presente estudo, qualquer tipo de generalização ao universo do qual será retirada a amostra, mas sim aprofundar um pouco mais este tema.

2. Hipóteses

Com base na revisão da literatura e nos objectivos propostos, definimos as seguintes hipóteses:

H1. Existem diferenças significativas ao nível das respostas dadas ao questionário QIC entre adolescentes vítimas de abuso sexual infantil e adolescentes vítimas de negligência.

H2. As adolescentes vítimas de negligência tem uma percepção da imagem do corpo mais positiva, quando comparada à imagem corporal das adolescentes vítimas de abuso sexual.

H3. Existem diferenças significativas ao nível da percepção da imagem do corpo entre adolescentes vítimas de abuso sexual infantil e adolescentes não vítimas de violência.

H4. Existem diferenças significativas ao nível da percepção da imagem do corpo entre adolescentes vítimas de Negligência e adolescentes não vítimas de violência.

H5. A percepção da imagem do corpo difere significativamente em função do grau de parentesco entre o abusador e a vítima de abuso sexual infantil.

H6. A percepção com a imagem do corpo difere significativamente em função da frequência do abuso.

H7. Os problemas comportamentais diferem significativamente entre adolescentes vítimas de abuso sexual infantil e adolescentes vítimas de negligência.

H8. Os problemas comportamentais diferem significativamente em função do grau de parentesco entre o abusador e a vítima de abuso sexual infantil.

H9. Existe relação entre a imagem do corpo e/ou algumas das suas dimensões e algumas perturbações do comportamento em adolescentes vítimas de abuso sexual e de Negligência. Esta relação é significativamente diferente entre adolescentes vítimas de abuso sexual e adolescentes vítimas de negligência?

II. Método

1. Amostra

Face aos objectivos que se pretendem atingir a amostra deste estudo foi constituída por 33 adolescentes do sexo feminino (n= 33). Alguns dos sujeitos (n= 22) encontravam-se institucionalizados em duas instituições destinadas a crianças e jovem em risco da região do Alentejo (Quadro 2), enquanto as restantes residem com as suas famílias na mesma região.

Quadro 2. Distribuição dos sujeitos por instituições

Instituição 1	12
Instituição 2	10

A amostra é composta por adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos, com uma média de idade correspondente a 15,21 (SD= 2,325).

Foram avaliados 33 sujeitos, tendo sido constituídos três grupos, dos quais dois constituem grupos de controlo: 11 Vítimas de ASI (vítimas de abuso sexual); 11 vítimas de negligência (não vítimas de abuso sexual) e 11 adolescentes não vítimas de violência.

1.1. Critérios de selecção

Para a inclusão no grupo das vítimas de abuso sexual infantil (GVASI) foram utilizados os seguintes critérios: presença pelo menos de um episódio de abusos sexuais intra-familiar; ser do sexo feminino; ter idade entre os 11-18 anos e haver a autorização do responsável pela instituição para a participação do adolescente no estudo.

Os critérios de exclusão foram: ser do sexo masculino; ultrapassar a idade limite; e a presença de deficiências mentais.

Para a inclusão no grupo das vítimas de negligência (GVN) foram utilizados os seguintes critérios: presença de episódios de negligência confirmado; ser do sexo feminino; ter idade entre os 11-18 anos e haver a autorização do responsável pela instituição para a participação do adolescente no estudo.

O grupo de não vítimas de violência foi constituído recorrendo-se aos seguintes critérios de selecção: residir com a família de origem; a não presença de negligência ou outro tipo de violência continuados; ser do sexo feminino; ter idade entre os 11-18 anos e haver a autorização do responsável para a participação do adolescente no estudo.

Todas as adolescentes são estudantes e a maior parte delas frequenta a escola do ensino básico ou secundário mais próxima da sua residência.

Os critérios de exclusão para este estudo foram: ser do sexo masculino; ultrapassar a idade limite; a presença de deficiências mentais.

1.2. Caracterização da amostra

Quanto à distribuição dos participantes em relação aos grupos, obteve-se uma média etária de 14,91 (SD = 2,166) no grupo de vítimas de abuso sexual, no grupo de vítimas de negligência a média etária corresponde a 14,55 (SD = 2,067) e o grupo de não vítimas apresenta uma média de idade de 16,63 (SD = 2,387) (Quadro 3).

Quadro 3. Caracterização dos grupos em função do nº de elementos e da idade

Grupo	M de idades	Mín.	Máx.	SD	N
GVASI	14,91	11	18	2,166	11
GVN	14,55	11	17	2,067	11
GNV	16,09	11	18	2,625	11

2. Instrumentos

Dado que o estudo elaborado é de natureza quantitativa irá utilizar-se três questionários que permitirão avaliar os diferentes objectivos da investigação.

2.1. BIQ (Body Image Questionnaire) (Anexo B.1)

2.1.1. Descrição do instrumento

O instrumento original é da autoria de Bruchon-Schweitzer, sendo nesta investigação utilizado o Q.I.C. (Questionário Sobre a Imagem do Corpo). Uma vez que o este questionário ainda não se encontrar aferido para a população portuguesa, ao longo da investigação irei utilizar a versão adaptada por Santos (Santos, 2006) para a nossa população, tendo como objectivo avaliar as percepções, sentimentos e atitudes face ao corpo, em termos da imagem corporal favorável (Anexo B.1).

2.1.2. Estrutura do instrumento

Este questionário é formado por 19 pares de antónimos, sendo pedido aos participantes que se situem entre duas afirmações, sendo estas contraditórias entre si. O sujeito deverá responder com adjectivos bipolares que compõem uma escala de likert que varia de 1 a 5 pontos, atribuindo-se 1 ao elemento negativo do par (tem pouca saúde; fisicamente não atractivo; masculino...) quando a escolha é Muito frequentemente e 5 ao elemento positivo do par (tem muita saúde; fisicamente atractivo; feminino...) quando a escolha é Muito frequentemente. A cotação de alguns dos itens é feita de acordo com a sua inversão (Santos, 2006). No exemplo que se segue é demonstrada a forma como o indivíduo deverá proceder à sua resposta.

Figura 1. Exemplo do questionário QIC de Bruchon- Schweitzer

Como consideras o teu corpo:

	1 Muitas vezes	2 Algumas vezes	3 Nem um Nem outro	4 Algumas vezes	5 Muitas vezes	
Vazio		X				Cheio

O questionário encontra-se organizado segundo quatro factores: 1) Fechamento/ Acessibilidade está associado à forma como o indivíduo percebe e delimita os limites do seu corpo e do mundo externo e a receptividade ou não às experiências sensoriais; 2) Insatisfação/Satisfação, que inclui percepções de tonalidades agradáveis, e relaciona-se com as percepções que nos fazem investir ou desinvestir no corpo, como a auto-estima, equilíbrio emocional e adaptação social. 3) Passividade/ Actividade, que contrapõe os factores energéticos do corpo, como a resistência, a energia física e audácia. 4) Tenso/ Sereno. Este factor é formado por um número reduzido de itens que correspondem à descontração e serenidade ligadas à (in)possibilidade de descargas de tensões-frustrações (Santos, 2006; Bruchon-Schweitzer, 1986-1987).

2.1.3. Questões psicométricas

A tradução e adaptação do instrumento para a população portuguesa foi realizada por Santos (1999, citado por Santos, 2006), através da aplicação do mesmo a uma amostra piloto. Mediante a análise dos resultados o estudo permitiu verificar que o questionário apresenta índices de correlação aceitáveis e bons para os factores 1 e 4, e índices elevados e bastantes elevados para os restantes factores (2 e 3).

2.2. Questionários de auto-avaliação de problemas comportamentais para Crianças e adolescentes de Achenbach – YSR (Young Self Report) (Anexo B.2)

2.2.1. Descrição do instrumento

Este instrumento é um inventário auto-aplicável que tem como objectivo recolher informações sobre as competências sociais e problemas de comportamento em jovens dos 11 aos 18 anos (Schoen-Ferreira, Aznar-Farias & Silveiras, 2003).

Este instrumento, juntamente, com o Child Behavior Check List – CBCL e o Inventário de Competências Sociais e de Problemas de Comportamento em crianças e Adolescentes – ICCPR, constituem o Modelo de Avaliação Multiaxial, desenvolvido por Achenbach e Edelbrock.

A versão utilizada, neste estudo, foi a versão portuguesa traduzida e aferida por Fonseca e Monteiro (1999) (Anexo B.2).

2.2.2. Estrutura do instrumento

O YSR foi estruturado para obter respostas do adolescente a respeito das suas próprias competências e problemas, encontrando-se os itens na primeira pessoa do presente do indicativo.

O questionário é constituído por duas partes. Na primeira parte existem 17 itens, divididos em cinco grupos de questões relacionadas com as competências, actividades e interesses sociais do indivíduo (eg. Participação em actividades recreativas, envolvimento em organizações, relacionamento com os pais, irmãos e amigos). Esta parte possibilita uma interpretação qualitativa sobre a capacidade de adaptação geral do indivíduo, onde pontuações elevadas indicam um bom nível de adaptação geral do mesmo (Fonseca & Monteiro, 1999). A segunda parte é constituída por 112 itens que permitem avaliar problemas específicos do comportamento e comportamentos socialmente desejáveis. Para responder a cada um dos itens desta parte do questionário, os participantes dispõem de uma escala de três pontos, sendo os mesmos avaliados de acordo com a veracidade das afirmações, considerando os últimos seis meses, contanto a partir da data do preenchimento (nada verdadeiro ou nunca verdadeiro (1); às vezes verdadeiro ou em parte verdadeiro (2); muitas vezes verdadeiro ou muito verdadeiro (3)). Em alguns dos itens é pedido que os participantes escrevem em pormenor o tipo de problema cuja ocorrência foi assinalada na escala, com o objectivo de verificar se os sujeitos responderam de forma válida, se compreenderam a questão ou se repetem uma resposta anteriormente dada (Fonseca & Monteiro, 1999).

É através da análise da última parte do questionário que é possível traçar um perfil comportamental do adolescente, estando a análise baseada em seis agrupamentos de síndromes ou factores: 1- anti-social; 2- Problemas de atenção/Hiperactividade; 3- Ansiedade/ depressão; 4- Isolamento; 5- Queixas somáticas; e 6- Problemas de Pensamento/ Esquizóide (devido ao facto de não existir correspondência entre a versão portuguesa e americana, esta última apresenta mais duas síndromes: comportamento agressivo e Delinquência). Os seis factores do questionário poderão ser agrupados com base nos resultados de análises factoriais de segunda ordem em duas grandes síndromes: A) Problemas emocionais ou expressão interiorizada, que engloba o factor Ansiedade/Depressão, Isolamento e Queixas somáticas. B) Problemas de expressão exteriorizada constituída pelo factor Anti-social e Problemas de atenção (Fonseca & Monteiro, 1999).

O instrumento fornece, ainda, um score global de psicopatologia, obtido através da soma das pontuações obtidas nos itens relacionados com problemas de comportamento. Desta forma, o instrumento oferece quatro escalas totais: 1) Introversão; 2) Extroversão; 3) Escala Total de Problemas; 4) Escala de Competência Total (Dimov, 2006; Schoen-Ferreira, Aznar-Farias & Silvares, 2003), possibilitando, ainda, um outro tipo de agrupamento destas questões, orientadas pelo DSM-IV, e formando outro grupo de escalas. A somatória dos scores obtidos nesta parte permite ao avaliador traçar um perfil comportamental do adolescente (Schoen-Ferreira, Aznar-Farias & Silvares, 2003; Dimov, 2006). Os sujeitos poderão ser considerados não clínicos, clínicos e limítrofes.

Neste estudo utilizou-se apenas a segunda parte do questionário, isto é, os 112 itens relativos aos vários problemas emocionais ou de comportamento, e os itens relativos aos comportamentos socialmente desejáveis. A escolha apenas por esta parte do questionário deve-se ao facto de esta ser a que tem demonstrado mais relevância

para o estudo de psicopatologia em crianças (Fonseca & Monteiro, 1999).

2.2.3. Questões psicométricas

Em termos de consistência interna este instrumento apresenta alfas de cronbach satisfatórios para todas as escalas, variando estes entre os 0,70 e 0,80, com excepção da escala Queixas Somáticas. Os itens que cada um dos factores demonstra boas correlações entre cada item e o total da escala.

Relativamente à validade convergente os resultados obtidos entre o instrumento foram correlacionados com o questionário de Achenbach para professores, tendo sido encontradas correlações moderadas, embora estatisticamente significativas.

O resultado do YSR é ajustado ao sexo e à idade do adolescente, uma vez que através da análise das variâncias dos dados normativos, verificou-se que as raparigas apresentam médias significativamente mais elevadas no total de problemas, e em quatro escalas, do que os rapazes. Estes possuem pontuações mais elevadas do que as raparigas no factor dos problemas anti-sociais. Em termos de idade, verificou-se que os jovens mais velhos obtêm pontuações superiores do que os mais jovens.

Neste sentido, devido à sua qualidade psicométrica, à sua natureza rápida e económica de administração e ao seu rigor metodológico, este instrumento tem sido utilizado em diversas culturas, tornando-se num dos questionários de comportamento mais citados na literatura americana e noutras, quer em populações clínicas como não clínicas.

Em Portugal, já foram objecto de estudos empíricos que se encontram publicados, sendo de destacar algumas investigações em que o instrumento foi utilizado, nomeadamente, o estudo de Cardoso, Rodrigues e Vilar (2004), onde os autores avaliaram a prevalência de sintomas depressivos nos adolescentes portugueses.

Os factores do questionário não são unidireccionais, verificando-se que os itens que formam cada um deles se agrupam em subescalas diferenciadas, levantando questões sobre o que realmente é medido através de cada um deles (Fonseca & Monteiro, 1999).

Contudo, este instrumento apresenta algumas limitações, como as variações interculturais ou definindo como ponte de corte o P98, para separar a população normativa da população clínica, ignorando a prevalência específica das perturbações, podendo introduzir problemas ao nível da validade. A avaliação dos 6 meses precedentes pode permitir escapar situações cíclicas.

2.3. Ficha de caracterização do abuso sexual sofrido (Anexo B.3)

A literatura aponta para a existência de conjunto complexo de interações entre factores, que influenciam o impacto dos abusos sexual nas vítimas. Desta forma, foi elaborado um questionário, que permitiu realizar o levantamento das características das adolescentes vítimas de abuso sexual infantil (Anexo B.3.).

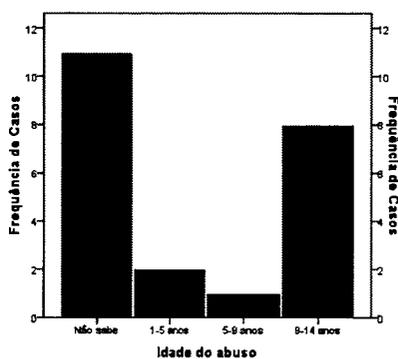
A ficha de caracterização é composta por 10 questões, que permite a recolha informações acerca das adolescentes, violência sexual a que foram vítima e acerca da

relação abusador- vítima. Esta ficha deverá ser preenchida por um elemento da equipa técnica das instituições.

Optou-se por realizar esta ficha de caracterização, e não entrevista com as adolescentes, devido ao facto desta última ser um método muito invasivo. Assim, sendo os dados permitiram uma caracterização mais pormenorizada da amostra, sendo a mesma caracterizada de acordo com as variáveis recolhidas através do mesmo.

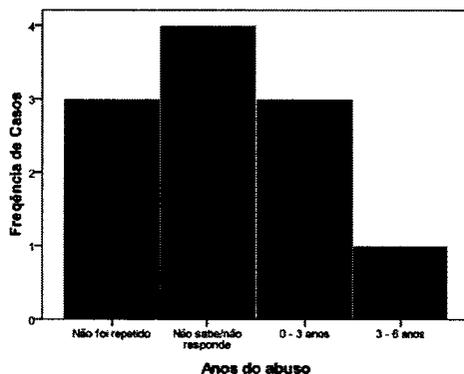
Em relação à idade de início da experiência abusiva, verificamos que na grande maioria, da experiência foi tardia (72,7%), tendo ocorrido durante a adolescência, entre os 9 e 14 anos (8 indivíduos). Apenas 2 indivíduos foram vítimas de abuso entre os 1 e os 5 anos de idade (18,2%) e 1 indivíduo tinha entre 5 a 9 anos quando a violência ocorreu (9,1%) (Figura 2)

Figura 2. Distribuição da amostra em função da idade de início da experiência abusiva.



A frequência e a duração do abuso sexual parecem ser variáveis que têm uma incidência directa sobre o desenvolvimento de psicopatologias em vítimas, contudo, 4 dos indivíduos não sabem ou não responderam a esta questão (36,4%) e 3 indivíduos não foram expostos a abusos sexuais repetidos (27,3%). Contudo, 3 indivíduos foram expostos a durante um período compreendido entre 0 a 3 anos (27,3%), e 1 indivíduo foi sujeito a abusos durante 3 a 6 anos (9,1%) (Figura 3).

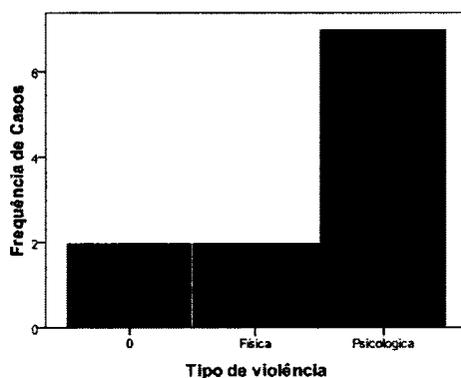
Figura 3. Distribuição da amostra em função da frequência do abuso



Os métodos de coerção utilizados para manter o abuso em segredo também foram avaliados, verificando-se, que ao abuso sexual existem outros tipos de violência

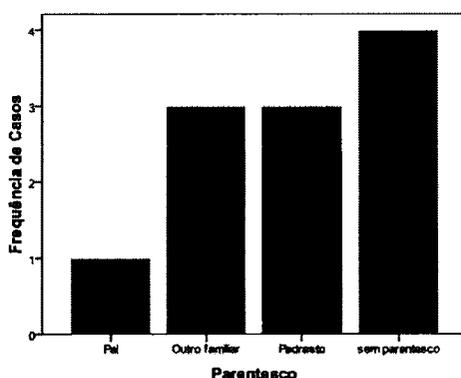
associados, nomeadamente, negligência, violência física e emocional. Neste estudo, observou-se que o abuso esteve associado a outro tipo de violência, ocorrendo em 81,8% dos casos (9), onde o recurso à violência psicológica é mais prevalente, tendo ocorrido em 7 indivíduos (63,6%), comparativamente com a violência física, que apenas se verificou em 2 indivíduos (18,2%). A ocorrência de ambos os tipos de violência não se verificou nos sujeitos. Em dois casos verificou-se que não houve o recurso a métodos de coerção (18,2%) (figura 4).

Figura 4. Distribuição da amostra em função do tipo de violência sofrida



O tipo de relação entre o abusador e a vítima foi outra variável avaliada na amostra, verificando-se que em todos os casos o agressor habitava a mesma casa que a vítima, onde a grande maioria dos abusadores não tinha parentesco com as vítimas (36,4%). Num caso o agressor foi o pai (9,1%), em 3 o agressor correspondia a outro familiar, nomeadamente, tio (27,3%), e em três dos casos, o agressor foi o padrasto/companheiro da mãe (27,3%) (Figura 5).

Figura 5. Distribuição da amostra em função da relação vítima/ agressor



3. Procedimentos

3.1. Procedimento de recolha de dados

Inicialmente foram contactadas 51 instituições de Acolhimento a Crianças e Jovem em Risco ao nível nacional, tendo sido este contacto realizado por via correio

electrónico, carta (Anexo A.1) e posteriormente, por contacto telefónico. As moradas e os dados relativos a estas instituições foram obtidos através do contacto com a Segurança Social e através dos relatórios da Comissão Protectora de Crianças e Jovens em Risco. Algumas destas instituições não eram uma referência no trabalho com adolescentes, devido à população alvo a que se destinavam nem, possuíam no momento do contacto, adolescentes com as características que se pretendiam no respectivo estudo.

Das 51 instituições contactadas, apenas 4 se mostraram disponíveis a participar neste estudo, contudo, duas destas instituições, embora mostrasse disponibilidade no início da investigação, posteriormente, apresentaram falta de interesse na mesma e abandonaram o estudo. Assim, o estudo recebeu a colaboração de duas instituições de Acolhimento a Crianças e Jovens em Risco, em regime de internato.

Após o contacto telefónico realizado com as directoras das instituições foram realizadas reuniões presenciais, no sentido de serem informadas dos objectivos e dos procedimentos da investigação, como dos limites da confidencialidade, nomeadamente, o respeito pelo anonimato em qualquer exposição dos dados. Foi também dada a oportunidade de elucidarem qualquer dúvida que quisessem ver esclarecida. Neste contacto presencial foi marcado o dia e a hora, mais conveniente, para a aplicação.

Neste estudo, devido às características da população e à vontade das instituições não se optou pela aplicação do instrumento por um único aplicador, tendo existido duas vias diferentes na procura da amostra respondente.

Após a obtenção do consentimento informado procedeu-se à recolha de dados, tendo esta sido realizada de duas formas distintas. Assim, na instituição 1, foi autorizado à investigadora o contacto com a própria população, tendo sido a própria que procedeu à recolha dos dados, enquanto na instituição nº 2, os responsáveis pela mesma procederam à aplicação dos questionários, visto que o contacto com a população foi negado.

Anteriormente, à recolha de dados foi necessário realizar um treino da pesquisadora para o uso do instrumento YSR, tendo sido realizada uma formação correspondente a 6 horas que envolveu aspectos práticos relativos à aplicação e considerações de normatização das categorias do presente instrumento.

Na instituição nº 1 a pesquisadora num primeiro momento conversou com os adolescentes, explicando-lhes quem era e dando uma breve explicação sobre a pesquisa a ser realizada, embora não tenham sido dadas informações acerca dos objectivos específicos do estudo. Posteriormente, deu-se início à recolha dos dados, solicitando-se aos sujeitos que respondessem aos questionários QIC e YSR (Anexo B.1 e B.2), e sendo lidas as instruções em voz alta e esclarecidas as dúvidas dos participantes que apresentaram dificuldades. Nenhum dos participantes que aceitou participar desistiu durante a administração do protocolo. Esta aplicação realizou-se em grupo, numa sala cedida pela instituição e foram aplicados os questionários a toda a população da mesma. Este encontro teve duração média de uma hora.

Na instituição nº 2 o procedimento de recolha de dados procedeu-se de forma diferente. Aqui a pesquisadora entregou os questionários aos técnicos, tendo sido estes

que, posteriormente, aplicaram os mesmos, tendo sido numa outra fase recolhidos.

Nas duas instituições foi realizado um levantamento das características das adolescentes vítimas de abuso sexual infantil, através da ficha de caracterização. Esta ficha foi preenchida por de um elemento da equipa técnica (e.g. directora, psicóloga ou assistente social). Algumas destas informações revelaram-se inacessíveis devido à inexistência de informação disponível, quer pelo desconhecimento de tais dados por parte da equipa técnica, quer pela ausência de registo nos Boletins de Saúde.

Posteriormente, numa segunda fase da investigação e devido às características da amostra, foi realizado um outro grupo, criado a partir da selecção aleatória dos questionários recolhidos anteriormente nas instituições, e após a identificação das vítimas de negligência pelos psicólogos da instituição.

Numa fase mais posterior do desenvolvimento da investigação, e após o tratamento de alguns dados, foi criando o terceiro grupo. Este grupo foi criado com o objectivo de combater uma limitação da investigação, e como forma a que os resultados obtidos pela nossa amostra pudessem ser comparados com adolescentes sem problemáticas evidentes e verificar se existem diferenças entre os dois tipos de população (jovens vítimas de abuso sexual versus vítimas de negligência e a residir com a família). Este grupo foi criado devido à dificuldade em isolar as várias variáveis em estudo, nomeadamente, as consequências da institucionalização e a ocorrência de vários tipos de violência em simultâneo. A recolha da amostra foi realizada de uma forma diferente da utilizada nos grupos anteriores, tendo sido contactadas informalmente várias famílias da região do Alentejo, convidando-o os seus filhos a participar na investigação. As famílias e os adolescentes receberam a informação adequada acerca dos objectivos do estudo e foram esclarecidos das suas dúvidas. Após terem concordado participar na mesma foi agendado o dia, horário e local apropriado para a realização dos questionários. Essa avaliação ocorreu respeitando-se as condições de sigilo e de privacidade dos participantes.

3.2. Procedimentos éticos

Dado que se pretendeu analisar a relação entre a imagem corporal e os problemas comportamentais numa população de risco, é necessário atender à importância dos cuidados éticos e deontológicos, os quais não foram menosprezados.

Assim, antes de se proceder à recolha dos dados foi dado às instituições o máximo de informação possível acerca dos objectivos da investigação, o modo de recolha de dados, o tipo de instrumentos utilizados na mesma, tal como informações sobre o tratamento da informação recolhida e da forma como a mesma iria ser apresentada e publicada.

As instituições/família foram informadas acerca dos seus direitos, tendo estes sido garantidos, nomeadamente, o direito a desistir a meio da recolha da informação sem restrições ou consequências, e colocar dúvidas ou questões sempre que desejassem. A recolha dos dados só decorreu após o consentimento das instituições, das famílias e dos adolescentes.

Foi garantido aos responsáveis pelas instituições e a todos os participantes que os resultados da presente investigação seriam apresentados, posteriormente, aos próprios. Antes da aplicação dos testes, os objectivos e os procedimentos do estudo não foram devidamente explicados aos participantes, de forma a não comprometer a investigação, embora tenha sido explicado aos mesmos que existiria a protecção da sua privacidade e da sua identidade, tendo sido garantido o uso dos dados, apenas para fins científicos. Os participantes foram, também, informados da possibilidade de desistência a qualquer momento da investigação sem restrições ou consequências.

Estas questões éticas foram garantidas a todos os grupos que constituem a amostra.

3.3. Procedimentos Estatísticos

Após a recolha de dados e obtidas as respostas aos questionários procedeu-se à sua organização para o tratamento estatístico, utilizando o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17,0 e Word 2007.

Tendo em consideração as perguntas de partidas e o tipo de estudo que se pretende desenvolver, com vista a atingir os objectivos propostos, os dados obtidos foram tratados em duas fases distintas.

Numa primeira fase, os dados obtidos através de cada um dos instrumentos foram tratados recorrendo aos procedimentos da estatística descritiva, procurando-se determinar as medidas descritivas para todas as variáveis observadas, nomeadamente, os valores da média, desvio padrão e percentagens. Posteriormente procedeu-se à análise da estrutura factorial do questionário BIQ, tendo sido seleccionados todos os itens do mesmo. Desta análise conclui-se que o número e composição dos factores obtidos são diferentes dos obtidos pela autora, tendo sido encontrados cinco factores. No entanto, apesar das diferenças encontradas entre as duas versões, optou-se por manter as dimensões teóricas na constituição dos factores do questionário e nas análises subsequentes. Esta decisão foi tomada, uma vez que este questionário não se encontra aferido para a população portuguesa e o teste piloto realizado à nossa população, por Santos (1999, citado por Santos, 2006), apresenta índices de correlação aceitáveis e elevados para os factores.

Numa segunda fase, julga-se pertinente testar a normalidade dos dados recolhidos, dado que este é fundamental para a tomada de decisão acerca do tipo de metodologia estatísticas a utilizar ao longo dos referidos capítulo/sub-capítulos. Utilizou-se o teste de kolmogorov-smirnov para testar a referida distribuição, visto serem os dois testes mais apropriado para amostras com menos de 50 elementos. Após a realização dos testes, não se encontrou evidência que os dados assumissem sempre uma distribuição normal, assim, optou-se por realizar o tratamento estatístico através dos testes não paramétricos. O teste Mann-Whitney, segundo Siegel (1975), constitui numa excelente alternativa para o seu equivalente paramétrico, o teste t, já que aquele dispensa as suposições restritivas e às exigências deste. Foi utilizado o nível de significância de 0,05 para todas as hipóteses que foram testadas pelo teste Mann-Whitney U.

III. Apresentação E Análise Dos Dados

Neste capítulo, apresentamos e analisamos os resultados obtidos no estudo, tendo em conta os objectivos e as hipóteses formuladas.

No sentido de facilitar a compreensão do tratamento estatístico realizado, os resultados irão ser apresentados em separado, através de 5 momentos: 1) percepção da imagem do corpo, 2) percepção da imagem do corpo nos abusos sexuais; 3) Problemas comportamentais; 4) Problemas comportamentais e abusos sexuais e 5) Percepção da imagem do corpo e problemas comportamentais.

1. Percepção da imagem do Corpo

Interessa-nos, perceber como é que as adolescentes que compõem a amostra percebem o seu corpo e a imagem que têm deste, assim, neste ponto do trabalho apresentamos os resultados obtidos no tratamento do questionário sobre a imagem do corpo. Após a apresentação dos quadros procederemos à discussão dos mesmos.

Antes de avançar para o tratamento estatístico foi testada a normalidade através do Kolmogorov-smirnov e shapiro-wilk Shapiro-wilk. Estes testes foram aplicados a cada item avaliado no questionário Q.I.C. (Anexo C.1., Quadro 1), sendo também, aplicado a cada factor do mesmo (Análise C.1., Quadro 2). Verificou-se que as distribuições obtidas para cada item e para cada factor não são todas descritas como normais. Perante este resultado, procedeu-se à aplicação do teste não paramétrico Mann Whitney, que permite comparar as distribuições obtidas em cada grupo.

Assim, procedemos à avaliação dos resultados obtidos no questionário. Numa primeira parte, iremos realizar a análise das respostas obtidas pelos grupos aos 19 itens do questionário, procedendo posteriormente à análise dos factores do mesmo. Na segunda parte, iremos analisar as relações entre as respostas dadas no questionário e as variáveis que se pretende estudar nesta investigação.

Foram calculadas as medidas descritivas de localização de tendência central para os grupos em todos os itens que constituem os questionários. Os grupos de adolescentes vítimas de violência foram comparadas entre si e posteriormente, foram comparados os resultados com os dados obtidos pelas adolescentes não vítimas de violência.

No quadro que se segue encontram-se discriminadas a média, os valores máximos e mínimos e o desvio-padrão das respostas da amostra aos itens do questionário aplicado. Relembre-se que a escala tem pontuação de 1 a 5 onde o 3 corresponde à resposta neutra, e alguns itens são lidos de forma inversa.

Quadro 4. Percepção da imagem do corpo em função dos grupos da amostra.
Média, desvio-padrão.

Itens	Vítimas de Negligência				Vítimas de abuso sexual				Não vítimas			
	M	SD	Mín	Máx	M	SD	Mín	Máx	M	SD	Mín	Máx
Saúde	3,55	1,03	2	5	3,55	1,572	1	5	4,55	0,522	4	5
Bonito	3,36	0,674	2	4	4,00	0,894	3	5	2,55	0,688	1	3
Prazer	3,73	0,786	3	5	3,73	1,104	2	5	1,82	0,405	1	2
Feminino	1,09	0,302	1	2	2,00	1,265	1	4	1,09	0,302	1	2
Limpo	4,64	1,206	1	5	4,82	0,603	3	5	1,09	0,302	1	2
Medroso	3,09	1,30	1	5	2,91	1,375	1	5	3,55	1,036	1	5
Vazio	2,36	1,286	1	5	3,82	1,382	1	5	3,55	0,820	3	5
Tocar	2,82	1,250	1	5	2,91	1,446	1	5	2,18	0,751	1	3
Frio	2,82	1,268	1	5	1,73	0,905	1	3	4,09	0,944	2	5
Irritado	2,91	1,375	1	5	2,55	1,128	1	4	3,64	1,120	2	5
Esconder	2,82	1,601	1	5	2,64	1,286	1	5	2,91	0,944	1	4
Sereno	2,55	0,934	1	4	3,09	1,044	1	5	2,64	1,206	1	5
Fraco	3,45	1,214	2	5	3,55	1,036	2	5	3,64	0,809	3	5
Alegre	3,82	1,471	1	5	3,27	1,036	1	5	1,36	0,505	1	2
Olhar	3,27	1,191	1	5	3,45	1,293	1	5	3,55	1,128	1	5
Energético	4,09	0,831	3	5	3,45	1,214	1	5	2,27	1,009	1	4
Livre	4,00	1,000	3	5	3,73	1,348	1	5	1,55	0,522	1	2
Gostar	4,27	0,786	3	5	3,73	1,104	2	5	1,73	0,786	1	3
Desejado	3,64	0,924	3	5	3,09	1,044	1	5	2,55	0,820	1	3

Ao analisar discriminadamente as respostas ao questionário em termos dos seus itens e de grupo, verificamos que existem algumas considerações a anotar e que existem diferenças entre ambos, embora estas não seja estatisticamente significativas.

Numa visão global, verificamos que grandes partes das respostas aos itens situam-se na resposta neutra, sendo o grupo vítimas de abuso sexual que pontua mais os itens desta forma. As adolescentes vítimas de Negligência caracterizam o seu corpo maioritariamente de forma negativa, considerando-o como algo sujo, vazio, frio e inexpressivo, irritado e preso. Consideram o corpo não energético, que possui pouca vontade e que é algo para se esconder, não sendo socialmente desejado pelos outros. Este grupo apenas pontuou de forma positiva das respostas ao item Feminino/Masculino e Sereno/Nervoso, considerando que o seu corpo tem formas e características tipicamente femininas e que é sossegado (Quadro 4).

Entre as adolescentes vítimas de Abuso verificaram-se níveis de percepção e atitudes menos favoráveis face à sua imagem do corpo, comparativamente, com os restantes elementos da amostra, classificando, apenas o item Feminino/Masculino de forma positiva. Este grupo classifica de forma mais desfavorável o corpo, classificando-o como frio e indiferente, feio, nervoso, algo socialmente não desejado, fonte de desprazer e para se esconder (Quadro 4).

A heterogeneidade revelada pelas adolescentes inquiridas obriga a uma análise mais aprofundada.

Quadro 5. Comparação das médias dos itens do questionário entre o Grupo vítimas de Negligência e vítimas de abuso sexual.

Itens	Grupo	Mean Rank	sum of Rank	U	Z	P
Saúde	GVN	11,05	121,50	55,50	-0,337	0,735
	GVASI	11,95	131,50			
Bonito	GVN	9,41	103,50	37,50	-1,611	0,107
	GVASI	13,59	149,50			
Prazer	GVN	11,59	127,50	59,50	-0,070	0,944
	GVASI	11,41	125,50			
Feminino	GVN	9,32	102,50	36,50	-2,011	0,04
	GVASI	13,68	150,50			
Limpo	GVN	11,45	126,00	60,00	-0,066	0,948
	GVASI	11,55	127,00			
Medroso	GVN	11,91	131,00	56,00	-0,304	0,761
	GVASI	11,09	122,00			
Vazio	GVN	8,41	92,50	26,50	-2,352	0,019
	GVASI	14,59	160,50			
Tocar	GVN	11,27	124,00	58,00	0,172	0,864
	GVASI	11,73	129,00			
Frio	GVN	14,36	158,00	29,00	-2,202	0,028
	GVASI	8,64	95,00			
Irritado	GVN	12,18	134,00	53,00	-0,515	0,607
	GVASI	10,82	119,00			
Esconder	GVN	11,95	131,50	55,50	-0,343	0,732
	GVASI	11,05	121,50			
Serenos	GVN	9,91	109,00	43,00	-1,260	0,208
	GVASI	13,09	144,00			
Fraco	GVN	11,18	123,00	57,00	-0,242	0,809
	GVASI	11,82	130,00			
Alegre	GVN	13,00	143,00	44,00	-1,117	0,264
	GVASI	10,00	110,00			
Olhar	GVN	11,00	121,00	55,00	-0,378	0,706
	GVASI	12,00	132,00			
Energético	GVN	13,27	146,00	41,00	0,175	0,217
	GVASI	9,73	107,00			
Livre	GVN	12,00	132,00	55,00	0,689	0,748
	GVASI	11,00	121,00			
Gostar	GVN	13,09	144,00	43,00	0,223	0,270
	GVASI	9,91	109,00			
Desejado	GVN	12,86	141,00	45,50	0,267	0,332
	GVASI	10,14	111,50			

Os resultados da comparação entre as médias não fornecem evidências de diferenças nas respostas aos itens do questionário para as duas populações. Verifica-se através, da análise dos quadros que as médias das respostas aos itens são muito semelhantes entre os grupos de adolescentes vítimas de violência, na maioria dos itens.

Assim, não existem diferenças estatisticamente significativas que permitem concluir que as distribuições das Vítimas de Abuso sexual são diferentes das apresentadas pelas adolescentes Vítimas de Negligência. Contudo, verificam-se diferenças entre médias nos itens “Feminino/Masculino”, “Vazio/Cheio” e “Frio/Quente”, ao nível de significância 0,05 (Quadro 5). Ao analisar com maior pormenor as respostas, conclui-se que no item “Feminino/Masculino” ($U = 36,50$, $p < 0,044$) e “Frio/Quente” ($U = 26,50$, $p < 0,019$) o grupo Vítimas de Abuso Sexual tem pontuações médias mais baixas do que as obtidas nas Vítimas de Negligência. As respostas obtidas no item “Vazio/Cheio” são mais positivas nas Vítimas de Abuso Sexual comparativamente com as médias obtidas no grupo Vítimas de Negligência ($U = 29,00$, $p < 0,02$) (Quadro 5).

Uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente às respostas dadas aos vários itens do questionário. Optou-se por apresentar os resultados obtidos na comparação realizada entre os grupos de vítimas de violência (Vítimas de abuso Sexual e Vítimas de Negligência) e o grupo de adolescentes não vítimas de maus tratos infantis. Para realizar a comparação entre os vários grupos da amostra recorreu-se ao teste Mann Whitney, o resultado deste teste é apresentado no quadro seguinte (Anexo C.2).

Quadro 6. Comparação das médias dos itens do questionário entre os vários grupos da amostra.

Itens	Negligência vs Não vítimas			Abuso vs Não vítimas			Vítimas vs não Vítimas		
	U	Z	P	U	Z	P	U	Z	P
Saúde	26,00	-2,412	,016	39,50	-1,488	,137	65,50	-2,232	,026
Bonito	26,00	-2,499	,012	14,00	-3,282	,001	40,00	-3,318	,001
Prazer	,000	-4,155	,000	4,50	-3,899	,000	4,50	-4,600	,000
Feminino	60,50	,000	1,000	36,50	-2,011	,044	97,00	-1,283	,199
Limpo	6,00	-4,045	,000	,000	-4,404	,000	6,00	-5,102	,000
Medroso	46,00	-,989	,323	41,00	-1,327	,185	87,00	-1,336	,181
Vazio	27,50	-2,378	,017	49,00	-,823	,411	99,50	-,881	,378
Tocar	41,00	-1,339	,181	40,00	-1,412	,158	81,00	-1,593	,111
Frio	23,00	-2,545	,011	5,50	-3,695	,000	28,50	-3,629	,000
Irritado	41,50	-1,283	,199	31,50	-1,970	,049	73,00	-1,894	,058
Esconder	59,50	-,068	,946	51,50	-,625	,532	111,00	-,399	,690
Sereno	60,50	,000	1,000	45,00	-1,075	,282	105,50	-,633	,527
Fraco	54,00	-,448	,654	55,50	-,362	,717	109,50	-,467	,641
Alegre	11,50	-3,356	,001	11,50	-3,341	,001	23,00	-3,840	,000
Olhar	50,50	-,690	,490	57,50	-,205	,837	108,00	-,519	,604
Energético	11,50	-3,304	,001	26,00	-2,334	,020	37,50	-3,277	,001
Livre	,000	-4,084	,000	8,50	-3,526	,000	8,50	-4,448	,000
Gostar	2,00	-3,920	,000	9,00	-3,488	,000	11,00	-4,310	,000
Desejado	28,00	-2,586	,010	42,50	-1,374	,169	70,50	-2,243	,025

Ao comparar o grupo de vítimas de Negligência com o grupo de adolescentes não vítimas, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas na maioria dos itens que constituem o questionário. Assim, nos itens Saúde, Bonito, Prazer, Limpo,

Vazio, Frio, Alegre, Energético, Livre, Gostar e Desejado as adolescentes que não foram vítimas de violência obtiveram médias mais positivas do que as adolescentes vítimas de negligência (Quadro 6).

Entre o grupo de vítimas de abuso sexual e o grupo de adolescentes não vítimas de violência, também, existem diferenças estatisticamente significativas na grande maioria dos itens do questionário (Quadro 6). Estas diferenças são idênticas às encontradas no grupo anterior, com exceção do item Saúde e Desejado, onde não existem diferenças estatisticamente significativas, e no item Feminino, onde existem diferenças. Nestes itens o grupo vítimas de abuso sexual apresenta valores mais negativos comparativamente com o grupo de não vítimas de violência (Quadro 6).

Ao realizar a análise dos resultados da comparação das médias obtidas nos itens entre os dois grupos de vítimas de violência (Vítimas de abuso e Negligência) e o grupo de não vítimas de violência intra-familiar, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos na maioria dos itens do questionário (Ver Quadro 6).

De uma forma geral verificamos que ambos os grupos de vítimas de violência apresentam níveis de satisfação da imagem do corpo negativos, não existindo diferenças estatisticamente significativas. O grupo de adolescentes não vítimas obteve resultados positivos na imagem do corpo, apresentando valores mais elevados que os restantes grupos. Neste sentido, observamos que o grupo de adolescentes não vítimas têm uma percepção mais favorável da sua imagem do que as restantes adolescentes avaliadas.

Posteriormente, iremos proceder à avaliação dos factores que constituem o questionário. Como já referido, anteriormente, este questionário encontra-se organizado de acordo com quatro factores: 1) Fechamento/Acessibilidade; 2) Insatisfação/Satisfação; 3) Passividade/ Actividade e 4) Tenso/ Sereno (Santos, 2006; Bruchon-Schweitzer, 1986). No quadro seguinte apresentam-se os resultados do teste Mann-Whitney, que foi utilizado para comparar as distribuições dos grupos para cada um dos factores que constituem o questionário.

Quadro 7. Comparação das médias obtidas nos vários grupos nos factores do questionário.

		Fechamento/ Acessibilidade	Insatisfação/ Satisfação	Passividade/ Actividade	Tenso/ Sereno
GVN vs GVASI	U	58,000	35,000	49,000	32,500
	Z	-,166	-1,679	-0,758	-2,013
	P	,868	0,93	0,448	0,044
GVASI vs GNVV	U	11,000	3,000	38,000	50,000
	Z	-3,270	-3,790	-1,491	-,727
	P	,001	,000	,136	,467
GVN vs GNVV	U	5,000	2,000	46,000	22,000
	Z	-3,679	-3,852	-,967	-2,639
	P	,000	,000	,334	,008
Vítimas vs Não vítimas	U	16,000	5,000	84,000	72,000
	Z	-4,028	-4,437	-1,426	-1,979
	P	,000	,000	,154	,048

			Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV
GVN VS GVASI	Mean Rank	GVN	11,73	13,82	12,18	8,95
		GVASI	11,27	9,18	10,82	14,05
	Sum of Ranks	GVN	129,00	152,00	134,00	98,50
		GVASI	124,00	101,00	119,00	154,50
GVASI VS GNV	Mean Rank	GVASI	16,00	16,73	9,45	10,55
		GNV	7,00	6,27	13,55	12,45
	Sum of Ranks	GVASI	176,00	184,00	104,00	116,00
		GNV	77,00	60,00	149,00	137,00
GVN VS GNV	Mean Rank	GVN	16,55	16,82	10,18	8,00
		GNV	6,45	6,18	12,82	15,00
	Sum of Ranks	GVN	182,00	185,00	112,00	88,00
		GNV	71,00	68,00	141,00	165,00
GVV VS GNV	Mean Rank	GVV	21,77	22,27	15,32	14,77
		GNV	7,45	6,45	20,36	21,45
	Sum of Ranks	GVV	479,00	490,00	337,00	325,00
		GNV	82,00	71,00	224,00	236,00

Na análise realizada aos quatro factores verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os vários grupos e os vários factores. Assim, entre as vítimas de Negligência e as Vítimas de abuso, com $p < 0,044$ apenas para o factor Tenso/Sereno é estatisticamente diferente entre os dois grupos, indicando que o grupo vítimas de Negligência apresenta piores resultados do que o Grupo das vítimas de Abuso sexual. Nos restantes factores, verificamos que as distribuições entre as duas amostras são estatisticamente semelhantes nos factores Fechamento/Acessibilidade, Insatisfação/Satisfação e Passividade/Actividade. Nestes factores, o $p > 0,05$, rejeitando-se a hipótese que existem diferenças entre os grupos (Quadro 7).

Entre os grupos Vítimas de Abuso Sexual e adolescentes não vítimas existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do Factor Fechamento/ Acessibilidade ($p < 0,01$) e Insatisfação/Satisfação ($p < 0,00$) (Quadro 7).

O grupo de vítimas de Negligência constitui o grupo que apresenta mais diferenças estatisticamente significativas ao nível dos factores que constituem o questionário, quando comparado com o grupo de Adolescentes não vítimas de violência. As médias destes grupos diferem ao nível do factor Fechamento/Acessibilidade, Insatisfação/Satisfação e Tenso/Sereno (Quadro 7).

Como ocorreu na análise dos itens do questionário, ao realizar a análise dos factores, também, se optou por fazer a comparação entre os dois grupos de vítimas de violência e o grupo de adolescentes não vítimas desta. Este grupo apresenta médias estatisticamente significativas ao nível de três factores que constituem o questionário, Fechamento/Acessibilidade, Insatisfação/Satisfação e Tenso/Sereno (Quadro 7). Estes resultados sugerem que os jovens vítimas de violência intra-familiar apresentam médias

inferiores nestes factores. Assim, verificamos que as adolescentes vítimas de algum tipo de violência têm menos disponibilidade de abertura ao mundo e percebem e delimitam os limites entre o seu corpo e o mundo exterior de forma diferente das adolescentes não vítimas de violência. Estas adolescentes, também, têm níveis mais elevados de satisfação corporal, e conseqüentemente uma maior auto-estima, equilíbrio emocional e a adaptação social. Demonstram, ainda, níveis mais elevados de serenidade corporal, quando comparadas com vítimas de violência intra-familiar.

2. Percepção da Imagem do corpo e abusos sexuais

Nesta parte da investigação iremos analisar as possíveis relações entre as respostas dadas pelo grupo vítimas de abuso sexual ao questionário BIQ e o conjunto de interações que influenciam o impacto dos abusos sexual nas vítimas. Este grupo, já foi anteriormente caracterizado, de acordo com a ficha de caracterização, pelo que não iremos realizar uma nova descrição do mesmo. Esta análise irá realizar-se de acordo com os itens do questionário e os factores que o constituem, estando os resultados organizados da mesma forma.

Procedeu-se à aplicação do teste de correlação de Spearman que permite verificar a relação entre os vários itens do questionário e a experiência abusiva. Estes resultados sugerem que nenhuma das variáveis relacionadas com o abuso sexual influenciam a imagem do corpo (ver Anexo C.3.).

Factor I – Fechamento/Acessibilidade

Com o objectivo de verificar se existem diferenças nas respostas dadas aos itens do questionário e a idade de início do abuso, duração do mesmo (se este foi ou não repetido), a relação de parentesco entre o agressor e a vítima e violência sofrida pela vítima, foi utilizado o teste Kruskal-Wallis.

Através da análise dos resultados deste teste (Quadro 8), verificamos que as médias obtidas no factor Fechamento/Acessibilidade são semelhantes nas várias faixas etárias em que o abuso ocorreu. O nível de significância é de 0,787, levando-nos a afirmar que a distribuição é igual para todos os grupos. Em relação as respostas dadas ao questionário e a repetição do abuso ao longo dos anos não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível de significância de 0,05 (Quadro 8).

Quadro 8. Médias para o factor Fechamento/Acessibilidade em função das variáveis relativas ao abuso.

Fechamento/Acessibilidade	Chi-Square	P
Idade de início do abuso	,480	,787
Repetição do abuso	,266	,606
Anos de repetição do abuso	2,248	,523
Coabitação	,418	,518
Parentesco vítima-agressor	2,496	,476
Tipo de Violência	,746	,689

Observa-se que as médias dos resultados obtidos no factor Fechamento/Acessibilidade são muito semelhantes entre as adolescentes do grupo vítimas de abuso, independentemente da relação de parentesco entre estas e o agressor. O nível de significância é elevado ($p < 0,476$), aceitando-se a hipótese de que as médias não são estatisticamente significativas (Quadro 8). Também, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas respostas ao factor entre as adolescentes vítimas de outros tipos de violência ($p < 0,689$).

Embora não se tenham encontrado diferenças estatisticamente significativas, os dados foram analisados em termos quantitativos, verificando-se que, as adolescentes que foram vítimas de abuso sexual quando tinham entre 5-9 anos apresentam níveis de disponibilidade e abertura ao mundo mais baixos, quando comparadas com as outras faixas etárias em que o abuso ocorreu (Anexo C.4., Fig. 1). Estes níveis de disponibilidade e abertura ao exterior, também, são inferiores quando o abuso foi repetido ao longo de 0 a 3 anos e quando o agressor não tinha parentesco com a criança mas habitava na mesma casa que esta (Anexo C.4., Fig. 5). Os resultados obtidos no factor são mais baixos quando a criança/adolescente foi submetida a outro tipo de violência como forma de coesão e de manter o segredo do abuso, principalmente, quando é usada a força física (Anexo C.4., Fig. 6).

Contudo, os resultados do teste aplicado às variáveis sugerem que a forma como o indivíduo percebe e delimita os limites entre o seu corpo e o mundo exterior dos objectos e das pessoas são semelhantes, independentemente, das variáveis aqui abordadas.

De forma a complementar os resultados obtidos neste teste realizamos o teste de Independência do Qui-Quadrado, de forma a verificar se as variáveis são dependentes uma da outra. Após a análise dos resultados do teste verificamos que as variáveis idade de abuso, repetição do abuso, duração do abuso, a convivência com o agressor, o grau de parentesco entre agressor e vítima e o tipo de violência sofrido não influencia a resposta das adolescentes no factor Fechamento/Acessibilidade a um nível de significância de 5%. Assim, verificamos que as variáveis não são dependentes umas das outras (Ver anexo C.5, Quadros 6 e 7).

Factor II- Insatisfação/ Satisfação

À semelhança do que ocorreu na análise do factor Fechamento/Acessibilidade neste factor, também, realizamos uma análise através do teste Kruskal-Wallis, cruzando este factor com as variáveis da ficha de caracterização.

Os resultados encontrados nestes testes estão de acordo com os verificados no factor anterior, em que parece não existir diferenças estatisticamente significativas, e as médias de respostas dadas pelas adolescentes vítimas de Abuso sexual são muito semelhantes entre as restantes variáveis, nomeadamente, a idade de início do abuso ($p < 0,426$), a repetição do abuso ($p < 0,150$), relação entre o agressor e a vítima ($p < 0,927$) e a ocorrência de outro tipo de violência juntamente com o abuso sexual ($p < 0,707$) (Quadro 9).

Quadro 9. Médias para o factor Insatisfação/Satisfação em função das variáveis relativas ao abuso

Insatisfação/Satisfação	Chi-Square	P
Idade de Início do abuso	1,705	,426
Repetição do abuso	2,070	,150
Anos de repetição do abuso	2,942	,401
Coabitação	0,008	,927
Parentesco vítima-agressor	3,003	,391
Tipo de Violência	,695	,707

Também, neste factor foram encontradas diferenças nas respostas dadas pelas adolescentes, embora não sejam estatisticamente significativas. Assim, as adolescentes apresentem níveis mais baixos de satisfação com a sua imagem corporal quando forma vítimas de abuso sexual quando tinham entre 1 a 5 anos de idade, e este tipo de violência foi repetido entre 0 a 3 anos (Anexo C.6., Fig. 7). Existe uma maior insatisfação com a imagem do corpo quando o abusador é o próprio pai ou quando este não tem parentesco com a vítima (Anexo C.6., Fig. 11).

Poderemos concluir que a forma como os indivíduos percebem o seu corpo (auto-estima, estado emocional e adaptação social) é idêntica entre as várias adolescentes que constituem o grupo das vítimas de violência Sexual.

As variáveis aqui estudadas foram submetidas ao teste de Independência do Qui-Quadrado. Os resultados obtidos ao nível de significância de 0,05% verificamos que existem evidências para afirmar que não existe relação entre as variáveis estudadas e os resultados obtidos no item Insatisfação/Satisfação (ver Anexo C.7., Quadros 8 e 9).

Factor III – Passividade/ Actividade

O método de análise e exploração do factor é idêntico com os métodos utilizados anteriormente nos factores anteriores.

Este factor está relacionado com as propriedades energéticas do corpo e reflecte os papéis e valores tradicionais associados ao sexo. Assim, através da análise dos testes realizado às variáveis, verificamos que a forma como as adolescentes encaram o seu corpo é idêntica, independentemente, da idade de início do abuso ($p < 0,219$), repetição do mesmo durante um período de tempo ($p < 0,329$), convivência entre o agressor e a vítima ($p < 0,854$) e relação de parentesco entre o abusador e esta ($p < 0,645$), o ter sido vítima de outro tipo de violência e o tipo de violência sofrido ($p < 0,841$) (ver Quadro 10).

Quadro 10. Médias para o factor Passividade/Actividade em função das variáveis relativas ao abuso

Passividade/Actividade	Chi-Square	P
Idade de Início do abuso	3,039	,219
Repetição do abuso	,168	,682
Anos de repetição do abuso	3,438	,329
Coabitação	0,034	,854
Parentesco vítima-agressor	1,665	,645
Tipo de Violência	,347	,841

Ao analisar os valores obtidos no factor de acordo com as variáveis em estudo, verificamos que as adolescentes que foram vítimas de abuso sexual infantil, numa idade mais precoce (0-3) apresentem níveis de passividade mais elevados que as adolescentes vítimas de abuso mais tardiamente (Anexo C.8., Fig. 14). Quando o pai foi o abusador as vítimas têm maior tendência para apresentar níveis mais baixos de actividade. Uma outra diferença encontrada relaciona-se com a repetição do abuso, assim, quando este não se repetiu, as adolescentes têm níveis mais elevados de actividade (Anexo C.8., Fig. 15 e 18).

Ao aplicar o teste de Independência do Qui-Quadrado verificamos que as variáveis em estudo não são dependentes umas das outras, ou seja, a idade de início do abuso, a duração e anos do mesmo, a convivência com o agressor e o grau de parentesco deste com a vítima e o tipo de violência utilizado para manipular a vítima não influencia as respostas dadas ao factor Passividade/Actividade a um nível de significância de 0,05 (Anexo C.9., Quadros 10 e 11).

Factor IV – Tenso/Sereno

Relaciona-se com a possibilidade ou não de descarga das tensões e frustrações, tendo sido, explorado de acordo com os procedimentos utilizados anteriormente. Através da análise dos resultados deste teste (Quadro 11), verificamos que as médias obtidas no factor Tenso/Sereno são semelhantes nas várias faixas etárias em que o abuso ocorreu, num nível de significância de 0,05 ($p < 0,376$). Relativamente à repetição do abuso ao longo dos anos não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas respostas dadas pelas adolescentes (Quadro 11).

Ao analisar as respostas das adolescentes ao factor e a convivência entre a vítima e o agressor, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas. Conclui-se que o grau de tensão é menor entre as crianças que não viviam com o agressor ($p < 0,28$) (Quadro 11). Assim, as adolescentes que partilhavam a mesma casa que o agressor apresentam níveis mais baixos de Serenidade, comparativamente com as adolescentes que não coabitam com o mesmo. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os valores obtidos no item e a relação de parentesco entre as adolescentes e o agressor ($p < 0,159$), outro tipo de violência sofrida pela vítima ($p < 0,055$) (Quadro 11).

Quadro 11. Médias para o factor Tenso/Sereno em função das variáveis relativas ao abuso.

Tenso/ Sereno	Chi-Square	P
Idade de Início do abuso	1,957	,376
Repetição do abuso	,012	,911
Anos de repetição do abuso	,324	,955
Coabitação	4,822	,028
Parentesco vítima-agressor	5,179	,159
Tipo de Violência	5,817	,055

A análise qualitativa sugere que as crianças vítimas de abuso sexual intra-familiar por parte do pai apresentem níveis de serenidade mais baixos, quando comparados com as outras vítimas de abuso sexual. As adolescentes que apresentaram níveis mais baixos de tensão foram as que sofreram o abuso numa idade precoce (1-5 anos de idade) e quando foram vítimas simultaneamente de violência psicológica como forma de coesão (Anexo C.10. Fig. 20-26).

Para averiguar se das variáveis estavam relacionadas entre si, foi aplicado o teste de Independência do Qui-Quadrado. Através dos resultados do teste verificamos que as variáveis duração do abuso, a convivência com o agressor, o grau de parentesco entre agressor e vítima e o tipo de violência sofrido não influencia a resposta das adolescentes no factor Tenso/Sereno a um nível de significância de 5%. Assim, verificamos que as variáveis não são dependentes umas das outras (Ver anexo C.11., Quadros 12 e 14). Contudo, para o mesmo nível de significância existem evidências estatísticas para aceitar a hipótese de que a variável as idade de início da violência sexual influencia respostas obtidas no item ($\chi^2 = 22,00$) (Anexo C.10, Quadro 12 e 13). As respostas obtidas neste item, parecem ser influenciadas pela existência de outro tipo de violência para manter o segredo do abuso ($\chi^2 = 10,00$) a um nível de significância de 0,02%. Conclui-se que as adolescentes que foram submetidas a violência como forma de coacção dão respostas diferentes daquelas que não foram submetidas a violência para além do abuso sexual (Anexo C.10, Quadro 12 e 13).

2.1. Correlação entre variáveis

No sentido de se aprofundarem as relações entre o questionário da Imagem do corpo e as variáveis relativas aos abusos sexuais, e uma vez que o teste Qui-Quadrado não permite concluir como se dá a relação, realizaram-se vários cruzamentos de variáveis, recorrendo ao teste de Coeficiente de Correlação de Spearman, permitindo calcular o grau de associação entre as variáveis (Anexo C.12).

Após a análise dos resultados constatou-se que a idade de início do abuso está fortemente e positivamente relacionada com a duração do mesmo. Esta correlação indica que a idade de início da experiência abusiva está associada a uma maior probabilidade desta ter sido repetida ao longo dos anos ($r = 0,618$; $p < 0,043$). Paralelamente a esta constatação verificou-se que a idade de início do abuso, também, está fortemente e

positivamente correlacionada com os anos de duração do abuso ($p < 0,609$; $p < 0,047$). Através dos valores do coeficiente de Spearman verifica-se uma relação linear forte e positiva entre os anos de repetição de abuso e o tipo de violência exercido pelo agressor para manter o segredo deste ($r = 0,753$; $p < 0,019$) (Anexo C.12).

Verificamos, ainda, uma outra correlação de elevado interesse. As adolescentes que coabitavam com o agressor têm valores inferiores no factor “Tenso/Sereno”, apresentando menos serenidade corporal. Esta constatação é confirmada pelos valores do coeficiente de correlação de Spearman, verificando-se a existência de uma relação forte e positiva entre a coabitação com o agressor e o factor “Tenso/Sereno” ($r = 0,694$; $p < 0,018$) (Anexo C.12.).

Por último, verificamos que existe uma correlação positiva forte entre as respostas dadas no item Satisfação/Insatisfação e as respostas obtidas no item Fechamento/Acessibilidade ($r = 0,690$, $p < 0,019$). Contudo, existe apenas correlação entre a coabitação com o agressor e os resultados obtidos no item “Tenso/Sereno”, verificando-se que nenhuma outra variável influencia os resultados obtidos no questionário (Anexo C.12.).

3. Problemas comportamentais

A normalidade dos dados foi testada através de teste de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. Nestes testes todos os itens do questionário obtiveram uma distribuição normal, embora, apenas, três escalas possam ser consideradas como seguindo uma distribuição normal ($p > 0,05$). Neste sentido, foram adoptados testes não paramétricos para a análise dos dados, visto que a maioria das variáveis não apresentou distribuição normal (Anexo C.13).

A análise do questionário, para esta investigação, incidiu apenas na segunda parte deste, isto é, nos itens relativos à psicopatologia e à competência social das jovens. Os resultados foram analisados apenas de forma quantitativa, referindo-se ao escore total dos problemas de comportamento, aos resultados obtidos em cada escala e às síndromes que o constituem.

Iremos iniciar a análise dos resultados pelo perfil comportamental do adolescente, obtido através do score global do questionário. Este score permite classificar os adolescentes de acordo com três grupos: clínicos, não-clínicos e limítrofes. A média geral obtida no score total de problemas de comportamento dos sujeitos foi 30,66 (SD = 16,74) (ver quadro 12). Considerando que o ponto de corte para a categoria não clínica é um escore total inferior a 60 pontos, o resultado obtido sugere que a maioria dos sujeitos (90,91%) não apresenta graves problemas de comportamento. Desse modo, 2 adolescentes foram considerados clínicos e 31 Adolescentes não – clínicos. As duas adolescentes consideradas clínicas pertencem ao grupo das vítimas de Negligência.

Quadro 12. Estatísticas descritivas dos Score total para os grupos da amostra.

Grupo	N	Score Global			
		Mín.	Máx.	M	SD
vítimas de Negligência	11	11	74	38,00	20,66
Vítimas de Abuso	11	4	54	31,72	15,15
Não vítimas de violência	11	6	41	24	12,66
	33	6	74	30,66	16,74

O grupo de adolescentes não vítimas é o que apresentam a média mais baixa no Score Total, correspondendo a 24 ($M = 12,66$). No entanto, os resultados sugerem que a amostra é bastante heterogénea em relação ao escore total de problemas de comportamento e que o grupo de vítimas de abuso apresenta scores inferiores ($M = 31,72$) ao grupo vítimas de Negligência ($M = 38$) (Quadro 12).

Como forma de aprofundar estes resultados foi realizado o teste de Mann-Whitney para comparar as médias entre os vários grupos. Os resultados deste teste são visíveis no quadro 13. Este sugere que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de vítimas de violência (GVN e GVASI), isto é, os resultados no score total não se distinguem quanto à distribuição ($p = 0,622$). Também não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de vítimas de violência intra-familiar e o grupo de adolescentes não vítimas de violência ($p = 0,146$).

Quadro 13. Comparação das médias do Score total entre os grupos da amostra.

Grupo		Mean Rank	Sum of Rank	N	Mann-Whitney U	Z	P
GVN Vs GVASI	GVN	12,18	134,00	11	53,000	-,493	,622
	GVASI	10,82	119,00	11			
GVN Vs GNVV	GVN	13,73	151,00	11	36,000	-1,612	,107
	GNVV	9,27	102,00	11			
GVASI Vs GNVV	GVASI	12,73	140,00	11	47,000	-,891	,373
	GNVV	10,27	113,00	11			
GVV Vs GNVV	GVV	18,73	412,00	22	83,000	-1,454	,146
	GNVV	13,55	149,00	11			

Posteriormente foi realizada a análise dos grupos relativamente aos resultados obtidos nos factores que constituem o questionário. Como referido o questionário está organizado de acordo com seis factores: 1) anti-social; 2) Problemas de atenção/Hiperactividade; 3) Ansiedade/Depressão; 4) Isolamento Social; 5) Queixas somáticas; e 6) Problemas de Pensamento/ Esquizóide. A análise posterior refere-se à comparação entre as médias obtidas em cada grupo para cada factor, tendo sido utilizado o teste de Mann-Whitney, para comparar as distribuições dos grupos para cada um. As médias obtidas em cada uma das seis dimensões do YSR são apresentadas no quadro 14.

Ao analisar os resultados obtidos, pelas adolescentes vítimas de violência intra-familiar, nos vários factores e quando comparados com as médias encontradas para a população portuguesa no estudo de Fonseca e Monteiro (1999), verificamos que a nossa amostra apresenta, apenas com uma excepção, scores mais elevados nos factores do que os resultados obtidos na população portuguesa (Anexo C.14.).

Quadro 14. Médias e desvio padrão das escala do YSR optidos pelos grupos da amostra

	Vítimas de Negligência		Vítimas de Abuso		Não vítimas	
	M	SD	M	SD	M	SD
Comportamento Anti-social	6,36	4,20	4,00	3,34	3,72	2,101
Problemas de Atenção/ hiperactividade	11,09	5,48	10,54	4,63	7,63	4,03
Ansiedade/ Depressão	6,18	5,19	4,63	3,04	2,72	2,14
Isolamento	7,54	3,20	7,54	3,67	5,63	3,04
Queixas somáticas	3,81	3,84	2,36	2,37	2,18	2,27
Problemas de Pensamento/ Esquizóide	3,00	2,64	2,63	1,96	2,09	2,21

Apenas o grupo de vítimas de Abuso Sexual infantil apresenta uma média mais baixa na escala Queixas somáticas, embora, esta diferença não seja muito significativa.

Os grupos foram comparados entre si através do teste de Mann-Whitney, sendo os resultados deste teste apresentados no quadro 15.

Quando comparadas as médias obtidas por ambos os grupos verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos das jovens que foram vítimas de violência (Anexo C.15).

As médias obtidas nas várias escalas do questionário são semelhantes nos dois grupos de adolescentes vítimas de violência intra-familiar que constituem a amostra. No nosso estudo, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no factor Ansiedade/Depressão ($p_value = 0,043$), entre o grupo de adolescentes vítimas de Negligência e o grupo de não vítimas de violência. Estes resultados sugerem que as adolescentes a que lhes foram negadas as necessidades básicas apresentam níveis mais elevados de ansiedade e depressão, quando comparadas com adolescentes não vítima de nenhum tipo de violência (Quadro 15).

Os seis factores do questionário poderão ser agrupados em duas grandes síndromes: 1) Problemas emocionais ou expressão interiorizada e 2) Problemas de expressão exteriorizada ou problemas anti-sociais. Assim, para além do escore total e do escore para cada uma das 6 dimensões foi obtido, também, um escore para a síndrome de Externalização e um escore para a síndrome de problemas de Internalização. Estas síndromes foram comparadas entre si em cada um dos grupos, sendo posteriormente, comparados os grupos através do teste Mann-Whitney.

Quadro 15. Médias das síndromes Internalização e Externalização dos grupos da amostra

Grupo	Síndrome	M	SD	Min.	Máx.
GVN	Internalização	8,72	4,64	2	13,33
	Externalização	5,66	10,84	2,50	17,50
GVASI	Internalização	4,45	2,27	0,33	8
	Externalização	7,27	3,52	1,50	11,50
GNV	Internalização	3,51	2,23	0,33	6,33
	Externalização	5,68	2,79	1,50	9

No quadro 16 são apresentadas as médias encontradas para cada síndrome. Os resultados indicaram que, a média obtida nos problemas de externalização pelo grupo de adolescentes vítimas de Negligência (5,66) é inferior à média obtida por este grupo na síndrome de problemas de internalização (8, 72), sugerindo os dados que as adolescentes vítimas de negligência apresentam mais sintomas tendencialmente centrados em si do que no exterior, incluindo sintomas depressivos e ansiosos, isolamento social, perturbações e queixas somáticas, com um grande impacto no relacionamento interpessoal (Quadro 16).

O grupo de adolescentes não vítimas de violência e de adolescentes vítimas de Abuso Sexual apresentam uma média mais elevada nos problemas de externalização do que de internalização. Estes dados sugerem que as jovens, provavelmente, apresentem maiores escores nos problemas voltados para fora do indivíduo manifestando-os por intermédio de problemas comportamentais e que incluem sintomatologia agressiva, desregulação comportamental, hiperactividade e comportamentos anti-sociais (Quadro 16).

Foi, também, analisada se existiam diferenças entre cada uma das dimensões dos problemas de comportamento e os grupos em estudo. Com este objectivo, realizou-se o teste Mann-Whitney para comparar as médias de ambos os grupos. O quadro seguinte ilustra os resultados obtidos:

Quadro 16: Comparação entre as médias obtidas nas síndromes internalização e Externalização entre os grupos da amostra

Grupo	Síndrome	U	Z	P
GVN vs GVASI	Internalização	53,00	-,495	,621
	Externalização	50,00	-,691	,489
GVN vs GNVV	Internalização	41,00	-1,284	,199
	Externalização	36,00	-1,614	,107
GVASI vs GNVV	Internalização	46,50	-,922	,357
	Externalização	43,00	-1,155	,248
GVV vs GNVV	Internalização		-1,282	,200
	Externalização		-1,609	,108

	Síndrome	Grupo	Mean Rank	Sum of Rank
GVN VS GVASI	Internalização	GVN	12,18	134,00
		GVASI	10,82	119,00
	Externalização	GVN	12,45	137,00
		GVASI	10,55	116,00
GVN VS GNVV	Internalização	GVN	13,27	146,00
		GNVV	9,73	107,00
	Externalização	GVN	13,73	151,00
		GNV	9,27	102,00
GVASI VS GNVV	Internalização	GVASI	12,77	140,50
		GNVV	10,23	112,50
	Externalização	GVASI	13,09	144,00
		GNVV	9,91	109,00

Os resultados sugerem que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos três grupos ao nível das duas síndromes.

Em suma, a análise dos resultados revela que os sujeitos do grupo vítimas de Negligência e o grupo de adolescentes vítimas de ASI, apresentam médias idênticas às adolescentes não vítimas de violência intra-familiar, quer ao nível do score global deste questionário, das escalas que o constituem e ao nível do cluster de problemas emocionais e de Problemas de Comportamento. Contudo, as adolescentes vítimas de Negligência apresentam níveis mais elevados de Ansiedade e depressão comparativamente com as adolescentes não vítimas de violência. Dois dos grupos que constituem a amostra demonstram mais problemas de externalização do que de internalização.

4. Problemas comportamentais e abusos sexuais

Nesta parte da investigação iremos analisar as possíveis relações entre as respostas dadas pelo grupo vítimas de abuso sexual às escalas do questionário YSR e o conjunto de variáveis analisadas em relação ao abuso sexual sofrido pelas jovens avaliadas neste estudo. Esta análise irá realizar-se seguindo a ordem utilizada anteriormente, estando os resultados organizados da mesma forma.

Iremos iniciar a análise utilizando o teste Kruskal-Wallis para verificar se existem diferenças nos resultados obtidos no score total do questionário em função das várias variáveis relacionadas com o abuso sexual (idade de início do abuso, duração do abuso, a relação de parentesco entre o agressor e a vítima e violência sofrida pela vítima).

Quadro 17. Comparação das médias para o Score total do YSR, em função das variáveis relativas ao abuso

Score total	Chi-Square	P
Idade de início do abuso	,413	,813
Repetição do abuso	,263	,608
Anos de repetição do abuso	,200	,655
Coabitação	,412	,521

Quadro 17. Comparação das médias para o Score total do YSR, em função das variáveis relativas ao abuso

Score total	Chi-Square	P
Idade de início do abuso	,413	,813
Repetição do abuso	,263	,608
Anos de repetição do abuso	,200	,655
Parentesco vítima-agressor	4,694	,196
Tipo de Violência	1,750	,186

Através da análise dos resultados deste teste (Quadro 18) verificamos que as médias obtidas no score total são semelhantes em toda a amostra, independentemente, das variáveis relativas ao abuso sexual. Ou seja, as médias encontradas nas seis escalas do questionário não são estatisticamente diferentes nas várias faixas etárias em que o abuso ocorreu, repetição do abuso durante um período de tempo, convivência entre o agressor e a vítima, a relação de parentesco entre os intervenientes, e ter sido vítima de outro tipo de violência.

Posteriormente iremos centrar a nossa análise nas várias escalas que constituem o questionário, sendo estas apresentadas em conjunto.

Com o objectivo de verificar se existem diferenças nas respostas dadas à escalas do questionário e a idade de início do abuso, duração do mesmo (se este foi ou não repetido), a relação de parentesco entre o agressor e a vítima e violência sofrida pela vítima, foi utilizado o teste Kruskal-Wallis.

Os resultados obtidos através deste teste para a escala de comportamentos anti-sociais, problemas de atenção e Ansiedade/ Depressão são apresentados no quadro seguinte.

Quadro 18. Comparação das médias em função das variáveis relativas ao abuso para as escalas Comportamento anti-social, Problemas de Atenção e Ansiedade/Depressão do YSR

Variáveis	Comportamento anti-social		Problemas de atenção		Ansiedade/ Depressão	
	Chi-Square	P	Chi-Square	P	Chi-Square	P
Idade de início do abuso	4,040	,133	,046	,977	1,319	,517
Repetição do abuso	,168	,682	,042	,837	,263	,608
Anos de repetição do abuso	1,800	,180	,200	,655	,000	1,000
Coabitação	,076	,783	,000	1,000	,076	,783
Parentesco vítima-agressor	4,356	,226	4,393	,222	5,059	,168
Tipo de Violência	,022	,883	,540	,462	2,161	,142

Observa-se que as médias dos resultados obtidos nas três escalas aqui apresentadas são semelhantes entre as adolescentes do grupo vítimas de abuso, independentemente das variáveis relativas ao abuso sexual. O nível de significância das várias variáveis é elevado ($p > 0,05$) aceitando-se a hipótese de que as médias não são estatisticamente significativas (Quadro 19).

Embora não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas uma análise mais pormenorizada sugere que as adolescentes apresentam níveis mais elevados nestas escalas quando foram vítimas de abuso sexual mais tardiamente, nomeadamente, entre os 9 e os 14 anos, e quando esta experiência foi repetida ao longo de 0-3 anos. Os

níveis também são mais elevados entre as crianças que coabitavam com o agressor. A violência associado ao abuso que parece influenciar mais negativamente as respostas das adolescentes corresponde à violência psicológica (Anexo C.16, Fig. 27-38).

Quadro 19. Comparação das médias em função das variáveis relativas ao abuso para as escalas Comportamento anti-social, Atenção e Ansiedade/Depressão.

Variáveis	Isolamento		Queixas somáticas		Problemas de pensamento	
	Chi-Square	P	Chi-Square	P	Chi-Square	P
Idade de início do abuso	,259	,879	2,949	,229	,966	,617
Repetição do abuso	1,535	,215	,545	,460	1,118	,290
Anos de repetição do abuso	,000	1,000	,222	,637	,889	,346
Coabitação	2,183	,140	,142	,706	1,753	,186
Parentesco vítima-agressor	1,543	,672	5,095	,165	2,258	,521
Tipo de Violência	4,345	,037	,358	,550	1,524	,217

Também, nestas escalas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as adolescentes, de acordo com as variáveis envolvidas no abuso sexual, verificando-se, apenas, a existência de diferenças estatisticamente significativas na escala de isolamento entre as adolescentes que foram vítimas de violência psicológica e as que sofreram maus-tratos físicos. Nesta escala observa-se que as adolescentes vítimas de violência física juntamente com o abuso sexual apresentem índices mais elevados de isolamento social (Quadro 20).

Os grupos de jovens que apresentem níveis mais baixos nestas escalas correspondem às adolescentes que sofreram a experiência abusiva entre os 9 e os 14 anos, sendo este repetido ao longo de 0-3 anos. Os níveis de isolamento social, queixas somáticas e problemas de pensamento, são, também, mais elevados entre as jovens que não mantinham nenhum tipo de relação com o agressor, embora, este coabitasse com a mesma na altura do abuso (Anexo C.16, Fig. 39- 47).

Quando analisados os resultados obtidos pelas adolescentes vítimas de abuso às escalas de internalização e Externalização dos problemas, verificamos que os resultados obtidos não são influenciados pelas variáveis relacionadas com o abuso sexual, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis. Estes resultados foram obtidos através do teste Kruskal-Wallis (Anexo C.1, Quadro 22).

As variáveis aqui estudadas foram submetidas ao teste de Independência do Qui-Quadrado, com o objectivo de verificar se são dependentes umas das outras. Os resultados obtidos através deste teste, ao nível de significância de 0,05%, sugerem que existem evidências para afirmar que não existe relação entre as variáveis estudadas e os resultados obtidos nas várias escalas que constituem o questionário (Anexo C.18., Quadro 23 e 24). Desta forma, nenhum variável relacionada com a experiência abusiva vivenciada pelas adolescentes influencia as respostas dadas pelo grupo às escalas do questionário YSR. Para completar esta análise foi ainda aplicado o coeficiente de correlação de Spearman, permitindo calcular o grau de associação entre as variáveis

(Anexo C.19.). Visto que já analisamos a correlação entre as variáveis relativas ao abuso numa parte anterior, esta análise irá centrar-se apenas entre estas variáveis e as escalas do YSR. Desta forma, após a análise dos resultados verificamos que existe uma correlação positiva entre as variáveis anos de abuso e queixas somáticas, sendo significativa a 0,05%. Esta correlação indica que quanto maior for a período de exposição à violência sexual, maior será a probabilidade da vítima apresentar sintomas somáticos ($p = 0,047$), ou seja, têm uma maior probabilidade de apresentar sintomas que não são completamente explicados por uma condição médica geral, efeitos directos de substâncias ou por um outra perturbação mental (Anexo C.19).

Existe, também, uma correlação positiva entre as variáveis parentesco e atenção ($p = 0,027$), ansiedade ($p = 0,020$), queixas somáticas ($p = 0,038$), problemas emocionais (internalização) ($p = 0,023$) e problemas anti-sociais (Externalização) ($p = 0,033$). Assim, verifica-se que quando não existe uma relação de parentesco entre a criança e o agressor, embora, este habite na mesma casa que a criança, esta tem tendência a apresentar mais problemas de atenção, ansiedade e queixas somáticas (Anexo C.19).

Ao analisar os resultados obtidos no teste, verificamos que existe, ainda, uma correlação positiva entre o tipo de violência sofrido pelas adolescentes ao longo da experiência do abuso, como forma de manter o segredo, e a escala de isolamento social ($p = 0,023$). As crianças que foram vítimas de violência psicológica como forma de coesão do abuso apresentam na escala de isolamento médias superiores (Anexo C.19).

5. Imagem do corpo e problemas comportamentais

Este estudo pretende avaliar a imagem do corpo e os problemas comportamentais em adolescentes vítimas de abuso sexual, comparando-as com outras formas de violência. Assim, numa análise descritiva, procura-se, nesta última parte, avaliar a relação entre as duas variáveis em estudo, a imagem do corpo e os problemas comportamentais.

Com o intuito de se analisar uma associação entre as respostas dadas aos itens e/aos factores do questionário sobre a Imagem do corpo e as escalas do YSR, foi realizada uma análise destes através do teste de coeficiente de correlação de Spearman, para os vários grupos da amostra, sendo os resultados obtidos no teste apresentados seguidamente (Anexo C.20).

Assim, no grupo de vítimas de Negligência registaram-se resultados tendencialmente significativos e de correlação negativa entre o item “Não é para olhar/olhar” e as escalas de Comportamento anti-social ($r = -0,610$, $p = 0,046$) e Queixas Somáticas ($r = 0,684$, $p = 0,020$), assim como entre os itens “Esconder/Mostrar” e as escalas de Problemas de Atenção/Hiperactividade ($r = -0,692$, $p = 0,018$), Ansiedade/Depressão ($r = 0,067$, $p = 0,025$) e as síndromes de problemas de internalização ($r = -0,757$, $p = 0,007$) e externalização ($r = -0,684$, $p = 0,020$). Foi, também, observada a presença de correlação negativa forte entre o item “Energético/Não energético” e a escala de Pensamento ($r = 0,684$, $p = 0,020$) (Anexo C. 20, Quadro 26).

No grupo de Vítimas de abuso sexual verifica-se a presença de correlações

negativas estatisticamente significativas entre o item “Medroso/Corajoso” e a síndrome de Problemas de externalização ($r = -0,665$, $p = 0,025$) e a escala de Atenção/Hiperactividade” ($r = -0,668$, $p = 0,025$). Tal como entre esta escala e o item “Esconder/Mostrar” ($r = -0,650$, $p = 0,030$), que, também, está negativamente correlacionado com a escala de Ansiedade/Depressão ($r = -0,769$, $p = 0,006$). Por fim, foi também, encontrado neste grupo a existência de correlação negativa estatisticamente significativa entre o item “Frio/Quente” e a escala de Problemas de Pensamento ($r = -0,682$, $p = 0,021$) (Anexo C.20, Quadro 27).

No grupo de não vítimas de violência intrafamiliar, verificou-se a existência de correlação negativa forte entre o item “Saúde/Pouca Saúde” e as escalas de Ansiedade/Depressão ($r = -0,831$, $p = 0,002$), Isolamento ($r = -0,807$, $p = 0,003$), Queixas somáticas ($r = -0,648$, $p = 0,031$), Problemas de Pensamento ($r = -0,623$, $p = 0,040$) e a síndrome de Problemas emocionais ($r = -0,845$, $p = 0,001$). O item “Bonito/Feio” está correlacionado de forma negativa com a escala de Problemas de Pensamento ($r = -0,696$, $p = 0,017$) e a escala de Problemas Anti-sociais ($r = -0,644$, $p = 0,033$). Esta escala correlaciona-se negativamente com os itens “Medroso/Corajoso” ($r = -0,757$, $p = 0,007$), “Serenos/Nervoso” ($r = -0,699$, $p = 0,017$), “Fracos/Fortes” ($r = -0,828$, $p = 0,002$) e “Alegres/Tristes” ($r = -0,612$, $p = 0,046$) (Anexo 20, Quadro 28).

A escala de Problemas de Atenção/Hiperactividade está correlacionada de forma negativa e muito forte com o item “Irritado/Calmo” ($r = -0,910$, $p = 0,00$) e de forma moderada com o item “Livre/Preso” ($r = -0,642$, $p = 0,033$) (Anexo 20, Quadro 28).

A escala de Ansiedade/Depressão encontra-se correlacionada negativamente de forma estatisticamente significativa com o item “Fracos/Fortes” ($r = -0,765$, $p = 0,006$). Este item encontra-se de igual forma correlacionado com as escalas de Isolamento ($r = -0,843$, $p = 0,001$), Queixas somáticas ($r = -0,852$, $p = 0,001$), Problemas de Pensamento ($r = -0,855$, $p = 0,001$) e com a síndrome de Problemas de Internalização ($r = -0,931$, $p = 0,001$) (Anexo 20, Quadro 28).

Verifica-se também, a existência de correlações entre o item “Medroso/Corajoso” e as escalas de Queixas somáticas ($r = -0,849$, $p = 0,001$) e problemas de Pensamento ($r = 0,657$, $p = 0,028$). O item “Irritado/Calmo” correlaciona-se fortemente com a síndrome de Problemas de Externalização ($r = 0,930$, $p = 0,000$). Esta síndrome, apresenta, ainda uma correlação moderada com o item “Não é para se olhar/É para se olhar” ($r = 0,669$, $p = 0,024$) e o item “Serenos/Nervoso” ($r = 0,782$, $p = 0,004$) (Anexo 20, Quadro 28).

No sentido de se compreenderem melhor os dados obtidos, correlacionaram-se as respostas dadas aos itens do questionário sobre imagem do Corpo, mas agrupadas de acordo com os quatro factores que o constituem, correlacionando-os com as escalas do YSR.

As respostas aos questionários e as possíveis relações entre eles foram analisadas separadamente por grupo. Assim, no grupo das vítimas de Negligência, foram encontradas correlações interessantes. Verificou-se a existência de correlações negativas fortes entre o factor Fechamento/Acessibilidade, do questionário sobre a imagem do corpo, e a escala Anti-social do YSR ($r = -0,647$, $p = 0,31$), de Problemas de Atenção/

Hiperactividade ($r = -0,609$, $p = 0,47$) e a síndrome de Problemas de Externalização ($r = -0,648$, $p = 0,031$) (Anexo 21, Quadro 29). Estes resultados sugerem que quando estas adolescentes respondem mais positivamente ao factor Fechamento/ Acessibilidade, dá-se uma diminuição das médias encontradas nos problemas comportamentais, de atenção e dos problemas de expressão exterior (Anexo 21, Quadro 29).

No grupo de vítimas de abuso a análise da relação entre as respostas dadas ao questionário sobre imagem do corpo e os valores encontrados no YSR não revelou qualquer associação significativa entre estas variáveis (Anexo 21, Quadro 30).

No grupo de não vítimas são visíveis a existência de algumas correlações entre os dois instrumentos aplicados. Assim, verifica-se que o factor Passividade/Actividade tem uma correlação negativa muito forte com a escala de Comportamento Anti-social do YSR ($r = -0,762$, $p = 0,006$), Queixas somáticas ($r = 0,769$, $p = 0,006$) e Problemas de Pensamento ($r = -0,756$, $p = 0,001$) (Anexo 21, Quadro 31). Este resultado sugere que à medida que as adolescentes pontuam o questionário de imagem do corpo de forma mais favorável, pontuando o seu corpo como resistente, forte, saudável e energético, as respostas à escala de Isolamento social tendem a apresentar valores mais baixos, tal como, as escalas de Queixas somáticas e de Problemas de Pensamento (Anexo 21, Quadro 31).

Verificaram-se também correlações negativas estatisticamente significativas entre os resultados obtidos no factor Satisfação/Insatisfação e a escala de Isolamento Social ($r = -0,636$, $p = 0,035$) e a Síndrome de Externalização ($r = -0,622$, $p = 0,041$). Assim, verificamos que quando as adolescentes não vítimas de violência obtêm médias mais elevadas de satisfação corporal tendem a apresentar valores mais baixos de problemas de externalização (Anexo 21, Quadro 31).

IV. Discussão dos resultados

Os objectivos deste estudo era avaliar a imagem do corpo e os problemas comportamentais em jovens dos 11 aos 18 anos que foram vítimas de abuso sexual infantil e vítimas de negligência. Assim, o objectivo principal não é realizar uma diferenciação exaustiva entre as adolescentes, devido à complexidade dos conceitos avaliados, mas expandir a compreensão relativamente ao tema. Desta forma, pretende-se avaliar a imagem do corpo e os problemas comportamentais nestes dois grupos, comparando-os com adolescentes não vítimas de violência.

À medida que os resultados vão sendo discutindo, far-se-á uma comparação com os dados obtidos por alguns autores relativamente ao tema.

1. Imagem do corpo

Como referido ao longo da revisão bibliográfica, a imagem do corpo é uma experiência básica na vida do indivíduo, sendo a representação mental do corpo e a forma como nos percebemos e sentimos em relação ao mesmo (Tavares, 2003, citado por Motta, 2003). Esta imagem é uma reconstrução constante, realizada através do contacto com os outros (Barros, 2005), mas principalmente, por meio das acções destes em relação ao nosso corpo. As novas informações e as experiências passadas são continuamente incorporadas, onde um conjunto de condições sociais, biológicas e psicológicas influenciam o desenvolvimento desta. A literatura sugere que as crianças, ao longo da sua infância, necessitam que lhes sejam asseguradas as necessidades básicas e proporcionado um ambiente saudável para que consigam desenvolver plenamente a sua identidade e integridade corporal. Contudo, estas não são asseguradas quando a criança é vítima de abusos sexuais ou de negligência, sugerindo os estudos que as experiências abusivas podem ter efeitos negativos na vida do indivíduo, incluindo na percepção da sua imagem do corpo.

Uma das grandes dificuldades, ao longo da realização desta investigação, foi o facto da grande maioria dos estudos relativos à imagem do corpo centrar-se, principalmente, no aspecto negativo desta e abordar o tema com populações específicas, correlacionando este conceito, principalmente, com perturbações alimentares. Foram encontrados poucos estudos que abordem o impacto do abuso sexual infantil sobre o desenvolvimento e estabilidade da imagem do corpo, embora, existem evidências da existência de uma relação entre a violência sexual e estas variáveis. Alguns autores, como Rouyer (1992, citado por Gabel, 1997), Bagley (1992, citado por Gabel, 1997) ou Gabel (1992, citado por Gabel, 1997) debruçaram-se sobre esta temática, considerando que a problemática sexual passa sempre pelo corpo, quer através de sensações de desfragmentação corporal ou somatizações.

Poderemos afirmar que na sua generalidade, os dados obtidos neste estudo sustentam apenas marginalmente o que era esperado. Assim, a investigação defende que a maioria dos abusos é de natureza incestuosa (Habigzang, et al., 2005; Narvaz, 2003) onde o pai é, predominantemente o agressor (Maia, 2001; Figueiredo et al.,

2001). No nosso estudo, embora todos os casos se referissem a casos intra-familiares, verificou-se que, na grande maioria, não existia relação de parentesco entre o agressor e as vítimas (36,4%).

A literatura defende que as vítimas de abuso sexual durante a adolescência apresentam problemas mais graves do que as vítimas em idade precoce (Jiménez et al., 2002; Almeida, 2003), no entanto, na nossa investigação, a grande maioria dos indivíduos foi vítima de abuso durante este período (72,7%). Factor que nos impossibilita de realizar uma correlação entre a idade de abuso e as variáveis estudadas, mas também, estabelecer uma comparação entre os vários resultados obtidos. Neste sentido, baseamos-nos apenas nas consequências que a violência sexual na adolescência pode ter na imagem do corpo das vítimas. Os estudos sugerem, ainda, que quando o abuso sexual ocorre durante a puberdade, este interfere com a capacidade do indivíduo para atingir um conceito estável de si e do seu corpo, visto que, este processo de desenvolvimento é interrompido. Estas vítimas apresentam, muitas vezes, uma visão perturbada de partes específicas do seu corpo, ou da generalidade do mesmo, resultando em insatisfação, sentimentos de vergonha e repugnância (Finkelhor & Browne, 1986, citado por Bailey, 2000; Swanston, 1999). Estes sentimentos para com o corpo são observáveis no nosso estudo através das respostas dadas pelas adolescentes ao Questionário de Imagem do corpo. Neste questionário, as adolescentes pontuaram a maioria dos itens como negativos e classificaram o seu corpo como sujo, vazio, frio, indiferente, feio, nervoso, não energético, preso e algo socialmente não desejado, fonte de desprazer e algo para se esconder. Esta classificação do corpo por parte destas adolescentes poderá revelar e associar-se à existência de afectos instáveis, frieza e demonstrar raiva e nervosismo. De acordo com Ogden e Evans (1996, citado por Almeida et. al., 2002) o grau de satisfação com a imagem do corpo e os sentimentos que uma pessoa tem sobre o mesmo são proporcionais aos sentimentos que nutre sobre ela própria. Desta forma, estes resultados poderão sugerir que estas adolescentes têm uma imagem de si desfavorável e vivem uma sensação de invasão da sua intimidade, onde ocorreu a perda de integridade corporal. Este questionário, ainda nos dá informações sobre a forma como as mesmas percebem e delimitem os limites do seu corpo e o mundo externo. Verificando-se que estas jovens fazem-no de forma negativa, sugerindo pouca receptividade a experiências corporais de ordem sensorial, sensual e estética. Os resultados obtidos no questionário sugerem que existe uma desvalorização gradual do corpo e dos aspectos funcionais, higiénicos e estéticos do mesmo, tal como das suas propriedades dinâmicas.

Embora, esperasse encontrar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos estudados, este facto não ocorreu, apresentando, as adolescentes vítimas de Negligência resultados idênticos às adolescentes vítimas de abuso sexual na maioria dos itens do questionário, com excepção ao item "Feminino/Masculino", "Frio/Quente" e "Vazio/Cheio", onde as adolescentes vítimas de abuso apresentam níveis mais baixos e desfavoráveis. Assim, parece-nos que estas caracterizam o seu corpo como algo insensível, reservado, apático e desagradável, de uma forma mais negativa do que as adolescentes vítimas de negligência. Para além das perturbações na imagem do corpo,

a literatura tem verificado a existência de outras patologias que acentuam o risco para o desenvolvimento de perturbações como sentimentos de inadequação, dificuldades na intimidade, baixa auto-estima, respostas dissociativas e a incerteza sobre a feminilidade (Bailey, 2000). O último item (“Vazio/Cheio”) foi pontuado de forma mais negativa pelas adolescentes vítimas de negligência, demonstrando que estas caracterizam o seu corpo de forma mais fútil e esvaziado.

O facto de não ter encontrado diferenças estatisticamente significativas poderá ser explicado devido à multiplicidade, complexidade e heterogeneidade que caracterizam o fenómeno dos maus tratos infantis, revelando-se impossível abranger a totalidade das questões associadas ao mesmo e controlar as variáveis. Mas também, devido ao facto de a negligência, de acordo com a literatura, ser um tipo de maus tratos que, indirectamente, se está associada ao corpo, pois, as necessidades básicas do mesmo e emocionais são negadas. Uma outra explicação poderá relacionar-se com o facto de poucas vezes se observar um único tipo de maus tratos contra as crianças. Neste sentido, crianças vítimas de abuso sexual são, conseqüentemente, vítimas de negligência. É importante, ainda, lembrar que ambos os grupos da nossa amostra são provenientes de instituições de acolhimento temporário. Neste sentido, convém apontar que a própria colocação em meio institucional poderá ter encetado alguns factores de risco acrescido e conduzir a alterações na imagem corporal das adolescentes e na forma como estas se relacionam com os outros.

Apesar de não termos encontrado muitas diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos, foi encontrado um resultado interessante. Na análise dos factores que constituem o QIC o grupo de vítimas de abuso pontuou de forma mais positiva o factor Tenso/Sereno, sugerindo que estas adolescentes são, tendencialmente, mais agitadas, irritadas, impacientes e frustradas, devido à impossibilidade de descarga das suas pulsões e tensões. O abuso sexual é um fenómeno que poderá produzir na criança muita ansiedade, e quando ocorre dentro da própria habitação conduz a um ambiente onde predomina os sentimentos de medo e de desamparo e leva a criança a sentir culpa pelo abuso (Finkelhor, 1979, citado por Bailey, 2000), impossibilitando as descargas das pulsões.

Entre os grupos de vítimas de violência (GVASI e GVN) e o grupo de não vítimas de violência foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, quer nos vários itens como nos factores que constituem o questionário. Os resultados revelam que as adolescentes vítimas de Abuso sexual infantil e de Negligência têm níveis mais baixos de satisfação com o corpo e uma imagem de si mais desfavorável, pontuando de forma mais negativa os itens do mesmo e os factores que o constituem. Estes dados estão de acordo com os resultados encontrados por outros autores, nomeadamente, Waller, Hamilton, Rose, Sumara e Baldwin (1993, citado por Swanston, 1999), Finkelhor e Browne (1986, citado por Bailey, 2000) e Swanston (1999). No entanto, existem autores que defendem que a natureza da violência é mais importante para a definição das diferenças nos resultados encontrados na insatisfação da imagem corporal, principalmente, ao nível dos abusos sexuais, apontando a literatura para um conjunto complexo de interacções

entre factores que influenciam o impacto dos abusos sexual nas vítimas. Assim, ao longo desta investigação procuramos controlar algumas variáveis, com o objectivo de captar a complexidade dos vários constructos. Entre os factores que a literatura aponta como possíveis variáveis que podem minimizar ou exacerbar o risco de desenvolver problemas psicológicos e comportamentais, na nossa investigação, apenas a convivência entre o agressor- vítima e o tipo de violência utilizado para manter o segredo parecem influenciar as respostas das adolescentes aos itens e conseqüentemente, a sua imagem do corpo. No entanto, esta influência não ocorre em todos os itens do questionário, sendo apenas visível no factor Tenso/Sereno. As respostas ao mesmo parecem estar de acordo com a literatura, encontrando-se um grau de tensão menor entre as crianças que não viviam com o agressor, comparativamente, com as crianças que coabitavam a mesma casa de o abusador. Verificou-se, também, que as adolescentes que foram vítimas de coerção psicológica, nomeadamente, chantagem e ameaças, apresentam níveis mais elevados de tensão. De acordo com Kinzl e Biebl (1992, citado por Bailey, 2000) este tipo de violência conduz a uma maior dificuldade na resolução do trauma do abuso e a sentimentos de culpa (MacFarlane, 1983, citado por Bailey, 2000). Neste sentido, verificamos que, na nossa amostra, a idade de início do abuso, duração da violência e o grau de parentesco entre agressor não influenciam a forma como as adolescentes percebem o seu corpo.

2. Problemas comportamentais

Os problemas comportamentais caracterizam-se por comportamentos padronizados anti-sociais, agressivos e/ou desafiantes, de violação de regras sociais que causam prejuízos no funcionamento social. O termo anti-social tem sido utilizado comumente como característica de vários transtornos, nomeadamente, problemas de externalização, perturbação de conduta, Perturbação de Deficit de Atenção e Hiperactividade (Pacheco, 2004). Contudo, o uso do conceito de comportamento anti-social não implica o estabelecimento de um único diagnóstico clínico, mas pode descrever um padrão comportamental.

Neste sentido, a investigação sugere a existência de relações entre a experiência de ASI e estes, como a hostilidade, raiva e agressão (Alessandri, 1991, Briere & Elliott, 1994, citados por Beltran, 2006) e sintomas característicos da perturbação anti-social. Estes problemas de comportamento foram avaliados no nosso estudo através do questionário YSR, verificando-se que os resultados encontrados estão de acordo com a literatura sobre o tema. Assim, observamos que as adolescentes vítimas de abuso sexual apresentam uma média mais elevada de problemas de comportamento. Contudo, tal como alguns autores sugerem, não foram encontradas diferenças significativas entre vítimas de abuso sexual e vítimas de outros tipos de violência (Finkelhor, 1993, citado por Swanston, 1999), verificando-se que ambos os grupos de vítimas de violência apresentam problemas comportamentais. Observa-se na literatura vários estudos que verificam a prevalência dos problemas de comportamento nas vítimas de violência, afirmando que estas apresentam mais problemas do que as não vítimas. Os nossos

resultados não sustentem esta ideia, sendo os dados das adolescentes vítimas de violência idênticos aos encontrados para os seus pares não vítimas, com exceção da escala de Ansiedade/Depressão. Estes sugerem que as adolescentes a que lhes foram negadas as necessidades básicas apresentam níveis mais elevados de ansiedade e depressão, encontrando-se em concordância com os dados encontrados na literatura, que sugerem que a negligência parental encontram-se associada a um aumento do risco para depressão em adultos jovens (Widom, 2007; McCauley, Mccauley, Kern, Kolodner, Dill, Schroeder, Dechant, Ryden, Derogatis & Bass, 1997, citado por Nunes, Abreu, Hirata, Nunes, Franco & Barbosa, 2005).

Também, tem sido documentado a existência de relações significativas entre os problemas comportamentais e a tipologia dos abusos, a idade da criança, a divulgação e a relação entre o agressor (Black, Dubowitz & Harrington, 1994, Kumar, Deblinger & Steer, 1996, citado por Swanston, 1999). No presente estudo, apenas encontramos relações significativas entre o tipo de violência sofrido como forma de perpetrar o abuso e a escala de Isolamento social. Assim, as crianças vítimas de violência física tendem a um maior isolamento social. Esta relação parece relacionar-se com as consequências psicológicas que a violência física acarreta para as vítimas, destacando-se o auto-conceito negativo e baixa auto-estima, conduzindo a dificuldades de relacionamento interpessoal e ao isolamento social progressivo.

A variável anos de abuso mostrou uma correlação positiva com as queixas somáticas, sugerindo que o abuso perpetrado de forma mais frequente pode conduzir ao desenvolvimento de sintomatologia somática (Briere & Conte, 1993, Friedrich, Urguiza, & Beilke, 1986, Young, 1992, citados por Bailey, 2000). Esta sintomatologia parece ser agravada pela relação de parentesco entre a vítima e o agressor. A literatura sugere que as experiências abusivas onde existe uma relação de intimidade e confiança entre o agressor e a vítima são mais traumatizantes (Bailey, 2000; Beltran, 2006). O nosso estudo parece sustentar essa ideia, pois a variável parentesco encontra-se correlacionada positivamente com as variáveis problemas de atenção, ansiedade, problemas emocionais e problemas anti-sociais. Assim, verificamos que o aumento da intimidade entre o abusador e a vítima pode desempenhar um papel importante no tipo e severidade da psicopatologia apresentada posteriormente pela adolescente (Finkelhor & Browne, 1986, Demitrack, Putnam, Brewerton, Brandt & Gold, 1990, Giolas & Sanders, 1991 in Bailey, 2000).

Relativamente à relação entre abusos sexuais e imagem do corpo, Finkel (1996) afirmou que as experiências de abuso sexual modificam a imagem do corpo e conduzem a comportamentos anti-sociais e agressivos. No entanto, no nosso estudo, a análise da relação entre as respostas dadas ao questionário sobre imagem do corpo e os valores encontrados no YSR não revelou qualquer associação significativa entre as variáveis. Apenas foi encontrada relação significativa entre as variáveis nos grupos de Negligência e Não vítimas. Nestes dois grupos foram encontradas correlações interessantes. Assim, observou-se a existência de correlações negativas fortes entre o factor Fechamento/Acessibilidade, do Questionário sobre a imagem do corpo, e o

factor Anti-social do YSR, Problemas de Atenção e Problemas de Externalização. Estes dados sugerem que quando as adolescentes percebem e delimitem os limites entre o seu corpo e o mundo exterior de forma mais favorável e tornam-se mais disponíveis à receptividade a experiências ao nível sensorial, sensual e estética, os comportamentos anti-sociais tendem a diminuir, ou seja, ocorre uma diminuição dos comportamentos que infrinja regras sociais e/ou comportamento agressivo, de desobediência, oposição, temperamento exaltado, baixo controlo dos impulsos entre outros. Alguns autores afirma que o comportamento anti-social reflecte a forma com os indivíduos percebem o mundo que os rodeia, utilizando os comportamentos eversivos para moldar e manipular o ambiente, podendo ser a principal forma de interagir e relacionar com outras pessoas, assim, quando ocorre uma modificação na forma como estes percebem o seu corpo e o mundo à sua volta os comportamentos tendem a diminuir (Pacheco, 2004).

No grupo de não vítimas, no nosso estudo, encontramos correlações entre o facto Passividade/Actividade e as escalas de Comportamento Anti-social, Queixas somáticas e Problemas de Pensamento. Verificaram-se também correlações negativas estatisticamente significativas entre os resultados obtidos no factor Satisfação/Insatisfação e a escala de Isolamento Social e a Síndrome de Externalização. A nossa sociedade vive da imagem e da aparência, onde a beleza e a juventude são tomadas como ambições, existindo uma busca “perfeita” do corpo. A imagem do corpo é de tal forma importante na sociedade contemporânea que não basta gostar do que se vê, mas é conveniente que seja uma imagem aprazível ao olhar dos outros, o que leva as adolescentes, na maioria das vezes, a acreditar que, para ser aceito pelos outros, é preciso que a sua imagem do corpo esteja de acordo com os padrões estabelecidos (Andrade & Bosi, 2003; Conti, Frutuoso, Gambardella, 2005, citado por Martins, Nunes & Noronha, 2008), podendo conduzir a estados de ansiedade e depressão. Contudo, quando estas tendem a ver o seu corpo como resistente, forte, saudável e energético, os níveis de isolamento social tendem a baixar, ou seja, ocorre um aumento dos relacionamentos significativos e satisfatórios, tal como da qualidade destes. Verifica-se, também, que estas mudanças na forma de descrever o corpo diminuem ainda os problemas de saúde física sem causa médica aparente. Estes comportamentos (anti-sociais, Queixas somáticas e Problemas de pensamento) poderão estar associados a outras perturbações, nomeadamente, perturbações emocionais (depressão e ansiedade), que poderão associar-se à insatisfação com o próprio corpo.

É ainda importante relembrar que embora os resultados encontrados ao longo deste estudo serem consistentes com os dados documentados na literatura, estes não podem ser considerados representativos da população em estudo, uma vez que o número de sujeitos da nossa amostra não nos permite fazer inferências estatísticas.

V. Considerações finais

Este capítulo, tendo em conta os objectivos delineados e as hipóteses formuladas, será dedicado às conclusões provenientes do nosso estudo. As conclusões relativas à imagem do corpo e os resultados obtidos no questionário de Auto-Avaliação para jovens serão apresentadas através da verificação das hipóteses formuladas inicialmente.

H1. Existem diferenças significativas ao nível das respostas dadas ao questionário QIC entre adolescentes vítimas de abuso sexual infantil e adolescentes vítimas de negligência.

A hipótese apenas foi confirmada para os itens “Feminino/Masculino”, “Vazio/Cheio” e “Frio/Quente” do questionário sobre Imagem do Corpo. Nos itens “Feminino/Masculino” e “Frio/Quente” as adolescentes Vítimas de Abuso Sexual possuem valores mais baixos, e conseqüentemente, mais próximos dos elementos negativos de cada par.

Nos restantes itens verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas na forma como as adolescentes dos dois grupos percebem o seu corpo.

Ao nível dos factores que constituem o questionário, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas no factor “Tenso/Sereno”, onde o grupo vítimas de Negligência apresenta resultados inferiores ao Grupo das vítimas de Abuso sexual.

H2. As adolescentes vítimas de negligência tem uma percepção da imagem do corpo mais positiva, quando comparada à imagem corporal das adolescentes vítimas de abuso sexual.

Esta hipótese não foi confirmada, pois não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, apresentando ambos os grupos de adolescentes níveis de satisfação da imagem do corpo positivos.

H3. Existem diferenças significativas ao nível da percepção da imagem do corpo entre adolescentes vítimas de abuso sexual infantil e adolescentes não vítimas de violência.

A hipótese formulada foi confirmada de forma parcial, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas na maioria dos itens do QIC e nos factores Fechamento/ Acessibilidade e Insatisfação/Satisfação do mesmo. Estes resultados sugerem que as adolescentes vítimas de abuso sexual apresentem níveis inferiores de percepção corporal quando comparadas com não vítimas de violência.

H4. Existem diferenças significativas ao nível da percepção da imagem do corpo entre adolescentes vítimas de Negligência e adolescentes não vítimas de violência.

Esta hipótese foi confirmada parcialmente, ao encontramos diferenças estatisticamente significativas na maioria dos itens que constituem o questionário sobre imagem do corpo, tendo sido, também, encontradas diferenças estatisticamente significativas em três dos quatro factores que o constituem (Fechamento/Acessibilidade, Insatisfação/Satisfação e Tenso/ Sereno). As adolescentes vítimas de negligência apresentam respostas mais desfavoráveis em relação ao seu corpo comparativamente com não vítimas de violência.

H5. A percepção da imagem do corpo difere significativamente em função do grau de parentesco entre o abusador e a vítima de abuso sexual infantil.

A terceira hipótese não foi confirmada através dos nossos resultados.

Verificamos que o grau de parentesco entre o agressor e a vítima parece não influenciar a forma como estas percebem o seu corpo e respondem ao questionário.

H6. A percepção com a imagem do corpo difere significativamente em função da frequência do abuso.

A hipótese não foi confirmada. Os resultados encontrados no nosso estudo sugerem que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as vítimas de abuso, independentemente da frequência deste.

H7. Os problemas comportamentais diferem significativamente entre adolescentes vítimas de abuso sexual infantil e adolescentes vítimas de negligência.

A hipótese foi refutada. Quando comparadas as médias obtidas por ambos os grupos no questionário YSR, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos das jovens que foram vítimas de abuso sexual e as adolescentes que foram vítimas de negligência.

H8. Os problemas comportamentais diferem significativamente em função do grau de parentesco entre o abusador e a vítima de abuso sexual infantil.

A hipótese formulada não foi confirmada totalmente pelos nossos resultados, pois, não encontramos diferenças estatisticamente significativas, nas várias escalas do YSR, entre as adolescentes vítimas de abuso sexual, de acordo com a variável grau de parentesco entre agressor-vítima. Contudo, foi encontrada uma correlação positiva entre esta variável e algumas escalas do YSR, nomeadamente, Problemas de Atenção, Ansiedade, Queixas somáticas, problemas Emocionais e Problemas Anti-sociais.

H9. Existe relação entre a imagem do corpo e/ou algumas das suas dimensões

e algumas perturbações do comportamento em adolescentes vítimas de abuso sexual e nas vítimas de Negligência. Esta relação é significativamente diferente entre adolescentes vítimas de abuso sexual e adolescentes vítimas de negligência?

Esta hipótese foi confirmada apenas para o grupo de Vítimas de Negligência. Neste grupo verificou-se a existência de correlações negativas fortes entre o factor Fechamento/Acessibilidade e a escala Anti-social, de Problemas de Atenção/Hiperactividade e a síndrome de Problemas de Externalização.

No entanto, não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre os factores do QIC e as escalas do YSR no grupo de vítimas de abuso.

Estes resultados permitem concluir que as adolescentes vítimas de Negligência parental e de abuso sexual infantil apresentam uma imagem do corpo idêntica entre elas, sendo esta negativa. Estas classificam-se de forma muito negativa, expressando sentimentos de repungância em relação ao seu corpo e a si mesma.

Embora, se tenha tentado controlar algumas variáveis relativas ao abuso nem sempre foi possível, verificando-se através dos resultados que as mesmas não influenciam a percepção da imagem do corpo nem os problemas comportamentais das adolescentes. Apenas a relação entre abusador e vítima parece influenciar os estados de ansiedade das mesmas.

Em suma, as adolescentes vítimas de Negligência e de ASI apresentam níveis de insatisfação com a imagem do corpo maiores do que as adolescentes não vítimas. Assim, parece-me importante reflectirmos acerca das consequências destes tipo de comportamentos no desenvolvimento infantil, porque embora estes resultados não expressem a realidade do problema, sugerem que a violência contra crianças e adolescentes constitui um factor de risco e altera a imagem do corpo das mesmas, nomeadamente, ao nível da serenidade e ansiedade. É ainda importante referir que a imagem do corpo, não é apenas alterada pelas experiências infantis, mas também, pelos padrões culturais existentes, assim, estas adolescentes, para além de serem influenciadas pelas experiências de violência são também influenciadas pela sociedade em si, podendo conduzir a estados de patologias complicados.

Uma outra conclusão possível de se retirar desta investigação, embora, não seja expressa em nenhum resultado, é que existe ainda, um grande preconceito e vergonha em relação à temática da violência contra crianças. Retira-se esta conclusão da pouca adesão das instituições à investigação e da desistência das mesmas ao longo desta.

Seria importante que a sociedade percebesse a importância de estudos nesta área, e contribuisse de forma mais activa para a realização das mesmas.

Assim, deixamos aqui a nossa modesta contribuição, com a certeza que muito há a fazer neste campo de investigação e esperando que se chegue a mais conclusões sobre o tema.

Terminada a investigação e fazendo o balanço de todo o processo desenvolvido,

identificamos a existência de algumas limitações do presente estudo empírico. Em primeiro lugar, o reduzido número de participantes compromete o nível de significância estatística dos dados e, portanto, uma compreensão robusta e conclusiva da sua discussão.

Além disso, a inexistência de uma linha de avaliação sobre a sua a própria institucionalização e as intervenções a que as adolescentes foram e/ou são sujeitas, dificulta o estudo do impacto da violência intra-familiar nos indivíduos. Neste sentido, torna-se difícil perceber se os resultados obtidos estão relacionados com a própria violência a que as adolescentes foram sujeitas na infância ou se, poderão, também, relacionar-se com processos (in)adaptativos da institucionalização.

Uma outra limitação a apontar prende-se com a complexidade do tema em si, e da dificuldade em controlar todas as variáveis em análise, nomeadamente, variáveis parasitas que poderão influenciar substancialmente os resultados obtidos.

Em termos metodológicos, parece-nos importante referir que o facto do questionário utilizado para avaliar a imagem do corpo, não estar aferido para a população portuguesa, impossibilita-nos de ter scores populacionais. Ainda, parece-nos que o estudo ficaria mais completo se tivéssemos utilizado medidas perceptivas e subjectivas em simultâneo para avaliar a imagem do corpo das adolescentes em estudo. Este facto iríamos permitir obter robustez na discussão dos resultados e, por outro, detectar possíveis pontos frágeis aquando da comparação dessas metodologias.

Após a conclusão destes trabalho e a experiência que este nos proporcionou, algumas questões se poderão colocar, e de modo a perspectivar orientações futuras, consideramos importante realizar algumas sugestões para a elaboração de futuros trabalhos que relacionam a percepção da imagem do corpo, violência intra-familiar e problemas comportamentais:

Neste sentido, sugerimos que futuramente, a investigação continue na mesma linha, mas que seja alargada substancialmente a amostra, a fim de se poderem utilizar testes estatísticos mais potentes, garantindo a sua validade matemática e para que os resultados possam ser considerados representativos da população. Poderia tornar-se, também, interessante, alargar este tipo de investigação à população do sexo masculino, com o objectivo de expandir o conhecimento sobre estas problemáticas. A maior parte da investigação sobre a temática dos abusos sexuais e a influência destes sobre a imagem do corpo tem-se realizado na população feminina, assim, parece-nos pertinente alargar a investigação e realizar estudos comparativos entre as duas populações, de forma a alargar o conhecimento sobre os mecanismos reguladores e influenciadores da imagem do corpo, nomeadamente ao nível da percepção e da satisfação.

Consideramos, ainda pertinente tornar os estudos sobre a imagem do corpo extensivos a outros tipos de maus-tratos e violência infantil, nomeadamente, à violência física. Este tipo de mau trato é direccionado ao corpo, sendo interessante analisar a forma como estes adolescentes desenvolvem a sua imagem do corpo e a percepcionam. Esta extensão iria permitir estender as conclusões e estabelecer comparações entre as diversas tipologias de maus tratos infantis.

Parece-nos ainda interessante e pertinente, realizar um estudo que continue na mesma linha mas que seja realizado com crianças, nomeadamente, dos 5 aos 10 anos. Com este tipo de população seria, também, interessante estudar a imagem do corpo recorrendo a métodos projectivos, nomeadamente, ao teste do desenho da figura humana.

Para um estudo futuro, sugerimos que sejam utilizados instrumentos que avaliam a componente perceptiva da Imagem do corpo, de forma a aumentar o conhecimento sobre a temática.

Este trabalho constituiu para a autora um desafio que culminou com resultados gratificantes, mas que igualmente levou à abertura a uma área de intervenção não isenta de obstáculos e dificuldades.

Referências Bibliográficas

Adami, F., Fernandes, C. T., Frainer, S. E. D., & Oliveira, R. F. (2005). Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na educação física. **Lecturas: EFy Deportes Revista Digital**, 10 (83). [On-line]. Acedida a 13 de Fevereiro de 2010. Disponível em: <http://www.efdeportes.com>

Afonso, L. a. (2008). **O deficiente motor: actividade física, conceito de corpo e imagem corporal: um estudo em praticantes e não praticantes de basquetebol de cadeira de rodas**. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto: Porto. [On-line]. Acedida a 13 de Fevereiro de 2010. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/14238>

Alagia, R. (1999). **Contextualizing Maternal Response to Intrafamilial Child Sexual Abuse: an Exploratory Study**. Dissertação de Doutoramento, University of Toronto, Toronto. [On-line]. Acedido a 12 de Março de 2009. Disponível em: <https://www.tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/12775/1/NQ45810.pdf>

Almeida, A. C. E. P. (2003). **Abuso sexual de crianças: Crenças sociais e discursos da Psicologia**. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho. [on-line]. Acedido a 10 de Dezembro de 2008. Disponível: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3197/1/Tese%20mestrado%20Catarina%20Almeida.pdf>

Almeida, A. N., André, I. M. & Almeida, H. N. (1999). Sombras e marcas: os maus tratos às crianças na família. **Análise Social**, (34), 91-121. [On-line]. Acedido a 7 de Março de 2009. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218798695T1vKY9iv7Ce08NU0.pdf>

Almeida, G. A. N., Loureiro, S. R. & Santos, J. E. (2002). A Imagem Corporal de Mulheres Morbidamente Obesas Avaliada através do Desenho da Figura Humana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 15(2), 283-292. [On-line]. Acedido a 5 de Maio de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n2/14352.pdf>

Altman, D. R. (2005). **The effects of childhood sexual abuse on adult male attachments in close relationships**. Dissertação de Doutoramento Texas A&M University, Estados Unidos da América. [On-line]. Acedido a 13 de Março de 2009. Disponível em: <http://txspace.tamu.edu/handle/1969.1/4286>

Alvarenga, F. (2006). **Relatório anual da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em 2006**. Lisboa: Instituto da Segurança Social. [On-line]. Acedido a 13 de Março de 2009. Disponível em: <http://www.cnpcjr.pt/downloads/Relat%C3%B3rio%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Actividade%20das%20CPCJ%20-%202006.pdf>

Alves, C. M., Batista, L. D. & Martins, P. S. F. (2005). Prática psicológica em um lar de amparo às vítimas de maus tratos. **Revista da Sociedade de Psicologia**

do Triângulo Mineiro, 9 (1), 95 -101. [On-line]. Acedido a 9 de Dezembro de 2008. Disponível em: http://www.sptm.triang.net/revista/rev9_1/art12_9_1.pdf

Amazarray, M. R. & Koller, S. H., (1998). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso Sexual. **Psicologia Reflexão Crítica** 3 (11), 559-578. [online]. Acedido a 26 de Novembro de 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000300014

American Psychiatric Association (2002). **DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais** 4ª Edição. Coimbra: Climepsi Editora.

Anastácio, Z. C. & Carvalho, G. S. (2006). **Saúde na adolescência: satisfação com a imagem corporal e a auto-estima**. [on-line]. Acedido a 8 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5770>

Andrews, B. (1995). Bodily shame as a mediator between abusive experiences and depression. **Journal of abnormal psychology** (104), 277-285. [On-line]. Acedido a 10 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsi dt=3510216>

Antunes, C. I. L. (2005). **A narratividade em jovens vítimas de maus tratos na infância: estudo exploratório**. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto. [On-line]. Acedido a 6 de Janeiro de 2010. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10530>

Araújo, M. M. B. (2006). **Abuso e Exploração Sexual Infanto-juvenil Feminina e as Respostas do Poder Público e da Sociedade Civil em João Pessoa**. Dissertação de Doutoramento. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. [on-line]. Acedido a 10 de Dezembro de 2008. Disponível em: www.cipedya.com/web/FileDetails.aspx?IDFile=161719

Arreguy, M. E. (2008). A percepção corporal no paradigma da mente encarnada. **Fractal Revista de Psicologia**, 1 (20), 183-194. [On-line]. Acedido a 5 de Dezembro de 2008. Disponível em: www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/viewFile/34/20

Ayensa, J. I. B. (2003). ¿Qué es la imagen corporal?. **Cuadernos del Marqués de San Adrián: revista de humanidades**, 2, 53-70. [On-line]. Acedido a 8 de Janeiro de 2009. Disponível em: http://www.uned.es/ca-tudela/revista2/n002/baile_ayensa.htm

Azevedo, M. C. & Maia, A. C. (2006). **Maus tratos e rendimento académico num meio socioeconómico desfavorecido. Infância e juventude**. [On-line]. Acedido a 10 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5822/1/Maus%20tratos%20e%20rendimento%20académico.pdf>

Baggio, L. Palazzo, L. & Aets, D. R. G. C. (2009). Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**. 25 (1),

142-150. [On-line]. Acedido a 14 de Janeiro de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/15.pdf>

Bailey, P. M. (2000). **An Examination of the Relationship between Childhood Sexual Abuse, Dissociation, and Eating Disorders**. Dissertação de Doutorado. West Virginia University, Morgantown. Estados Unidos da América. [On-line]. Acedido a 14 de Fevereiro de 2009. Disponível em: http://wvusolar.wvu.edu:8881/exlibris/dtl/d3_1/apache_media/4822.pdf

Barbosa, H., (2001). **Perspectiva familiar, social e económica: Origens, causas, prevenção e atendimento no Brasil**. Mimeo. [On-line]. Acedido a 26 de Novembro de 2008. Disponível em http://www.violenciasexual.org.br/textos/PDF/perspectiva_familiar_barbosa.pdf

Barlow, D. H. (2008). **Clinical Handbook of Psychological disorders: a step by step treatment manual**. (4ª Edição). New York: Guilford Press [On-line]. Acedido a 4 de Maio de 2009. Disponível em: <http://books.google.pt/books?id=JSfnCPIEFygC&printsec=frontcover&dq=Clinical+Handbook+of+Psychological+disorders:+a+step+by+step+treatment+manua&ei=twzWS46xDI-GzgSTo4G1CQ&cd=1#v=onepage&q&f=false>

Barros, D. D.(2005). Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, 12 (2) 547-54. [on-line]. Acedido a 8 de Dezembro de 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702005000200020&script=sci_pdf&tlng=pt

Beltran, N. P., (2006). **Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores**. Dissertação de Doutorado. Universitat de Barcelona. Barcelona. [On-line]. Acedido a 25 de Março de 2009. Disponível em: <http://www.tdx.cesca.es/TDX-0810106-185530/>

Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). **As mil faces da adolescência**. Lisboa: Climepsi Editores.

Brino, R. F. & Williams, L. C. A., (2003). Capacitação do educador acerca do abuso sexual infantil. **Interação em Psicologia**, 7 (2), 1-10 [On-line]. Acedido a 21 de Janeiro de 2009. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewFile/3218/2580>

Bruchon-Schweitzer, M. (1986-1987). L'image du corps de 10 a 40 ans; quelques facettes de cette image d'apres le questionnaire QIC. **Bulletin de Psychologie**, XL, 893-907.

Calheiros, M. & Monteiro, M. B. (2000). Mau trato e negligência parental - Contributos para a definição social dos conceitos. **Sociologia, problemas e práticas**, 34, 145-176. [On-line]. Acedido a 3 de Fevereiro de 2010. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/spp/n34/n34a06.pdf>

Camões, C., (2005). Violência sexual em menores. **Psicologia.com.pt - O Portal dos Psicólogos**. [On-line]. Acedido a 8 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0245.pdf>

Campagna, V. N. & Souza, A. S. L. (2006). Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. **Bol. psicol**, 56 (124), 9-35. [On-line]. Acedido a 22 de Novembro de 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/bolpsi/v56n124/v56n124a03.pdf>

Campana, A. N. N. B. (2007). **Tradução, adaptação transcultural e validação do “body image avoidance questionnaire (BIAQ)” e do “body checking questionnaire (BCQ)” para a língua portuguesa no Brasil**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas [On-line]. Acedido a 5 de Janeiro de 2009. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000425158>

Caposella, A. (2006). Effects of Social Class and Body image on self- Esteem. **Journal of Undergraduate Psychological Research**, 3, 52- 57. [On-line]. Acedido a 23 de Fevereiro de 2010. Disponível em: <http://library.wcsu.edu/dspace/bitstream/0/458/1/caposella.pdf>

Cardoso, P., Rodrigues, C. & Vilar, (2004). Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. **Análise Psicológica**, 4 (22), 667-675. [On-line]. Acedido a 6 de Janeiro de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n4/v22n4a02.pdf>

Carvalho, A. M. P., Cataneo C., Galindo E. M. C., Malfará C.T. (2005). Auto conceito e imagem corporal em crianças obesas. **Paidéia**.15 [On-line]. Acedido a 5 de DEzembro de 2008. Disponível em: http://www.btdt.ufpe.br/tedeSimplificado//tde_arquivos/53/TDE-2008-05-26T113612Z-4057/Publico/SQS.pdf

Cash, T. F. & Pruzinsky, T. (1999). **Body Images- Development, Deviance and Changes**. New York: Guilford Press

Castelo-Branco, M. C. A. S. H. (2006). **Corpo, auto-eficácia e capacidade laboral: na senda do bem-estar docente**. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Aveiro: Aveiro. [On-line]. Acedida a 13 de Fevereiro de 2010. Disponível em: <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2007000232>

Chu, J. A., Lisa, M. F., Gazel, B. L. & Matthews, J. A. (1999). Memories of Childhood Abuse: Dissociation, Amnesia and Corroboratio. **Am J Psychiatry** 156, 749–755. [On-line]. Acedido a 19 de Março de 2009. Disponível em: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/156/5/749>

Coelho, E. N. & Fagundes, T. F. (2007). Imagem corporal de mulheres de diferentes classes económicas. **Motriz, Rio Claro**, 2 (13), 37-43. [On-line]. Acedido a 4 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://cecemca.rc.unesp.br/ojs/index.php/motriz/article/viewFile/817/754>

Coles, J. Y. (2006). **Breastfeeding and Maternal Touch after Childhood Sexual Assault**. Dissertação de Doutorado. University of Melbourne, Austrália. [On-line]. Acedido a 14 de Janeiro de 2009. Disponível em: <http://app2.lib.unimelb.edu.au:8000/10187/1720>

Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (2000). **Relatório de Actividades de 1999 Plano de acção para 2000**. Ministério do Trabalho e Solidariedade. Instituto para o Desenvolvimento Social. [On-line]. Acedido a 5 de Janeiro de 2009. Disponível em: <http://www.cnpcjr.pt/left.asp?02.04.03>

Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (2003). **Avaliação da actividade das comissões de protecção De crianças e jovens em 2003**. Ministério do Trabalho e Solidariedade. Instituto para o Desenvolvimento Social [On-line]. Acedido a 5 de Janeiro de 2009. Disponível em: <http://www.cnpcjr.pt/left.asp?02.04.06>

Costa, A. C. (2008). Proposta de intervenção Corporal no tratamento de distúrbios de imagem corporal nos transtornos alimentares. In: Encontro paranaense, congresso brasileiro, convenção brasil/latino-américa, 13 (2). **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, Acedido a 8 de Maio de 2009. Disponível em: www.centroreichiano.com.br.

Cunha, M. J. (2004) **A Imagem corporal. Uma abordagem sociologia à importância do corpo e da magreza para as adolescentes**. Azeitão: Autonomia 27

Damasceno, V. O., Lima, J. R. P., Vianna, J. M., Vianna, V. R. Á. & Novaes, J. S. (2005). Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. **Revista Brasileira Medicina Esporte**. 3 (11), 181-186. [On-line]. Acedido a 28 de Janeiro de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v11n3/a06v11n3.pdf>

Day, V. P., Telles, L. E. B., Zoratto, P. H., Azambuja, M. R. F., Machado, D. A., Silveira, M. B., Debiaggi, M., Reis, M. G., Cardoso, R. G. & Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas manifestações. **Revista de Psiquiatria**, 25 (1), 9-21. [On-line]. Acedido a 10 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1.pdf>

Dell'Aglio, D. D., Koller, S. M. & Yunes, M. A. M. (2006). **Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à protecção**. Casa do Psicólogo. [On-line]. Acedido a 8 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=01RSAY6gA0sC&printsec=frontcover&dq=resiliência>

Dimov, T. (2006). **Irmãos de Crianças autistas: problemas de Comportamento, Competência social e Relacionamento intra e extra familiares**. Dissertação de Mestrado. Universidade federal de São Carlos. [On-line]. Acedido a 5 de Fevereiro de 2009. Disponível em: http://biblioteca.universia.net/html_bura/verColeccion/params/id/2752/start/780.html

Dods, V. (2003). **Fracturing the facade: Exploring the impact of childhood**

sexual abuse. Dissertação de Doutorado. Deakin University, Burwood, Victoria Austrália. [On-line]. Acedido a 20 de Janeiro de 2008. Disponível em: <http://tux.lib.deakin.edu.au/adt-VDU/public/adt-VDU20050722.150048/>

Drezett, J., Caballero, M., Juliano, Y., Prieto, E. T., Marques, J. A. & Fernandes, C. E. (2001). Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **Jornal de Pediatria**, 5 (77). [On-line]. Acedido a 2 de Dezembro de 2008. Disponível em: www.scielo.br/pdf/jped/v77n5/v77n5a13.pdf

Duque, A. F. & Neves, P. G. (2004). Auto-mutilação em meio prisional: Avaliação das perturbações da personalidade. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 5 (2), 215-227. [On-line]. Acedido a 24 de Março de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v5n2/v5n2a06.pdf>

Encheburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2000). **Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores: un enfoque clínico.** Barcelona: Ariel

Faleiros, V. P. (1998). A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário. In M. F. P. Leal & M. A. César (Org.). **Indicadores de Violência Intra-Familiar e Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes - Relatório Final da Oficina.** Brasília: Centro de Referência, Estudos e Ações Sobre Crianças e Adolescentes. [On-line]. Acedido a 7 de Março de 2009. Disponível em: http://www.cecria.org.br/pub/livro_indicadores_publicacoes.pdf

Feather, J. S. (2007). **Trauma- Focused Cognitive Behavioral Therapy for Abused Children with Posttraumatic Stress Disorder: Development and Evaluation of a Manualised Treatment Programme.** Dissertação de Doutorado. Massey University, Albany. Nova Zelândia [On-line]. Acedido a 4 de Janeiro de 2009. Disponível em: <http://muir.massey.ac.nz/bitstream/10179/535/1/02whole.pdf>

Fernandes, A. E. R. (2007). **Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. [On-line]. Acedido a 12 de Maio de 2009. Disponível em: http://www.agencia.fapesp.br/arquivos/dissertacao_ufmg.pdf

Ferreira, M. C. & Leite, N. G. M. (2002). Adaptação e Validação de um Instrumento de Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal. **Avaliação Psicológica**, 2, 141-149. [On-line]. Acedido a 5 de Dezembro de 2008. Disponível em: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1677-04712002000200007&script=sci_arttext&tlng=pt

Festas, C. F. S. (2002). **A imagem corporal e o equilíbrio no idoso: comparação entre praticantes e não praticantes de actividade física.** Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Porto. [On-line]. Acedido a 12 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10091>

Figueiredo, B., Paiva, C., Matos, R., Maia, E. & Fernandes, E. (2001). História de abuso durante a infância. **Análise Psicológica**, 3 (19): 365-387. [On-line]. Acedido a 10 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v19n3/v19n3a02.pdf>

Filho, M. F. P. (2007). **Violência intrafamiliar: a compreensão de psicólogos que atendem em instituições crianças do sexo masculino, vítimas do abuso sexual**. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica De Pernambuco, Recife. [On-line]. Acedido a 30 de Abril de 2009. Disponível em: http://www.unicap.br/tede//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=157

Finkel, M. A. (1996). **Initial Medical Management of the sexually abused child**. In. R. M. Reece. *Treatment of Child Abuse: Common Ground for Mental Health, Medical, and Legal Practitioners*. [On-line]. Acedido a 10 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://books.google.pt/books?id=89p1lahJyLcC>

Flores, R. Z. (1998). Definir e medir o que são abusos sexuais. In M. F. P. Leal & M. A. César (Org.). **Indicadores de Violência Intra-Familiar e Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes - Relatório Final da Oficina**. Brasília: Centro de Referência, Estudos e Ações Sobre Crianças e Adolescentes. [On-line]. Acedido a 7 de Março de 2009. Disponível em: http://www.cecria.org.br/pub/livro_indicadores_publicacoes.pdf

Fonseca, A. C. & Monteiro, C. M. (1999). **Um inventário de problemas de Comportamento para crianças e Adolescentes: o Young Self-Report de Achenbach**. *Psycologica*, 21. 79-96

Fontes, C. M. M. (2005). **A influência de um programa de hidroginástica no comportamento psicomotor de mulheres mastectomizadas**. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Porto. [On-line]. Acedido a 5 de Maio de 2009. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/14219>

Foot, W. L. (2006). **Child Sexual Abuse Allegations in the Family Court**. Dissertação de Mestrado. University of Sydney, Faculty of Education and Social Work, Sydney. [On-line]. Acedido a 26 de Janeiro de 2009. Disponível em: <http://ses.library.usyd.edu.au/handle/2123/1986>

França-Júnior, I. (2003). Abuso sexual na infância: compreensão a partir da Epidemiologia e dos Direitos Humanos. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, n.12 (Vol.7) 23-38. [On-line]. Acedido a 20 de Março de 2009. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista12/ensaio2.pdf>

Furniss, T. (1991) **The Multi- Professional Handbook of Child Sexual Abuse: Integrated management therapy and legal intervention**. London: Routledge [On-line]. Acedido a 4 de Fevereiro de 2009. Disponível em: <http://books.google.pt/books?id=-8INAAAAQAAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q=&f=false>

Gabel, M. (1997). **Crianças vítimas de abuso sexual** (C. Gomes, trad.). São Paulo: Summus. [On-line]. Acedida a 7 de Março de 2009. Disponível em: <http://books.google.pt/books?id=1Im2NO5AxW0C&printsec=frontcover&dq=Crian%C3%A7as+v%C3%ADtimas+de+abuso+sexual&ei=dQ3WS8OQEYTcygSwwPzQCQ&cd=1#v=onepage&q&f=false>

Gallagher, S. & Cole, J. (1995). Body Schema and Body Image in a Deafferented Subject. **Journal of Mind and Behavior**, 16, 369-39. [On-line]. Acedido a 4 de Janeiro de 2010. Disponível em: <http://pegasus.cc.ucf.edu/~gallaghr/gall&cole95.html>

García, O. P. M. (2007). Negligencia: discriminación y Desprotección de la infancia. Psicología sin Fronteras, **Revista Electrónica de Intervención Psicosocial Y Psicología comunitária**, 2, 4-12. [On-line]. Acedido a 4 de Janeiro de 2010. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2388877>

Gila, A., Castro, J., Toro, J. & Salamero, M. (2004). Subjective Body image Dimensions in normal Female population: Evolution Through Adolescence end Early Adulthood. **International Journal of Psychology and Psychological Therapy**. 4, (1), 1-10. [On-line]. Acedido a 8 de Fevereiro de 2009. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/560/56040101.pdf>

Giordani, R. C. F. (2006). A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. **Psicologia & Sociedade**; 18 (2), 81-88 [On-line]. Acedido a 9 de Março de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n2/10.pdf>

Gleeson, k & Frith, H. (2006). (De)constructing Body Image. **Jounarl of Health Psychology**. 1 (11). 79-90. [On-line]. Acedido a 24 de Janeiro de 2010. Disponível em: <http://hpq.sagepub.com/cgi/content/abstract/11/1/79>

Gomes, F. A. & Coelho, T. (2003). **A sexualidade traída - abuso sexual infantil e pedofilia**. Porto: Ambar

Gomes, W. V. (2005). **Os óbices (in)visíveis do acompanhamento familiar: um estudo da medida de protecção para crianças e adolescentes vítimas da violência sexual intrafamiliar**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. [On-line]. Acedido a 26 de Novembro de 2008. Disponível em: <http://www.pgss.cse.ufsc.br/DISSERTA%C7%D5ES%20EM%20PDF/TURMA%202002/Waldirene%20Gomes.pdf>

Gonçalves, L. P. C. M. (2008). **O impacto da vida em instituição: narrativas e significados em crianças vítimas de maus tratos**. Monografia. Universidade do Porto, Porto. [On-line]. Acedido a 8 de Janeiro de 2010. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/handle/10284/810>

Gonçalves, R. A. & Vieira, S. (2004). A avaliação do risco de violência sexual. **Psicologia: teoria, investigação e prática**, 2, 65-80 [On-line]. Acedido a 2 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/>

bitstream/1822/4357/1/10Rui%20Goncalves.pdf

Gouveia, V. V., Santos, C. A., Gouveia, R. S. V., Santos, S. W. & Pronk, S. L. (2008). Escala de investimento corporal (BIS): Evidências de sua validade factorial e consistência interna. **Avaliação Psicológica**, 7(1), 57-66. [On-line]. Acedido a 9 de Março de 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/avp/v7n1/v7n1a08.pdf>

Gregorio, M. A. P. & Rodríguez, A. M. (2002). Variables psicológicas relacionadas con la percepción de la imagen corporal en los pacientes trasplantados. **Rev. De psicol. Gral Y aplic**, 55 (3). 439- 453. [On-line]. Acedido a 9 de Março de 2009. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=294333>

Grice, D. C. (2006). **Sequelae of sexual assault in women with PTSD: peritraumatic dissociation, provoked memory, and organization of trauma narratives**. Dissertação de Mestrado. Faculty of Graduate Studies. [On-line]. Acedido a 4 de Maio de 2009. Disponível: <http://www2.twu.ca/cpsy/Thesis/gricedavid.pdf>

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

Habigzang, L. F. (2006). **Avaliação e intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. [On-line]. Acedido a 14 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://www.msmedia.com/ceprua/lfh.pdf>

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**, 3 (21), 341-348 [On-line]. Acedido a 3 de Dezembro de 2008. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ptp/v21n3/a11v21n3.pdf

Hargreaves, D., & Tiggemann, M. (2006). Body image is for girls: A qualitative study of boys' body image. **Journal of Health Psychology**, 11, 567-576. . [On-line]. Acedido a 21 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://hpq.sagepub.com/cgi/content/abstract/11/4/567>

Harvey, M. & Herman, J. L. (1994). Amnesia, Partial Amnesia, and Delayed Recall among Adult survivors of childhood Trauma. **Consciousness and cognition** 3, pp 295-306 [On-line]. Acedido a 5 de Maio de 2009. Disponível em: http://www.jimhopper.com/pdfs/Harvey_Herman_1994.pdf

Hazeu, M. & Fonseca, S. (1997). Exploração e violência sexual contra crianças e adolescentes. In M. F. P. Leal & M. A. César (Org.). **Indicadores de Violência Intra-Familiar e Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes - Relatório Final da Oficina**. Brasília: Centro de Referência, Estudos e Ações Sobre Crianças e Adolescentes. [On-line]. Acedido a 7 de Março de 2009. Disponível em: http://www.cecilia.org.br/pub/livro_indicadores_publicacoes.pdf

Henriques, S. R. F. (2008). **Os objectivos de vida de Adolescentes institucionalizados e não institucionalizados**. Monografia. Universidade Fernando Pessoa, Porto. [On-line]. Acedido a 4 de Janeiro de 2010. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/880/3/6686Monografia.pdf>

Hirata, P. Q. (2006). **Os efeitos psicossociais causados em vítimas de abuso sexual**. www.psicologia.com.pt. - **O Portal dos Psicólogos**. [On-line]. Acedido a 8 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0014.PDF>

Holsen, I., Kraft P. & Roysamb, E. (2001). The Relationship between Body Image and Depressed Mood in Adolescence: A 5-year Longitudinal Panel Study. **J Health Psychol**; 6; 613. [On-line]. Acedido a 1 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://hpq.sagepub.com/cgi/content/abstract/6/6/613>

Hudson, C. L. F. (2008). **The relationship of body image, body mass index and self-esteem to eating attitudes in a normal sample**. Dissertação de Mertrado. University of Canterbury, Nova Zelândia. [Online]. Acedido a 13 de Dezembro de 2008. Disponível em: http://ir.canterbury.ac.nz/bitstream/10092/1534/1/thesis_fulltext.pdf

Jackson, J. L., Calhoun, K. S., Amick, A. E., Maddever, H. M. & Habif, V. L. (1990). **Young adult women who report childhood intrafamilial sexual abuse: Subsequent adjustment**. **Archives of Sexual Behavior**, 19 (3). [On-line]. Acedido a 14 de Janeiro de 2009. Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/q8380506410p2870/>

Jackson, J. L., Calhoun, K. S., Amick, A. E., Heather M., Maddever, H. & Habif, V. L. (1990). Young adult women who report childhood intrafamilial sexual abuse: subsequent adjustment. **Archives of Sexual Behavior**, (19), [On-line]. Acedido a 13 de Dezembro de 2008. Disponível em: www.springerlink.com/index/Q8380506410P2870.pdf

Jiménez, M. G., Fernández, M. S. B. & García, M. L. M. (2002). Abuso sexual infantil. Credibilidad del testimonio. **Eúphoros**, 5, 37-60. [On-line]. Acedido a 26 de Janeiro de 2009. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1181495>

Jung, J., Lee, S-H.(2006). Cross-Cultural Comparisons of Appearance Self-Schema, Body Image, Self-Esteem, and Dieting Behavior Between Korean and U.S. Women. **Family and Consumer Sciences Research Journal**, 34 (4) 350-36. [On-line]. Acedido a 21 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://fcs.sagepub.com/cgi/content/abstract/34/4/350>

Júnior, A. P. S. (2006). **Dano Psíquico em Crianças Vítimas de abuso sexual sem comprovação de acto libidinosos ou conjugação carnal**. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília. [On-line]. Acedido a 13 de Dezembro de 2008. Disponível em: http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=351

Kakeshita, I. S. & Almeida, S. S. (2006). Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. **Rev Saúde Pública**, 40(3), 497-504. [On-line]. Acedido a 7 de Fevereiro de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v40n3/19.pdf>

Kay, M. (2000). **Changes in body image during a resistance training programme for women**. Dissertação de Mestrado. Universidade de New South Wales: New South Wales. [On-line]. Acedido a 8 de Janeiro de 2009. Disponível em: <http://unsworks.unsw.edu.au/vital/access/manager/Repository/unsworks:449>

Kendall-Tackett, K. A. (2000). Physiological Correlates of Childhood Abuse: Chronic Hyperarousal in PTSD, Depression, and Irritable Bowel Syndrome. **Child Abuse & Neglect**, 24, 799-810. [On-line]. Acedido a 5 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10888019>

Kim, K., Noll, J. G. Putnam, F. W. & Trickett, P. K. (2007). Psychosocial Characteristics of Nonoffending Mothers of Sexually Abused Girls: Findings From a Prospective, Multigenerational Study. **Child Maltreatment**, 4 (12), 338-351. [On-line]. Acedido a 4 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://cmx.sagepub.com/cgi/content/abstract/12/4/338>

Koide, R. & Tamaoka, A. (2006). Body image Deviation in Chronic Schizophrenia: New Research. In Kindes, M. V. (coord.). **Body image: New Research**. 145- 199. New Science Publishers: New York [On-line]. Acedido a 30 de Janeiro de 2010. Disponível em: http://books.google.pt/s?id=DVFrOLKEoAkC&printsec=frontcover&dq=body+image&ei=7AbWS7vbCKL4yASd_enHCQ&cd=3#v=onepage&q&f=false

Laranjeira, R. A. P. (2000). **Abuso Sexual na Infância**. Monografia. Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminenses, Niterói, Brasil. [On-line]. Acedido a 12 de Março de 2009. Disponível em: <http://www.uff.br/mmi/ped/documentos/abusosexual2000.pdf>

Leal, M. L. P. (1997). Violência intra-familiar: um estudo preliminar. In. M. F. P. Leal & M. A. César (Org.). **Indicadores de Violência Intra-Familiar e Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes - Relatório Final da Oficina**. Brasília: Centro de Referência, Estudos e Ações Sobre Crianças e Adolescentes. [On-line]. Acedido a 7 de Março de 2009. Disponível em: http://www.cecilia.org.br/pub/livro_indicadores_publicacoes.pdf

Lima, C. M. (2007). **Infância Ferida: Os vínculos da criança abusada sexualmente em seus diferentes espaços sociais**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília. [On-line]. Acedido a 1 de Maio de 2009. Disponível em: http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2804

Lima, S. L. C. (2003). **Violência sexual doméstica contra crianças e adolescentes: Histórias e destinos**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal

de Pernambuco, Recife. [on-line]. Acedido a 1 de Maio de 2009. Disponível em: http://www.bdtd.ufpe.br/tedeSimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=435

Machado, C. (2002). Abuso Sexual de crianças, in C. Machado & R. A. Gonçalves (Coords.), **Violência e vítimas de crimes** (39-93), Coimbra: Quarteto Editora.

Magalhães, T. (2002). **Maus tratos em crianças e Jovens - guia prático para profissionais**. Coimbra: Quarteto

Maia, A. C. (2001). Abuso sexual na infância: a reconstrução depois do trauma. **Psicologia: teoria, investigação e prática**, 2, 347-357. [On-line]. Acedido a 20 de Janeiro de 2009. Disponível em: <http://bath.eprints.org/4767/1/abuso%20sexual%20na%20infancia.PDF>

Maia, A. C. (2004). Trauma, PTSD e saúde, in **Actas do Congresso Internacional sobre stresse pós-traumático**, Leiria, 2004 [On-line]. Acedido a 19 de Março de 2009. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5902>

Maia, Â., Guimarães, C., Carvalho, C., Capitão, L., Carvalho, S. & Capela, S. (2007). **Maus-tratos na infância, psicopatologia e satisfação com a vida: um estudo com jovens portugueses**, in Actas Congresso Família, Saúde e Doença, Braga, 2007, [On-line]. Acedido a 10 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/7066>

Manos, D., Sebastián, J., Bueno, M. J., Mateos, N. & Torre, A. (2005). Body image in relation to self-esteem in a sample of spanish women with early-stage breast cancer. **Psicooncología**, 2, 1, 103-116. [On-line]. Acedido a 13 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSIC0505120103A.PDF>

Manso, J. M. M. M. (2001). **Variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil comparativamente con otros tipos de maltrato infantil**. Dissertação de Doutoramento. Universidad de Extremadura, Badajoz. [On-line]. Acedido a 4 de Janeiro de 2010. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaites?codigo=321>

Marcotte, D., Fortin, L., Potvin, L. & Papillon, L. (2002). Gender Differences in Depressive Symptoms During Adolescence: Role of Gender-Typed Characteristics, Self-Esteem, Body Image, Stressful Life Events, and Pubertal Status. **Journal of Emotional and Behavioral Disorders**, 10 (29), 29- 42. [On-line]. Acedido a 19 de Novembro de 2008. Disponível em: <http://ebx.sagepub.com/cgi/content/abstract/10/1/29>

Martins, D. F., Nunes, M. F. O. & Noronha, A. P. P. (2008). Satisfação com a imagem corporal e auto-conceito em adolescentes. **Psicologia: Teoria e Prática**, 10 (2), 94-105. [On-line]. Acedido a 21 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/ptp/v10n2/v10n2a08.pdf>

Mataruna, L. (2004). Imagem corporal: noções e definições. **Revista Digital**, 10,

71, [On-line]. Acedido a 13 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd71/imagem.htm>

Matias, D. P. (2006). **Abuso sexual e sociometria: um estudo dos vínculos afectivos em famílias incestuosas**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. [On-line]. Acedido a 4 de Abril de 2009. Disponível em: http://www.teses.ufc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=547

Matos, A. C. (2002). **O Desespero**. Lisboa: Climepsi Editores.

Matsuo, R. F., Velardi, M., Brandão, M. R. F. & Miranda, M. L. J. (2007). Imagem corporal de idosas e actividade física. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, 6 (1), 37-43. [On-line]. Acedida a 13 de Fevereiro de 2010. Disponível em: http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Cursos/Educacao_Fisica/REMEFE-6-1-2007/art03_edfis6n1.pdf

Maximiano, J., Miranda, M., Tomé, C., Luís, A. & Maia, T. (S/D). Imagem Corporal e Doenças do Comportamento Alimentar. **Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca**. [On-line]. Acedido a 8 de Fevereiro de 2010. Disponível em: <http://www.psilogos.com/Revista/Vol1N2/Maximiano.pdf>

Melina, P. & Araújo, A. M. (2002). Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, 24 (3), 73-76 [On-line]. Acedido a 24 de Janeiro de 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462002000700016&script=scj_abstract&tlng=pt

Meurer, D. S. (2006). **Os condicionantes sociais potencializadores do risco de reiteração da violência sexual contra crianças e adolescentes**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. [On-line]. Acedido a 26 de Novembro de 2008. Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PGSS0032.pdf>

Monteiro, S., R., T. (2010). **Maltrato por omissão de conduta, a negligência parental na infância- Estudo de caso- Uma década e diferentes visões do desenrolar de histórias de vidas**. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Porto

Mota, C. P. & Matos, P. M. (2008). Adolescência e institucionalização numa perspectiva de vinculação. **Psicologia & Sociedade**, 20 (3), (367-377). [On-line]. Acedido a 5 de Janeiro de 2010. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7094>

Motta, R. C. (2003). **Avaliação da imagem corporal durante o processo do Rolfin**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas. [On-line]. Acedido a 25 de Novembro de 2008. Disponível em: http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls_000300851

Nagy S., DiClemente R., & Adcock A. G. (1995). Adverse factors associated with forced sex among southern adolescent girls. **Pediatrics**. 5 (96), 944-946. [On-line]. Acedido a 4 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/>

Narvaz, M. G. (2003). Quem são as mães das vítimas de incesto?, **Nova Perspectiva sistêmica**, 12 (21). [On-line]. Acedido a 4 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://pdf-search-engine.com/incesto-free-pdf.html>

Newell, B. (2002). Psychological approaches to body image disturbance. In S. Regel & D. Roberts. **Mental health liaison: a handbook for nurses and health professionals**. Baillière Tindall: China. [On-line]. Acedido a 6 de Janeiro de 2009. Disponível: <http://books.google.pt/books?id=ScGO3bdXoeYC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

Nunes, S. O. V., Abreu, R. E., Hirata, A. L., Nunes, M. V. A., Franco, R. M. & Barbosa, L. R. (2005). Determinação dos diagnósticos de depressão, tentativa de suicídio, gravidez, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doenças sexualmente transmissíveis (DST) em adolescentes e adultos jovens. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina**, 2, (26), 109-118 [On-line]. Acedido a 5 de Fevereiro de 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/3560/2874>

Oliveira, T. (2009). **Actividade Física, Desporto e Imagem corporal: Estudo em adolescentes com peso normal e com excesso de peso**. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Porto. [On-line]. Acedido a 3 de Fevereiro de 2010. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19526>

Oliver, G. G. F. (1995). **Um olhar sobre o esquema corporal, a imagem corporal, a consciência corporal e a corporeidade**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas. [On-line]. Acedido a 13 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000095484>

Otero, M. C., Fernández, M. L. & Castro, Y. R. (2003). Influencia de la image corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin transtornos alimentarios. **Internacional Journal of Clinical and Health Psychology**, 4 (2). 357-370. [On-line]. Acedido a 14 de Janeiro de 2009. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=856017>

Pacheco, J. T. B. (2004). **A construção do comportamento anti-social em adolescentes autores de atos infracionais : uma análise a partir das práticas educativas e dos estilos parentais**. Dissertação de Doutorado, Universidade Rio Grande do Sul, Porto Alegre. [On-line]. Acedido a 5 de Maio de 2009. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/6132/000525387.pdf?sequence=1>

Padilha, M. G. S. & Gomide, P. I. C. (2004). Descrição de um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual. **Estudos de Psicologia**, 9 (1), 53-56. [On-line]. Acedido a 2 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413294X2004000100007&script=scipdf&tIng=pt>

Paiva, S. G. G. (2007). **Avaliação das dinâmicas traumáticas em casos**

de abuso sexual. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Porto. [On-line]. Acedido a 25 de Março de 2009. Disponível em: <http://repositorio.up.pt/aberto/handle/10216/7276>

Penna, L. (1989). **Corpo Sofrido e mal-amado: as experiências da mulher com o próprio corpo.** São Paulo: Summus editorial. [On-line]. Acedido a 24 de Fevereiro de 2010. Disponível em: <http://books.google.pt/books?id=DK0vsB1PfaEC&printsec=fro ntcover#v=onepage&q&f=false>

Penza, K. M., Heim, C. & Nemeroff, C. B. (2003). Neurobiological effects of childhood abuse: implications for the pathophysiology of depression and anxiety. **Arch Womens Ment Health**, 6, 15–22. [On-line]. Acedido a 2 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/x9ewf5880fx9y9p/fulltext.pdf?page=1>

Pereira, M. G. (1999). Imagem corporal e Ostomia: uma questão de ter não de ser!. Revista da Liga dos Ostromizados de Portugal. 1, 50-52. [On-line]. Acedido a 22 de Novembro de 2008. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/7433>

Peres, R. S. & Santos, M. A. (2006). Contribuições do desenho da figura humana para a avaliação da imagem corporal na anorexia nervosa. **Medicina, Ribeirão Preto**, 39 (3), 361-70 [On –line]. Acedido a 10 de Dezembro de 2008. Disponível em: www.fmrp.usp.br/revista/artigos_2006.htm

Perpiñá, C. & Baños, R. M. (1990). Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes. **Anales de Psicología**, 6 (1), 1-9. [On-line]. Acedido a 6 de Abril de 2009. Disponível em: http://www.um.es/analesps/v06/v06_1/01-06_1.pdf

Petersen, C. S. & Koller, S. H. (2006). A avaliação Psicológica em crianças e adolescentes em situações de riso. **Avaliação Psicológica**, 5 (1), 55-66. [On-line]. Acedido a 9 de Abril de 2009. Disponível em: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1677-04712006000100007&script=sci_arttext

Polanczyk, G. V., Zavaschi, M. L., Benetti, S., Zenkera, R. & Gamerman, P. W. (2003). Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. **Revista Saúde Pública**, 37 (1), 8-14. [On-line]. Acedido a 26 de Novembro de 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000100004&tIng=en&Ing=en&nrm=iso

Pribor, E. F. & Dinwiddie, S. H. (192). Psychiatric correlates of incest in childhood. **The American Journal of Psychiatry**, 149, 52-53. [On-line]. Acedido a 14 de Fevereiro de 2009. Disponível em: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/149/1/52>

Ramos, V., Leal, I., Maroco, J. & Brito, I. (2008). Traços de personalidade e estilos de ligação dos pais de adolescentes com perturbação estado-limite da personalidade. In **Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde.** Universidade do Porto, Porto. [On-line]. Acedido a 14 de Janeiro de 2009. Disponível em: <http://www.isabel-leal.com/>

portals/1/pdfs/livros_actas/tracos%20de%20personalidade%20e%20estilo.pdf

Reed, C. L. & Farah, M. J. (1995). The Psychological Reality of the Body Schema: A Test With Normal Participants. **Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance**, 2, 21, 334-343. [On-line]. Acedido a 14 de Janeiro de 2009. Disponível em: <http://mysite.du.edu/~creed/ReedFarah%20bs%20xhp%2005.pdf>

Reilly, A. & Rudd, N. A. (2006). Is Internalized Homonegativity Related to Body Image?. **Family and Consumer Sciences Research Journal**, 35- 58.[On-line]. Acedido a 19 de Outubro de 2008. Disponível em: <http://fcs.sagepub.com/cgi/content/abstract/35/1/58>

Reilly, A. H. (2004). **Risk, body image and internalized homonegativity among gay men: body building, eating disturbance, tanning, and unsafe sex**. Dissertação de Doutorado. The Ohio State University. [On-line]. Acedido a 12 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://drc.ohiolink.edu/handle/2374.OX/8468>

Ribeiro, M. A., Ferriani, M. G. C. & Reis, J. N. (2004). Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cad. Saúde Pública**, 20 (2), 456-464. [On-line]. Acedido a 25 de Novembro de 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/13.pdf>

Rodrigues, D. B. (2008). Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes: o caso de Campos dos Goytacazes. In **XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu**. [On-line]. Acedido a 5 de Dezembro de 2008. Disponível em: www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1268.pdf

Roma, F., Lebre, E., Vasconcelos, O. (s/d). **A satisfação com a imagem corporal e a propensão para as desordens alimentares em praticantes de ginástica rítmica**. [On-line]. Acedido a 13 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://www.mulheresdesporto.org.pt/22%20-%20A%20satisfa%E7%E3o%20com%20a%20imagem%20.pdf>

Roque, E. M. S. T. & Ferriani, M. G. C. (2007). Estudo das famílias de crianças e adolescentes, vítimas de violência, que sofreram intervenção da justiça. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 15 (4). [On-line]. Acedido a 26 de Novembro de 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a05.pdf

Saikali, C. J., Soubhia, C. S., Scalfaro, B. M. Cordás, T. A. (2004). Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Rev. Psiq. Clin**, 31 (4), 164-166. [On-line]. Acedido a 21 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22401.pdf>

Salvador, J. M. H. (2004). **Tratamiento de los transtornos alimentarios: eficacia diferencial de la terapia cognitivo comportamental com un componente de imagen corporal apoyado com técnicas de realidad virtual**. Dissertação de Doutorado. Universidade Jaume I. Castellón. [On-line]. Acedido a 8 de Maio de 2009. Disponível

em: <http://www.tesisenxarxa.net/TDX-0729108-130625/index.html>

Santos, M. G. D. S. (2006). **Dançoterapia integrativa: uma metodologia de intervenção nos comportamentos agressivos**. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Évora, Évora

Saur, A. M. (2007). **Imagem do corpo: auto-satisfação e representação psíquica em Desenhos de Figura Humana**. Universidade de São Paulo. Brasil.

Scherer, A. E. & Scherer, Z. A. P. (2000). A criança maltratada: uma revisão da literatura. **Revista latino-americana de enfermagem Ribeirão Preto**. 4 (2), 22-29. [On-line]. Acedido a 1 de Dezembro de 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692000000400004&script=sci_pdf&tlng=pt

Schilder, P. (1950). **The Image and Appearance of the Human Body: Studies in the Constructive Energies of the Psyche**. Publisher: International Universities Press. Place of Publication: New York. [On-line]. Acedido a 9 de Março de 2009. Disponível em: <http://www.questia.com/d/77317234?title=TheImageandAppearanceoftheHumanBodyaStudiesintheConstructiveEnergiesofthePsyche>

Schoen-Ferreira, T. H. Aznar-Farias, M. aria & Silvaes, E. F. M. (2003). A Formação da identidade em Adolescentes: um estudo exploratório. **Estudos de psicologia**, 8 (1), 107-115. [On-line]. Acedido a 22 de Fevereiro de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17240.pdf>

Schreiner, M. T. (2008). **O Abuso sexual numa perspectiva de Género: o processo de responsabilização da menina**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. [On-line]. Acedido a 4 de Abril de 2009. Disponível em: http://www.tede.ufsc.br/tesesimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=407

SchWartz, M. & Cohn, L. (1996). **Sexual Abuse and Eating Disorders**. New-York: Brunner- Routlengde. [On-line]. Acedido a 14 de Janeiro de 2009. Disponível em: http://books.google.pt/books?id=PWlsvT8LqplC&pg=PA53&dq=Abramson+%26+Lucido,+1991&ei=cwisS_7oHY3oygT2zYCKDg&cd=5#v=onepage&q=Abramson%20%26%20Lucido%2C%201991&f=false

Siegel, S. (1975). **Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento**. McGraw-Hill, São Paulo.

Sousa, P. (2008). Body-Image and Obesity in adolescence: A comparative study of social-Demografic, psychological, and Behavioral Aspects. **The Spanish Journal of Psychology**, 2 (11), 551-563. [On-line]. Acedido a 7 de Março de 2009. Disponível em: <http://revistas.ucm.es/psi/11387416/articulos/SJOP0808220551A.PDF>

Sprinthall, N. & Collins, W.A., (2003). **Psicologia do adolescente-Uma abordagem desenvolvimentista**, (Cristina Maria Coimbra Vieira trad.). Lisboa: Fundação Clauste Gulbenkian. (Obra original publicada em 1988).

Squizzato, A. & Pereira, W. R. (2004). **Caracterização das vítimas de violência sexual a partir da análise dos registos feitos pela coordenadoria geral de medicina legal de Cuiabá.** [on-line]. Acedido a 27 de Agosto de 2009. Disponível em: http://www.apeco-mt.com.br/cientificos/Artigos/Seminario_ana.squizzato.pdf

Stanford, J. (2003). **Prevention of Body concerns and risk behaviours in adolescent boys.** Dissertação de Doutoramento. Deakin University, Austrália. [On-line]. Acedido a 23 de Novembro de 2008. Disponível em: <http://www1.elsevier.com/homepage/sal/bodyimage/Vol1Iss4/BI-1-4-0001/index.html>

Strey, M. N., Ruwer de Azambuja, M. P. & Jaeger, F. P. (2004). **Violência, gênero e políticas públicas.** Porto Alegre: Edipucrs [On-line]. Acedido a 4 de Dezembro de 2008. Disponível em: http://books.google.com.br/books?id=VSEPqowQz0QC&pg=PA3&source=gbs_selected_pages&cad=0_1

Swanston, H. Y. (1999). **Five Years After Child Sexual Abuse.** Dissertação de Doutoramento. The University of Sydney, Sydney. [On-line]. Acedido a 12 de Março de 2009. Disponível em: <http://ses.library.usyd.edu.au/handle/2123/573>

Tamayo, N. & Abbad, G. S. (2006). Autoconceito profissional e suporte à transferência e impacto do treinamento no trabalho. **Rev. adm. Contemp.**, 10 (3), 9-28. [On-line]. Acedido a 12 de Dezembro de 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-65552006000300002&script=sci_arttext&tIng=en

Thompson, J. K., Penner, L. A. & Altabe, M. N. (1990). Procedures, Problems and Progress in the Assessment of Body images. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (cools), **Body image – Development, Device and Chage.** New York: The Guilford Press, 21-48

Turtelli, L. S. (2003). **Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica.** Dissertação de Mestrado. Universidade estadual de campinas, Campinas. [On-line]. Acedido a 10 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000284887>

Vasconcelos, M. O. F. (1995). **A imagem corporal no período peripubertário. Comparação de três Grupos étnicos numa perspectiva biocultura.** Dissertação de Doutoramento. Universidade do Porto, Porto. [On-line]. Acedido a 22 de Novembro de 2009. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10323>

Vaz, M. S. M. L. N. (2009). **Indicadores gráficos de maus-tratos em crianças no teste do Desenho de uma Pessoa Debaixo de Chuva.** Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro. [On-line]. Acedido a 6 de Janeiro de 2010. Disponível em: <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2009001194>

Vieira, J. L. L., Rocha, P. G. M. & Ferrarezzi, R. A. (2010). A dependência pela prática de exercícios físicos e o uso de recursos ergogênicos. **Maringá**, 32 (1), 35-41.[On-line]. Acedido a 3 de Abril de 2010. Disponível em:<http://periodicos.uem.br/ojs/>

index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/4475/4475

Watson, B. (2007). **Sexual Abuse of Girls and Adult Couple Relationships: Risk and Protective Factors**. Dissertação de Doutorado. Griffith University. [On-line]. Acedido a 12 de Março de 2009. Disponível em: <http://www4.gu.edu.au:8080/adt-root/public/adt-QGU20071213.083926/index.html>

Williams, L. C. A. (2002). Abuso sexual infantil. In H.J. Guilhardi, M. B. B. Madi, P. P. Queiroz & M.C. Scoz (Org.) **Sobre comportamento e cognição: Contribuições para a construção da teoria do comportamento**, 10. [On-line]. Acedido a 11 de Janeiro de 2009. Disponível em: <http://www.geocities.com/bbbenjamim/abuso.pdf>

Wolfe, D. A. (1999). Child Abuse: Implications for Child Development and Psychopathology. **Edição de SAGE**. [on-line]. Acedido a 10 de Dezembro de 2008. Disponível em: <http://books.google.pt/books?id=MwclWVa-jN0C>

Wood-Barcalow, N. L. (2006). **Understanding the construct of body image to include positive components: a mixed-methods study**. Dissertação de Doutorado. The Ohio State University. [On-line]. Acedido a 24 de Janeiro de 2010. Disponível em: http://etd.ohiolink.edu/view.cgi?acc_num=osu1148048556

Zortéa, L. E., Kreutz, C. M. & Johann, R. L. V. O. (2008). Imagem corporal em crianças institucionalizadas e em crianças não institucionalizadas. **Aletheia** 27(1), 111-125. [On-line]. Acedido a 13 de Dezembro de 2008. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000100009&lng=pt&nrm=iso

ANEXOS

Índice de Quadros em anexo

- Quadro 1. Teste de normalidade dos itens do BIQ
- Quadro 2. Testes de normalidade dos factores do BIQ
- Quadro 3. Comparação das médias dos itens do questionário entre o GVV e GNVV
- Quadro 4. Comparação das médias dos itens do questionário entre o GVASI e GNVV.
- Quadro 5. Coeficiente de correlação de Spearman.
- Quadro 6. Valor do teste Qui-Quadrado em função da idade de início, repetição do abuso e anos de duração do abuso para o Factor I
- Quadro 7. Valor do teste Qui-Quadrado em função da coabitação agressor-vítima, parentesco, violência e tipo de violência para o Factor I
- Quadro 8. Valor do teste Qui-Quadrado em função da idade de início, repetição do abuso e anos de duração do abuso para o Factor II
- Quadro 9. Valor do teste Qui-Quadrado em função da coabitação agressor-vítima, parentesco, violência e tipo de violência para o Factor II
- Quadro 10. Valor do teste Qui-Quadrado em função da idade de início, repetição do abuso e anos de duração do abuso para o Factor III
- Quadro 11. Valor do teste Qui-Quadrado em função da coabitação agressor-vítima, parentesco, violência e tipo de violência para o Factor III
- Quadro 12. Valor do teste Qui-Quadrado em função da idade de início, repetição do abuso e anos de duração do abuso para o Factor IV
- Quadro 13. Valor do teste Qui-Quadrado em função da coabitação agressor-vítima, parentesco, violência e tipo de violência para o Factor IV
- Quadro 14. Coeficiente de Correlação de Spearman para cada variável relativa ao abuso Sexual infantil e os factores que constituem o BIQ
- Quadro 15. Teste de normalidade às escalas do YSR.
- Quadro 16. Médias para a população portuguesa encontrada por Fonseca e Monteiro (1999) no estudo de adaptação e aferição do questionário.
- Quadro 17. Comparação dos Resultados entre o GVN e GVASI
- Quadro 18. Comparação dos Resultados entre o GVASI e GNVV
- Quadro 19. Comparação dos Resultados entre GNV e GNVV
- Quadro 20. Comparação dos Resultados entre GNV e GNVV
- Quadro 21. Comparação dos Resultados das escalas do questionário entre a amostra
- Quadro 22. Comparação do valor das síndromes em função das variáveis abuso sexual.
- Quadro 23. Comparação das médias em função das variáveis relativas ao abuso para as escalas Comportamento anti-social, Atenção e Ansiedade/Depressão.
- Quadro 24. Comparação das médias em função das variáveis relativas ao abuso para as escalas Comportamento anti-social, Atenção e Ansiedade/Depressão.
- Quadro 25. Correlação entre as variáveis abuso e o YSR
- Quadro 26. Correlação de Spearman entre os itens do BIQ e as Escalas do YSR para o grupo vítimas de Negligência.
- Quadro 27. Correlação de Spearman entre os itens do BIQ e as Escalas do YSR para o grupo vítimas de Abuso Sexual infantil
- Quadro 28. Correlação de Spearman entre os factores do BIQ e as Escalas do YSR para o grupo Não vítimas de violência
- Quadro 29. Correlação de Spearman para as escalas do YSR e os Factores do BIQ para o grupo vítimas de Negligência
- Quadro 30. Correlação de Spearman para as escalas do YSR e os Factores do

BIQ para o grupo vítimas de Abuso

Quadro 31. Correlação de Spearman para as escalas do YSR e os Factores do BIQ para o grupo de não vítimas de violência

Índice de figuras em anexo

Figura 1. Respostas ao Factor Fechamento/Acessibilidade em função da idade de início do abuso.

Figura 2. Respostas ao Factor Fechamento/Acessibilidade em função da repetição do abuso.

Figura 3. Respostas ao Factor Fechamento/Acessibilidade em função dos anos de duração do abuso.

Figura 4. Respostas ao Factor Fechamento/Acessibilidade em função da relação de parentesco Agressor-vítima

Figura 5. Respostas ao Factor Fechamento/Acessibilidade em função da relação da coabitação Agressor-vítima.

Figura 6. Respostas ao Factor Fechamento/Acessibilidade em função do tipo de violência sofrido.

Figura 7. Respostas ao Factor Insatisfação/Satisfação em função da idade de início do abuso.

Figura 8. Respostas ao Factor Insatisfação/Satisfação em função da repetição do abuso.

Figura 9. Respostas ao Factor Insatisfação/Satisfação em função dos anos de repetição do abuso.

Figura 10. Respostas ao Factor Insatisfação/Satisfação em função da Coabitação Agressor-vítima.

Figura 11. Respostas ao Factor Insatisfação/Satisfação em função da relação de parentesco agressor-vítima.

Figura 12. Respostas ao Factor Insatisfação/Satisfação em função da violência sofrida.

Figura 13. Respostas ao Factor Insatisfação/Satisfação em função do tipo de violência sofrido.

Figura 24. Respostas ao Factor Passividade/Acessibilidade em função da idade de início do abuso.

Figura 35. Respostas ao Factor Passividade/Acessibilidade em função da repetição do abuso.

Figura 46. Respostas ao Factor Passividade/Acessibilidade em função dos anos de abuso.

Figura 57. Respostas ao Factor Passividade/Acessibilidade em função da coabitação Agressor-vítima.

Figura 68. Respostas ao Factor Passividade/Acessibilidade em função da relação de parentesco agressor-vítima.

Figura 79. Respostas ao Factor Passividade/Acessibilidade em função da violência sofrida.

Figura 20. Respostas ao Factor Tenso/Sereno em função da idade de início do abuso

Figura 21. Respostas ao Factor Tenso/Sereno em função da repetição do abuso.

Figura 22. Respostas ao Factor Tenso/Sereno em função dos anos de abuso.

Figura 23. Respostas ao Factor Tenso/Sereno em função da Coabitação Agressor – Vítima

Figura 24. Respostas ao Factor Tenso/Sereno em função da Relação Agressor-vítima

Figura 25. Respostas ao Factor Tenso/Sereno em função da violência Sofrida

Figura 26. Respostas ao Factor Tenso/Sereno em função do tipo de violência Sofrida.

Figura 27. Respostas à Escala Comportamentos Anti-sociais em função da idade de início do abuso.

Figura 28. Respostas à Escala Problemas de Atenção em função da idade de início do abuso.

Figura 29. Respostas à Escala Ansiedade/Depressão em função da idade de início do abuso.

Figura 30. Respostas à Escala Comportamentos Anti-Sociais em função da repetição do abuso.

Figura 31. Respostas à Escala Problemas de Atenção em função da repetição do abuso

Figura 32. Respostas à Escala Ansiedade/Depressão em função da repetição do abuso.

Figura 33. Respostas à Escala Comportamentos Anti-Sociais em função da Coabitação Agressor -vítima.

Figura 34. Respostas à Escala Problemas de Atenção em função da Coabitação Agressor -vítima.

Figura 35. Respostas à Escala Ansiedade/Depressão em função da Coabitação Agressor -vítima.

Figura 36. Respostas à Escala Comportamentos Anti-Sociais em função do Tipo de violência sofrido.

Figura 37. Respostas à Escala Comportamentos Problemas de Atenção em função do Tipo de violência sofrido.

Figura 38. Respostas à Escala Ansiedade/Depressão em função do Tipo de violência sofrido.

Figura 39. Respostas à Escala Problemas de Pensamento em função da idade de inicio do abuso.

Figura 40. Respostas à Escala Isolamento Social em função da idade de inicio do abuso.

Figura 41. Respostas à Escala Queixas somáticas em função da idade de inicio do abuso.

Figura 42. Respostas à Escala Problemas de Pensamento em função da Repetição do abuso.

Figura 43. Respostas à Escala Isolamento em função da repetição do abuso

Figura 44. Respostas à Escala Queixas somáticas em função da repetição do abuso.

Figura 45. Respostas à Escala Problemas de Pensamento em função da Coabitação Agressor-Vítima

Figura 46. Respostas à Escala Isolamento em função da Coabitação Agressor-Vítima

Figura 47. Respostas à Escala Queixas Somáticas em função da Coabitação Agressor-Vítima.

ANEXO A

Documentos Oficiais

Anexo A.1. Carta pedido de colaboração



Ex. Senhor

No âmbito do curso de mestrado em Psicologia da Universidade de Évora encontro-me a realizar uma investigação cujo tema é "a imagem corporal e perturbações do comportamento em adolescentes vítimas de abusos sexuais".

A investigação será realizada a partir da população existente em instituições que acolhem crianças e adolescentes em risco. Os procedimentos implicarão a recolha de dados através de questionários que serão desenvolvidos junto dos adolescentes vítimas de abuso/violência sexual. O anonimato da instituição e dos adolescentes será obviamente mantido e os resultados serão divulgados em forma de dissertação de mestrado, contribuindo para a ampliação do corpo de conhecimentos que se tem produzido nesta área.

Neste sentido venho por este meio solicitar a colaboração da sua instituição na recolha de dados para esta investigação.

Coloco-me desde já à disposição para responder a eventuais dúvidas ou questões que possam surgir.

Agradecendo desde já uma resposta breve.

Atenciosamente,

(Cátia Ramalhete)

(Orientadora Prof^a. Doutora Graça Santos)

Catiaramalhete@gmail.com

ANEXO B

Instrumentos de Avaliação

Anexo A.1. Questionário sobre a Imagem do Corpo (Bruchon-Schweitzer)- Trad. e adapt. Graça Duarte Santos, 1998)

QUESTIONÁRIO SOBRE A IMAGEM DO CORPO

(Bruchon-Schweitzer)- trad. e adapt. Graça Duarte Santos, 1998)

Idade: _____

Achas que o teu corpo:

Tem pouca saúde	1	2	3	4	5	Tem muita saúde
É bonito	1	2	3	4	5	É feio
Te dá prazer	1	2	3	4	5	Não te dá prazer
É feminino	1	2	3	4	5	É masculino
É limpo	1	2	3	4	5	É sujo
É Medroso	1	2	3	4	5	É corajoso
É Vazio	1	2	3	4	5	É cheio
É para se tocar	1	2	3	4	5	Não é para se tocar
É frio	1	2	3	4	5	É quente
É para se esconder	1	2	3	4	5	É para se mostrar
É sereno	1	2	3	4	5	É nervoso
É fraco	1	2	3	4	5	É forte
É alegre	1	2	3	4	5	É triste
Não é para se olhar	1	2	3	4	5	É para se olhar
É energético	1	2	3	4	5	Não é energético
É livre	1	2	3	4	5	É preso
É para se gostar	1	2	3	4	5	Não é para se gostar
É desejado pelos outros	1	2	3	4	5	Não é desejado pelos outros

Anexo B.2. Questionário de Auto-avaliação para jovens de 11 a 18 anos “Youth Self Report”

**Questionário de Auto-avaliação para jovens de 11 a 18 anos
“Youth Self Report”
(T. M. Archenbach)**

Número de identificação: _____

Idade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: Masculino
 Feminino

Segue-se uma lista de afirmações que descrevem jovens. Para cada afirmação que te descreve, tal como és, AGORA ou NOS ÚLTIMOS 6 MESES.

Para cada item faça um círculo ao redor do número 0, 1 ou 2.

Marca 2 se a afirmação é MUITO VERDADEIRA ou FREQUENTEMENTE VERDADEIRA.

Marca 1 se a afirmação é ALGUMAS VEZES VERDADEIRA.

Marque 0 Se a afirmação NÃO É VERDADEIRA.

Por favor responde a todas as afirmações o melhor que possas, mesmo que algumas vezes pareça não se aplicar exactamente.

1.2. Em comparação com os outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau consegues sair-te bem em cada um?

	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Por favor enumere os teus passatempos, actividades e jogos favoritos que não sejam desportos. Por exemplo: cartas, livros, piano, artesanato, automóveis, etc (não incluas a televisão).

Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

2.1. Em comparação com os outros rapazes ou raparigas da tua idade, passas aproximadamente quanto tempo a praticar cada um?

	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2. Em comparação com os outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau consegues sair-te bem em cada um?

	Pior que a média	Dentro da média	Melhor que a média
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Por favor enumera quaisquer organizações, clubes, equipas ou grupos a que pertences.

Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

3.1. Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau consegues sair-te bem em cada um?

	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Por favor enumera quaisquer empregos ou tarefas que tenhas habitualmente. Por exemplo: dar explicações, tomar conta de crianças, fazer a cama, etc...

Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

4.1. Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau consegues desempenha-los bem?

	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Tens aproximadamente quantos(as) amigos íntimos(as)?

Nenhum ou nenhuma

Um (a).

2 a 3

4 ou mais

5.1. Aproximadamente quantas vezes por semana é que fazes alguma coisa com eles(as).

Menos que uma

1 ou 2

3 ou mais

- 0 1 2 1. Comporto-me de maneira demasiado infantil para a minha idade.
- 0 1 2 2. Tenho alergia (s), (descrever): _____
- 0 1 2 3. Discuto muito.
- 0 1 2 4. Tenho asma.
- 0 1 2 5. Comporto-me como se fosse do sexo oposto.
- 0 1 2 6. Gosto de animais.
- 0 1 2 7. Gabo-me, sou vaidoso (a).
- 0 1 2 8. Tenho dificuldades em concentrar-me, não consigo estar muito tempo com atenção.
- 0 1 2 9. Não consigo afastar certas ideias do pensamento (descreve):

- 0 1 2 10. Tenho dificuldade em ficar sentado (a), sossegado (a) ou quieto (a).
- 0 1 2 11. Sou demasiado dependente dos outros.
- 0 1 2 12. Sinto-me só.
- 0 1 2 13. Sinto-me confuso(a), ou como se estivesse no meio de um nevoeiro.
- 0 1 2 14. Grito muito.
- 0 1 2 15. Sou muito honesto (a).
- 0 1 2 16. Sou mau (má) para as outras pessoas.
- 0 1 2 17. Sonho muitas vezes acordado.
- 0 1 2 18. Tento deliberadamente ferir-me ou matar-me.
- 0 1 2 19. Tento que me dêem muita atenção.
- 0 1 2 20. Destruí-o as minhas próprias coisas.
- 0 1 2 21. Destruo objectos das outras pessoas.
- 0 1 2 22. Desobedeço aos meus pais.
- 0 1 2 23. Sou desobediente na escola.
- 0 1 2 24. Não como tão bem como devia.
- 0 1 2 25. Não me dou bem com os outros jovens.
- 0 1 2 26. Não me sinto culpado(a) depois de fazer alguma coisa que não devia.
- 0 1 2 27. Tenho ciúmes dos outros.
- 0 1 2 28. Estou pronto(a) a ajudar outras pessoas quando necessitam de auxílio.
- 0 1 2 29. Tenho medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola
(descreve): _____
- 0 1 2 30. Tenho medo de ir à escola.
- 0 1 2 31. Tenho medo de pensar ou fazer alguma coisa má.
- 0 1 2 32. Sinto que devo ser perfeito(a).
- 0 1 2 33. Sinto que ninguém gosta de mim.
- 0 1 2 34. Sinto que os outros tentam apanhar-me em falta.
- 0 1 2 35. Sinto-me sem valor, inferior ou desprezível.
- 0 1 2 36. Magoo-me muitas vezes acidentalmente.
- 0 1 2 37. Meto-me em muitas brigas.
- 0 1 2 38. Fazem toca de mim com frequência.
- 0 1 2 39. Ando com rapazes ou raparigas que se metem em sarilhos.
- 0 1 2 40. Oíço sons ou vozes que mais ninguém parece ser capaz de ouvir
(descreve): _____
- 0 1 2 41. Ajo sem pensar.
- 0 1 2 42. Gosto de estar sozinho.
- 0 1 2 43. Minto ou faço batota.
- 0 1 2 44. Roo as unhas.
- 0 1 2 45. Sinto-me nervoso (a), muito excitado (a) ou tenso (a).
- 0 1 2 46. Algumas partes do meu corpo têm contracções, movimentos nervosos ou tiques.
(descreve): _____
- 0 1 2 47. Tenho pesadelos.
- 0 1 2 48. Os outros rapazes ou raparigas não gostam de mim.

- 0 1 2 49. Sou capaz de fazer coisas melhor que a maior parte dos rapazes ou raparigas.
0 1 2 50. Sou demasiado medroso(a) ou nervoso(a).
0 1 2 51. Tenho torturas.
0 1 2 52. Sinto-me excessivamente culpado(a).
0 1 2 53. Como demasiado.
0 1 2 54. Sinto-me excessivamente cansado(a).
0 1 2 55. Tenho peso a mais.
0 1 2 56. Tenho problemas físicos sem causa médica conhecida:

Dores ou sofrimento

Dores de cabeça

Náuseas, sinto-me enjoado(a).

Problemas com a vista. descreve): _____

Borbulhas ou problemas de pele

Dores de estômago ou câibras

Vómitos

Outros (descreve): _____

- 0 1 2 57. Agrido fisicamente outras pessoas.
0 1 2 58. Tiro coisas da pele ou outras partes do meu corpo (descreve): _____

-
- 0 1 2 59. Posso mostrar-me demasiado amigável.
0 1 2 60. Gosto de fazer novas experiências.
0 1 2 61. Os meus trabalhos escolares são fracos.
0 1 2 62. Tenho falta de coordenação ou sou desastrado.
0 1 2 63. Prefiro estar com rapazes ou raparigas mais velhas do que com os da minha idade.
0 1 2 64. Prefiro estar com rapazes ou raparigas mais novas do que com os da minha idade.
0 1 2 65. Recuso-me a falar.
0 1 2 66. Repito várias vezes as mesmas acções; compulsões (descreve): _____

-
- 0 1 2 67. Já fugi de casa.
0 1 2 68. Grito muito.
0 1 2 69. Sou reservado(a) ou guardo as coisas para mim mesmo(a).
0 1 2 70. Vejo coisas que mais ninguém parece ser capaz de ver (descreve): _____

-
- 0 1 2 71. Estou pouco à vontade ou fico facilmente embaraçado.
0 1 2 72. Já provoquei fogos.
0 1 2 73. Sou capaz de fazer bem trabalhos manuais.
0 1 2 74. Exibo-me ou faço palhaçadas.
0 1 2 75. Sou tímido(a) ou envergonhado(a).
0 1 2 76. Durmo menos que a maioria dos rapazes ou raparigas.
0 1 2 77. Durmo mais que a maioria dos rapazes e raparigas, durante o dia e/ou durante a noite (descreve): _____

- 0 1 2 78. Tenho boa imaginação.
0 1 2 79. Tenho problemas de linguagem ou dificuldades na articulação (descreve): _____

-
- 0 1 2 80. Luto pelos meus direitos.
0 1 2 81. Roubo coisas em casa.
0 1 2 82. Roubo coisas em outros lugares que não a minha casa.
0 1 2 83. Arrecado coisas de que não preciso (descreve): _____
0 1 2 84. Faço coisas que as outras pessoas acham estranhas (descreve): _____
0 1 2 85. Tenho pensamentos ou ideias que as outras pessoas acham estranhas. (descreve): _____

-
- 0 1 2 86. Sou teimoso(a) ou irritável.

- 0 1 2 87. Tenho mudanças repentinas de disposição ou sentimentos.
- 0 1 2 88. Gosto de estar com outras pessoas.
- 0 1 2 89. Sou desconfiado(a).
- 0 1 2 90. Uso palavrões ou linguagem obscena.
- 0 1 2 91. Penso em matar-me.
- 0 1 2 92. Gosto de fazer rir os outros.
- 0 1 2 93. Falo demasiado.
- 0 1 2 94. Arrelio muito os outros.
- 0 1 2 95. Tenho um temperamento exaltado.
- 0 1 2 96. Penso demasiado em sexo.
- 0 1 2 97. Ameaço ferir as pessoas.
- 0 1 2 98. Gosto de ajudar os outros.
- 0 1 2 99. Preocupo-me demasiado em estar limpo ou elegante.
- 0 1 2 100. Tenho dificuldades em dormir (descreve): _____
- 0 1 2 101. Falto às aulas ou não vou à escola.
- 0 1 2 102. Não tenho muita energia.
- 0 1 2 103. Estou infeliz, triste ou deprimido(a).
- 0 1 2 104. Falo mais alto que a maioria dos rapazes ou raparigas.
- 0 1 2 105. Consumo álcool ou drogas (descreve): _____
- 0 1 2 106. Tento ser justo com os outros.
- 0 1 2 107. Gosto de uma boa piada.
- 0 1 2 108. Gosto de viver tranquilamente.
- 0 1 2 109. Tento auxiliar os outros quando posso.
- 0 1 2 110. Desejava ser do sexo oposto.
- 0 1 2 111. Evito envolver-me com as outras pessoas.
- 0 1 2 112. Preocupo-me muito.

Por favor verifica se respondeste a todas as questões.

Por favor indica qualquer outra coisa que possa descrever os teus sentimentos, o teu comportamento ou os teus interesses: _____

Anexo B.3. Ficha de caracterização relativa aos abusos sexuais



Universidade de Évora
Mestrado em Psicologia

Código de identificação _____

1. Dados relativos ao adolescente

1.1. Idade _____

1.2. Data da institucionalização _____ (Ano)

2. Dados relativos ao abuso sexual

2.1. Idade no momento do abuso

Recém-nasc	<input type="checkbox"/>	0-1 anos	<input type="checkbox"/>	2-3 anos	<input type="checkbox"/>	4-5 anos	<input type="checkbox"/>	6-7 anos	<input type="checkbox"/>
8-9 anos	<input type="checkbox"/>	10-11 anos	<input type="checkbox"/>	12-13 anos	<input type="checkbox"/>	14-15 anos	<input type="checkbox"/>	16-17 anos	<input type="checkbox"/>
17-18 anos	<input type="checkbox"/>	Não sabe	<input type="checkbox"/>						

2.2. Duração do abuso

Não foi repetitivo Foi repetitivo Se sim durante quantos anos? _____

2.3. O agressor vivia com a criança?

Sim Não Não Sabe

2.3.1 Se sim, qual o parentesco do abusador com a criança?

Mãe	<input type="checkbox"/>	Pai	<input type="checkbox"/>	Avô	<input type="checkbox"/>
Irmão	<input type="checkbox"/>	Outro familiar	<input type="checkbox"/>	Sem parentesco	<input type="checkbox"/>

2.3.4. O abuso sexual foi acompanhado por violência física ou outro tipo de coerção?

Sim Não Não Sabe

Qual? _____

2.4. Existem lesões físicas resultantes do abuso?

Crânio	<input type="checkbox"/>	Face	<input type="checkbox"/>	Mbr superiores	<input type="checkbox"/>
Tronco	<input type="checkbox"/>	Órgãos genitais	<input type="checkbox"/>	Mbr inferiores	<input type="checkbox"/>

ANEXO C

Análise Estatística

Anexo C.1. Análise da normalidade do Questionário BIQ.

Quadro 1. Teste de normalidade dos itens do BIQ

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	P	Statistic	df	P
Saúde	,268	33	,000	,823	33	,000
Bonito	,261	33	,000	,890	33	,003
Prazer	,197	33	,002	,895	33	,004
Feminino	,464	33	,000	,521	33	,000
Limpo	,388	33	,000	,647	33	,000
Medroso	,170	33	,016	,912	33	,011
Vazio	,244	33	,000	,846	33	,000
Tocar	,199	33	,002	,894	33	,004
Frio	,171	33	,015	,890	33	,003
Irritado	,187	33	,005	,908	33	,009
Esconder	,233	33	,000	,884	33	,002
Sereno	,257	33	,000	,889	33	,003
Fraco	,283	33	,000	,844	33	,000
Alegre	,216	33	,000	,850	33	,000
Olhar	,207	33	,001	,885	33	,002
Energético	,162	33	,028	,909	33	,009
Livre	,203	33	,001	,855	33	,000
Gostar	,166	33	,022	,884	33	,002
Desejado	,324	33	,000	,804	33	,000

Quadro 2. Teste de normalidade dos factores do BIQ

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	P	Statistic	df	P
Fechamento/Acessibilidade	,125	33	,200	,943	33	,083
Insatisfação/Satisfação	,104	33	,200	,972	33	,535
Passividade/Actividade	,137	33	,119	,941	33	,074
Tenso/Sereno	,234	33	,000	,906	33	,008

Anexo C. 2. Comparação das médias dos itens do questionário entre os vários grupos da amostra

Quadro 3. Comparação das médias dos itens do questionário entre o GVV e o GNVV

Itens	Grupo	Mean Rank	sum of Rank	Mann-Whitney U	Z	P
Saúde	GVN	8,36	92,00	26,00	-2,412	,016
	GNVV	14,64	161,00			
Bonito	GVN	14,64	161,00	26,00	-2,499	,012
	GNVV	8,36	92,00			
Prazer	GVN	17,00	187,00	,000	-4,155	,000
	GNVV	6,00	66,00			
Feminino	GVN	11,50	126,50	60,50	,000	1,000
	GNVV	11,50	126,50			
Limpo	GVN	16,45	181,00	6,00	-4,045	,000
	GNVV	6,55	72,00			
Medroso	GVN	10,18	112,00	46,00	-,989	,323
	GNVV	12,82	141,00			
Vazio	GVN	8,50	93,50	27,50	-2,378	,017
	GNVV	14,50	159,50			
Tocar	GVN	13,27	146,00	41,00	-1,339	,181
	GNVV	9,73	107,00			
Frio	GVN	8,09	89,00	23,00	-2,545	,011
	GNVV	14,91	164,00			
Irritado	GVN	9,77	107,50	41,50	-1,283	,199
	GNVV	13,23	145,50			
Esconder	GVN	11,41	125,50	59,50	-,068	,946
	GNVV	11,59	127,50			
Serenos	GVN	11,50	126,50	60,50	,000	1,000
	GNVV	11,50	126,50			
Fraco	GVN	10,91	120,00	54,00	-,448	,654
	GNVV	12,09	133,00			
Alegre	GVN	15,95	175,50	11,50	-3,356	,001
	GNVV	7,05	77,50			
Olhar	GVN	10,59	116,50	50,50	-,690	,490
	GNVV	12,41	136,50			
Energético	GVN	15,95	175,50	11,50	-3,304	,001
	GNVV	7,05	77,50			
Livre	GVN	17,00	187,00	,000	-4,084	,000
	GNVV	6,00	66,00			
Gostar	GVN	16,82	185,00	2,00	-3,920	,000
	GNVV	6,18	68,00			
Desejado	GVN	14,45	159,00	28,00	-2,586	,010
	GNVV	8,55	94,00			

Quadro 4. Comparação das médias dos itens do questionários entre o GVASI e GNVV

Itens	Grupo	Mean Rank	sum of Rank	Mann-Whitney U	Z	P																																																																																																																																																																																
Saúde	GVAS	9,59	105,50	39,50	-1,488	,137																																																																																																																																																																																
	GNVV	13,41	147,50				Bonito	GVAS	15,73	173,50	14,00	-3,282	,001	GNVV	7,27	80,00	Prazer	GVAS	16,59	182,50	4,50	-3,899	,000	GNVV	6,41	70,50	Feminino	GVAS	13,68	150,50	36,50	-2,011	,044	GNVV	9,32	102,50	Limpo	GVAS	17,00	187,00	,000	-4,404	,000	GNVV	6,00	66,00	Medroso	GVAS	9,73	107,00	41,00	-1,327	,185	GNVV	13,27	146,00	Vazio	GVAS	12,55	138,00	49,00	-,823	,411	GNVV	10,45	115,00	Tocar	GVAS	13,36	147,00	40,00	-1,412	,158	GNVV	9,64	106,00	Frio	GVAS	6,50	71,50	5,50	-3,695	,000	GNVV	16,50	181,50	Irritado	GVAS	8,86	97,50	31,50	-1,970	,049	GNVV	14,14	155,50	Esconder	GVAS	10,68	117,50	51,50	-,625	,532	GNVV	12,32	135,50	Serenos	GVAS	12,91	142,00	45,00	-1,075	,282	GNVV	10,09	111,00	Fraco	GVAS	11,05	121,50	55,50	-,362	,717	GNVV	11,95	131,50	Alegre	GVAS	15,95	175,50	11,50	-3,341	,001	GNVV	7,05	77,50	Olhar	GVAS	11,23	123,50	57,50	-,205	,837	GNVV	11,77	129,50	Energético	GVAS	14,64	161,00	26,00	-2,334	,020	GNVV	8,36	92,00	Livre	GVAS	16,23	178,50	8,50	-3,526	,000	GNVV	6,77	74,50	Gostar	GVAS	16,18	178,00	9,00	-3,488	,000	GNVV	6,82	75,00	Desejado	GVAS	13,14	144,50	42,50	-1,374
Bonito	GVAS	15,73	173,50	14,00	-3,282	,001																																																																																																																																																																																
	GNVV	7,27	80,00				Prazer	GVAS	16,59	182,50	4,50	-3,899	,000	GNVV	6,41	70,50	Feminino	GVAS	13,68	150,50	36,50	-2,011	,044	GNVV	9,32	102,50	Limpo	GVAS	17,00	187,00	,000	-4,404	,000	GNVV	6,00	66,00	Medroso	GVAS	9,73	107,00	41,00	-1,327	,185	GNVV	13,27	146,00	Vazio	GVAS	12,55	138,00	49,00	-,823	,411	GNVV	10,45	115,00	Tocar	GVAS	13,36	147,00	40,00	-1,412	,158	GNVV	9,64	106,00	Frio	GVAS	6,50	71,50	5,50	-3,695	,000	GNVV	16,50	181,50	Irritado	GVAS	8,86	97,50	31,50	-1,970	,049	GNVV	14,14	155,50	Esconder	GVAS	10,68	117,50	51,50	-,625	,532	GNVV	12,32	135,50	Serenos	GVAS	12,91	142,00	45,00	-1,075	,282	GNVV	10,09	111,00	Fraco	GVAS	11,05	121,50	55,50	-,362	,717	GNVV	11,95	131,50	Alegre	GVAS	15,95	175,50	11,50	-3,341	,001	GNVV	7,05	77,50	Olhar	GVAS	11,23	123,50	57,50	-,205	,837	GNVV	11,77	129,50	Energético	GVAS	14,64	161,00	26,00	-2,334	,020	GNVV	8,36	92,00	Livre	GVAS	16,23	178,50	8,50	-3,526	,000	GNVV	6,77	74,50	Gostar	GVAS	16,18	178,00	9,00	-3,488	,000	GNVV	6,82	75,00	Desejado	GVAS	13,14	144,50	42,50	-1,374	,169	GNVV	9,86	108,50						
Prazer	GVAS	16,59	182,50	4,50	-3,899	,000																																																																																																																																																																																
	GNVV	6,41	70,50				Feminino	GVAS	13,68	150,50	36,50	-2,011	,044	GNVV	9,32	102,50	Limpo	GVAS	17,00	187,00	,000	-4,404	,000	GNVV	6,00	66,00	Medroso	GVAS	9,73	107,00	41,00	-1,327	,185	GNVV	13,27	146,00	Vazio	GVAS	12,55	138,00	49,00	-,823	,411	GNVV	10,45	115,00	Tocar	GVAS	13,36	147,00	40,00	-1,412	,158	GNVV	9,64	106,00	Frio	GVAS	6,50	71,50	5,50	-3,695	,000	GNVV	16,50	181,50	Irritado	GVAS	8,86	97,50	31,50	-1,970	,049	GNVV	14,14	155,50	Esconder	GVAS	10,68	117,50	51,50	-,625	,532	GNVV	12,32	135,50	Serenos	GVAS	12,91	142,00	45,00	-1,075	,282	GNVV	10,09	111,00	Fraco	GVAS	11,05	121,50	55,50	-,362	,717	GNVV	11,95	131,50	Alegre	GVAS	15,95	175,50	11,50	-3,341	,001	GNVV	7,05	77,50	Olhar	GVAS	11,23	123,50	57,50	-,205	,837	GNVV	11,77	129,50	Energético	GVAS	14,64	161,00	26,00	-2,334	,020	GNVV	8,36	92,00	Livre	GVAS	16,23	178,50	8,50	-3,526	,000	GNVV	6,77	74,50	Gostar	GVAS	16,18	178,00	9,00	-3,488	,000	GNVV	6,82	75,00	Desejado	GVAS	13,14	144,50	42,50	-1,374	,169	GNVV	9,86	108,50																
Feminino	GVAS	13,68	150,50	36,50	-2,011	,044																																																																																																																																																																																
	GNVV	9,32	102,50				Limpo	GVAS	17,00	187,00	,000	-4,404	,000	GNVV	6,00	66,00	Medroso	GVAS	9,73	107,00	41,00	-1,327	,185	GNVV	13,27	146,00	Vazio	GVAS	12,55	138,00	49,00	-,823	,411	GNVV	10,45	115,00	Tocar	GVAS	13,36	147,00	40,00	-1,412	,158	GNVV	9,64	106,00	Frio	GVAS	6,50	71,50	5,50	-3,695	,000	GNVV	16,50	181,50	Irritado	GVAS	8,86	97,50	31,50	-1,970	,049	GNVV	14,14	155,50	Esconder	GVAS	10,68	117,50	51,50	-,625	,532	GNVV	12,32	135,50	Serenos	GVAS	12,91	142,00	45,00	-1,075	,282	GNVV	10,09	111,00	Fraco	GVAS	11,05	121,50	55,50	-,362	,717	GNVV	11,95	131,50	Alegre	GVAS	15,95	175,50	11,50	-3,341	,001	GNVV	7,05	77,50	Olhar	GVAS	11,23	123,50	57,50	-,205	,837	GNVV	11,77	129,50	Energético	GVAS	14,64	161,00	26,00	-2,334	,020	GNVV	8,36	92,00	Livre	GVAS	16,23	178,50	8,50	-3,526	,000	GNVV	6,77	74,50	Gostar	GVAS	16,18	178,00	9,00	-3,488	,000	GNVV	6,82	75,00	Desejado	GVAS	13,14	144,50	42,50	-1,374	,169	GNVV	9,86	108,50																										
Limpo	GVAS	17,00	187,00	,000	-4,404	,000																																																																																																																																																																																
	GNVV	6,00	66,00				Medroso	GVAS	9,73	107,00	41,00	-1,327	,185	GNVV	13,27	146,00	Vazio	GVAS	12,55	138,00	49,00	-,823	,411	GNVV	10,45	115,00	Tocar	GVAS	13,36	147,00	40,00	-1,412	,158	GNVV	9,64	106,00	Frio	GVAS	6,50	71,50	5,50	-3,695	,000	GNVV	16,50	181,50	Irritado	GVAS	8,86	97,50	31,50	-1,970	,049	GNVV	14,14	155,50	Esconder	GVAS	10,68	117,50	51,50	-,625	,532	GNVV	12,32	135,50	Serenos	GVAS	12,91	142,00	45,00	-1,075	,282	GNVV	10,09	111,00	Fraco	GVAS	11,05	121,50	55,50	-,362	,717	GNVV	11,95	131,50	Alegre	GVAS	15,95	175,50	11,50	-3,341	,001	GNVV	7,05	77,50	Olhar	GVAS	11,23	123,50	57,50	-,205	,837	GNVV	11,77	129,50	Energético	GVAS	14,64	161,00	26,00	-2,334	,020	GNVV	8,36	92,00	Livre	GVAS	16,23	178,50	8,50	-3,526	,000	GNVV	6,77	74,50	Gostar	GVAS	16,18	178,00	9,00	-3,488	,000	GNVV	6,82	75,00	Desejado	GVAS	13,14	144,50	42,50	-1,374	,169	GNVV	9,86	108,50																																				
Medroso	GVAS	9,73	107,00	41,00	-1,327	,185																																																																																																																																																																																
	GNVV	13,27	146,00				Vazio	GVAS	12,55	138,00	49,00	-,823	,411	GNVV	10,45	115,00	Tocar	GVAS	13,36	147,00	40,00	-1,412	,158	GNVV	9,64	106,00	Frio	GVAS	6,50	71,50	5,50	-3,695	,000	GNVV	16,50	181,50	Irritado	GVAS	8,86	97,50	31,50	-1,970	,049	GNVV	14,14	155,50	Esconder	GVAS	10,68	117,50	51,50	-,625	,532	GNVV	12,32	135,50	Serenos	GVAS	12,91	142,00	45,00	-1,075	,282	GNVV	10,09	111,00	Fraco	GVAS	11,05	121,50	55,50	-,362	,717	GNVV	11,95	131,50	Alegre	GVAS	15,95	175,50	11,50	-3,341	,001	GNVV	7,05	77,50	Olhar	GVAS	11,23	123,50	57,50	-,205	,837	GNVV	11,77	129,50	Energético	GVAS	14,64	161,00	26,00	-2,334	,020	GNVV	8,36	92,00	Livre	GVAS	16,23	178,50	8,50	-3,526	,000	GNVV	6,77	74,50	Gostar	GVAS	16,18	178,00	9,00	-3,488	,000	GNVV	6,82	75,00	Desejado	GVAS	13,14	144,50	42,50	-1,374	,169	GNVV	9,86	108,50																																														
Vazio	GVAS	12,55	138,00	49,00	-,823	,411																																																																																																																																																																																
	GNVV	10,45	115,00				Tocar	GVAS	13,36	147,00	40,00	-1,412	,158	GNVV	9,64	106,00	Frio	GVAS	6,50	71,50	5,50	-3,695	,000	GNVV	16,50	181,50	Irritado	GVAS	8,86	97,50	31,50	-1,970	,049	GNVV	14,14	155,50	Esconder	GVAS	10,68	117,50	51,50	-,625	,532	GNVV	12,32	135,50	Serenos	GVAS	12,91	142,00	45,00	-1,075	,282	GNVV	10,09	111,00	Fraco	GVAS	11,05	121,50	55,50	-,362	,717	GNVV	11,95	131,50	Alegre	GVAS	15,95	175,50	11,50	-3,341	,001	GNVV	7,05	77,50	Olhar	GVAS	11,23	123,50	57,50	-,205	,837	GNVV	11,77	129,50	Energético	GVAS	14,64	161,00	26,00	-2,334	,020	GNVV	8,36	92,00	Livre	GVAS	16,23	178,50	8,50	-3,526	,000	GNVV	6,77	74,50	Gostar	GVAS	16,18	178,00	9,00	-3,488	,000	GNVV	6,82	75,00	Desejado	GVAS	13,14	144,50	42,50	-1,374	,169	GNVV	9,86	108,50																																																								
Tocar	GVAS	13,36	147,00	40,00	-1,412	,158																																																																																																																																																																																
	GNVV	9,64	106,00				Frio	GVAS	6,50	71,50	5,50	-3,695	,000	GNVV	16,50	181,50	Irritado	GVAS	8,86	97,50	31,50	-1,970	,049	GNVV	14,14	155,50	Esconder	GVAS	10,68	117,50	51,50	-,625	,532	GNVV	12,32	135,50	Serenos	GVAS	12,91	142,00	45,00	-1,075	,282	GNVV	10,09	111,00	Fraco	GVAS	11,05	121,50	55,50	-,362	,717	GNVV	11,95	131,50	Alegre	GVAS	15,95	175,50	11,50	-3,341	,001	GNVV	7,05	77,50	Olhar	GVAS	11,23	123,50	57,50	-,205	,837	GNVV	11,77	129,50	Energético	GVAS	14,64	161,00	26,00	-2,334	,020	GNVV	8,36	92,00	Livre	GVAS	16,23	178,50	8,50	-3,526	,000	GNVV	6,77	74,50	Gostar	GVAS	16,18	178,00	9,00	-3,488	,000	GNVV	6,82	75,00	Desejado	GVAS	13,14	144,50	42,50	-1,374	,169	GNVV	9,86	108,50																																																																		
Frio	GVAS	6,50	71,50	5,50	-3,695	,000																																																																																																																																																																																
	GNVV	16,50	181,50				Irritado	GVAS	8,86	97,50	31,50	-1,970	,049	GNVV	14,14	155,50	Esconder	GVAS	10,68	117,50	51,50	-,625	,532	GNVV	12,32	135,50	Serenos	GVAS	12,91	142,00	45,00	-1,075	,282	GNVV	10,09	111,00	Fraco	GVAS	11,05	121,50	55,50	-,362	,717	GNVV	11,95	131,50	Alegre	GVAS	15,95	175,50	11,50	-3,341	,001	GNVV	7,05	77,50	Olhar	GVAS	11,23	123,50	57,50	-,205	,837	GNVV	11,77	129,50	Energético	GVAS	14,64	161,00	26,00	-2,334	,020	GNVV	8,36	92,00	Livre	GVAS	16,23	178,50	8,50	-3,526	,000	GNVV	6,77	74,50	Gostar	GVAS	16,18	178,00	9,00	-3,488	,000	GNVV	6,82	75,00	Desejado	GVAS	13,14	144,50	42,50	-1,374	,169	GNVV	9,86	108,50																																																																												
Irritado	GVAS	8,86	97,50	31,50	-1,970	,049																																																																																																																																																																																
	GNVV	14,14	155,50				Esconder	GVAS	10,68	117,50	51,50	-,625	,532	GNVV	12,32	135,50	Serenos	GVAS	12,91	142,00	45,00	-1,075	,282	GNVV	10,09	111,00	Fraco	GVAS	11,05	121,50	55,50	-,362	,717	GNVV	11,95	131,50	Alegre	GVAS	15,95	175,50	11,50	-3,341	,001	GNVV	7,05	77,50	Olhar	GVAS	11,23	123,50	57,50	-,205	,837	GNVV	11,77	129,50	Energético	GVAS	14,64	161,00	26,00	-2,334	,020	GNVV	8,36	92,00	Livre	GVAS	16,23	178,50	8,50	-3,526	,000	GNVV	6,77	74,50	Gostar	GVAS	16,18	178,00	9,00	-3,488	,000	GNVV	6,82	75,00	Desejado	GVAS	13,14	144,50	42,50	-1,374	,169	GNVV	9,86	108,50																																																																																						
Esconder	GVAS	10,68	117,50	51,50	-,625	,532																																																																																																																																																																																
	GNVV	12,32	135,50				Serenos	GVAS	12,91	142,00	45,00	-1,075	,282	GNVV	10,09	111,00	Fraco	GVAS	11,05	121,50	55,50	-,362	,717	GNVV	11,95	131,50	Alegre	GVAS	15,95	175,50	11,50	-3,341	,001	GNVV	7,05	77,50	Olhar	GVAS	11,23	123,50	57,50	-,205	,837	GNVV	11,77	129,50	Energético	GVAS	14,64	161,00	26,00	-2,334	,020	GNVV	8,36	92,00	Livre	GVAS	16,23	178,50	8,50	-3,526	,000	GNVV	6,77	74,50	Gostar	GVAS	16,18	178,00	9,00	-3,488	,000	GNVV	6,82	75,00	Desejado	GVAS	13,14	144,50	42,50	-1,374	,169	GNVV	9,86	108,50																																																																																																
Serenos	GVAS	12,91	142,00	45,00	-1,075	,282																																																																																																																																																																																
	GNVV	10,09	111,00				Fraco	GVAS	11,05	121,50	55,50	-,362	,717	GNVV	11,95	131,50	Alegre	GVAS	15,95	175,50	11,50	-3,341	,001	GNVV	7,05	77,50	Olhar	GVAS	11,23	123,50	57,50	-,205	,837	GNVV	11,77	129,50	Energético	GVAS	14,64	161,00	26,00	-2,334	,020	GNVV	8,36	92,00	Livre	GVAS	16,23	178,50	8,50	-3,526	,000	GNVV	6,77	74,50	Gostar	GVAS	16,18	178,00	9,00	-3,488	,000	GNVV	6,82	75,00	Desejado	GVAS	13,14	144,50	42,50	-1,374	,169	GNVV	9,86	108,50																																																																																																										
Fraco	GVAS	11,05	121,50	55,50	-,362	,717																																																																																																																																																																																
	GNVV	11,95	131,50				Alegre	GVAS	15,95	175,50	11,50	-3,341	,001	GNVV	7,05	77,50	Olhar	GVAS	11,23	123,50	57,50	-,205	,837	GNVV	11,77	129,50	Energético	GVAS	14,64	161,00	26,00	-2,334	,020	GNVV	8,36	92,00	Livre	GVAS	16,23	178,50	8,50	-3,526	,000	GNVV	6,77	74,50	Gostar	GVAS	16,18	178,00	9,00	-3,488	,000	GNVV	6,82	75,00	Desejado	GVAS	13,14	144,50	42,50	-1,374	,169	GNVV	9,86	108,50																																																																																																																				
Alegre	GVAS	15,95	175,50	11,50	-3,341	,001																																																																																																																																																																																
	GNVV	7,05	77,50				Olhar	GVAS	11,23	123,50	57,50	-,205	,837	GNVV	11,77	129,50	Energético	GVAS	14,64	161,00	26,00	-2,334	,020	GNVV	8,36	92,00	Livre	GVAS	16,23	178,50	8,50	-3,526	,000	GNVV	6,77	74,50	Gostar	GVAS	16,18	178,00	9,00	-3,488	,000	GNVV	6,82	75,00	Desejado	GVAS	13,14	144,50	42,50	-1,374	,169	GNVV	9,86	108,50																																																																																																																														
Olhar	GVAS	11,23	123,50	57,50	-,205	,837																																																																																																																																																																																
	GNVV	11,77	129,50				Energético	GVAS	14,64	161,00	26,00	-2,334	,020	GNVV	8,36	92,00	Livre	GVAS	16,23	178,50	8,50	-3,526	,000	GNVV	6,77	74,50	Gostar	GVAS	16,18	178,00	9,00	-3,488	,000	GNVV	6,82	75,00	Desejado	GVAS	13,14	144,50	42,50	-1,374	,169	GNVV	9,86	108,50																																																																																																																																								
Energético	GVAS	14,64	161,00	26,00	-2,334	,020																																																																																																																																																																																
	GNVV	8,36	92,00				Livre	GVAS	16,23	178,50	8,50	-3,526	,000	GNVV	6,77	74,50	Gostar	GVAS	16,18	178,00	9,00	-3,488	,000	GNVV	6,82	75,00	Desejado	GVAS	13,14	144,50	42,50	-1,374	,169	GNVV	9,86	108,50																																																																																																																																																		
Livre	GVAS	16,23	178,50	8,50	-3,526	,000																																																																																																																																																																																
	GNVV	6,77	74,50				Gostar	GVAS	16,18	178,00	9,00	-3,488	,000	GNVV	6,82	75,00	Desejado	GVAS	13,14	144,50	42,50	-1,374	,169	GNVV	9,86	108,50																																																																																																																																																												
Gostar	GVAS	16,18	178,00	9,00	-3,488	,000																																																																																																																																																																																
	GNVV	6,82	75,00				Desejado	GVAS	13,14	144,50	42,50	-1,374	,169	GNVV	9,86	108,50																																																																																																																																																																						
Desejado	GVAS	13,14	144,50	42,50	-1,374	,169																																																																																																																																																																																
	GNVV	9,86	108,50																																																																																																																																																																																			

Anexo C. 3. Coeficiente de Correlação de Spearman para cada variável relativa ao abuso Sexual infantil e os itens que constituem o BIQ

Quadro 5. Coeficiente de correlação de Spearman

		Idade do abuso	Duração do abuso	Anos do abuso	Coabitação	Parentesco	Violência	Tipo de violência
Saúde	Correlation C.	-,117	-,167	-,182	,030	,263	,364	-,643
	Sig. (2-tailed)	,731	,623	,696	,930	,435	,301	,062
	N	11	11	7	11	11	10	9
Bonito	Correlation C.	-,452	,000	,417	-,214	,106	,373	-,055
	Sig. (2-tailed)	,163	1,000	,352	,527	,757	,289	,888
	N	11	11	7	11	11	10	9
Prazer	Correlation C.	-,309	,243	,384	,062	-,140	,371	,110
	Sig. (2-tailed)	,355	,471	,395	,856	,681	,291	,778
	N	11	11	7	11	11	10	9
Feminino	Correlation C.	,525	,035	-,128	,190	,481	-,312	-,109
	Sig. (2-tailed)	,097	,918	,785	,576	,134	,381	,780
	N	11	11	7	11	11	10	9
Limpo	Correlation C.	-,191	,516	,441	-,346	-,365	,111	,661
	Sig. (2-tailed)	,573	,104	,322	,297	,269	,760	,052
	N	11	11	7	11	11	10	9
Medroso	Correlation C.	-,018	,100	,182	,030	-,218	,296	,053
	Sig. (2-tailed)	,958	,770	,696	,931	,520	,406	,892
	N	11	11	7	11	11	10	9
Vazio	Correlation C.	-,019	,313	,263	,249	,380	,321	,000
	Sig. (2-tailed)	,956	,349	,569	,461	,249	,366	1,000
	N	11	11	7	11	11	10	9
Tocar	Correlation C.	,518	,274	,681	,307	-,139	-,426	,436
	Sig. (2-tailed)	,103	,414	,092	,359	,685	,220	,240
	N	11	11	7	11	11	10	9
Frio	Correlation C.	,154	,250	,323	-,128	,181	,441	,057
	Sig. (2-tailed)	,651	,459	,480	,708	,594	,202	,884
	N	11	11	7	11	11	10	9
Irritado	Correlation C.	-,296	-,446	-,452	,429	-,113	-,183	-,443
	Sig. (2-tailed)	,377	,170	,309	,188	,740	,614	,233
	N	11	11	7	11	11	10	9
Esconder	Correlation C.	,295	,000	,383	,061	-,558	-,425	,163
	Sig. (2-tailed)	,378	1,000	,396	,858	,075	,221	,675
	N	11	11	7	11	11	10	9
Serenos	Correlation C.	,057	-,176	,022	,221	-,586	-,559	-,171
	Sig. (2-tailed)	,868	,604	,963	,514	,058	,093	,660
	N	11	11	7	11	11	10	9

Quadro 5. Coeficiente de correlação de Spearman

		Idade do abuso	Duração do abuso	Anos do abuso	Coabitação	Parentesco	Violência	Tipo de violência
Fraco	Correlation C	,585	,569	,681	,000	,340	-,188	,606
	Sig. (2-tailed)	,059	,068	,092	1,000	,306	,602	,084
	N	11	11	7	11	11	10	9
Alegre	Correlation C	,214	,529	,118	-,089	,032	,178	,526
	Sig. (2-tailed)	,528	,095	,801	,796	,927	,623	,145
	N	11	11	7	11	11	10	9
Olhar	Correlation C	-,009	,167	,196	,000	-,037	,241	,489
	Sig. (2-tailed)	,979	,623	,673	1,000	,914	,502	,182
	N	11	11	7	11	11	10	9
Energético	Correlation C	-,269	,071	,128	-,127	-,209	,439	-,114
	Sig. (2-tailed)	,424	,835	,785	,709	,537	,204	,770
	N	11	11	7	11	11	10	9
Livre	Correlation C	-,019	,285	,417	,000	,026	,333	-,060
	Sig. (2-tailed)	,955	,395	,352	1,000	,939	,347	,879
	N	11	11	7	11	11	10	9
Gostar	Correlation C	-,309	,243	,384	,062	-,140	,371	,110
	Sig. (2-tailed)	,355	,471	,395	,856	,681	,291	,778
	N	11	11	7	11	11	10	9
Desejado	Correlation C	-,200	-,176	,022	,221	-,586	-,062	-,217
	Sig. (2-tailed)	,556	,604	,963	,514	,058	,865	,575
	N	11	11	7	11	11	10	9

Anexo C.4. Respostas ao factor Fechamento/Acessibilidade em função das variáveis abuso.

Figura 1. Respostas ao Factor Fechamento/Acessibilidade em função da idade de início do abuso.

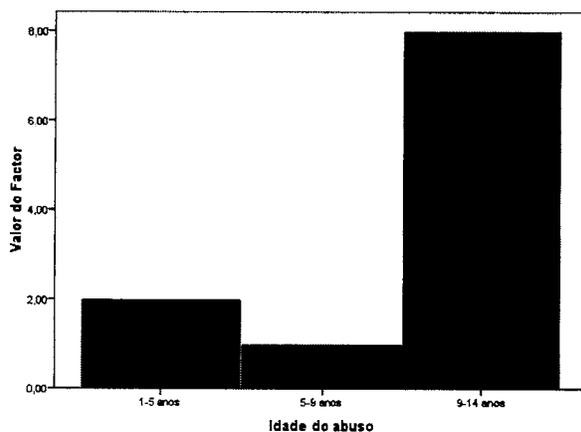


Figura 2. Respostas ao Factor Fechamento/Acessibilidade em função da repetição do abuso.

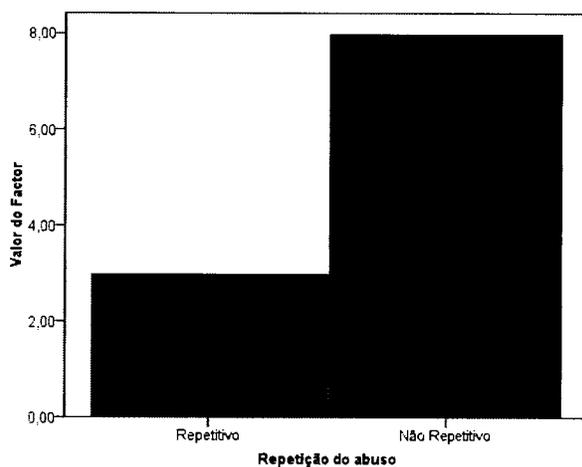


Figura 3. Respostas ao Factor Fechamento/Acessibilidade em função dos anos de duração do abuso.

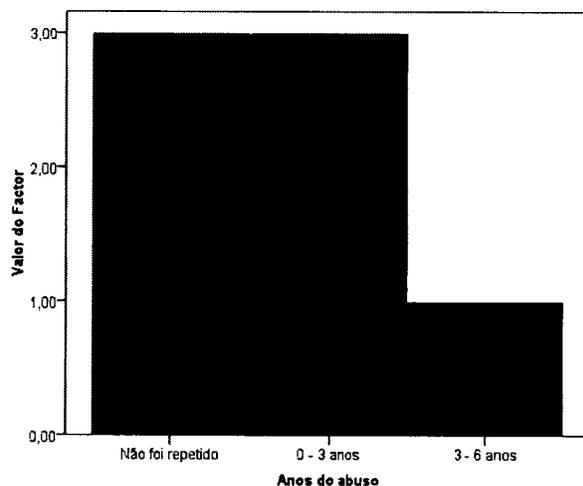


Figura 4. Respostas ao Factor Fechamento/Acessibilidade em função da relação de parentesco Agressor-vítima

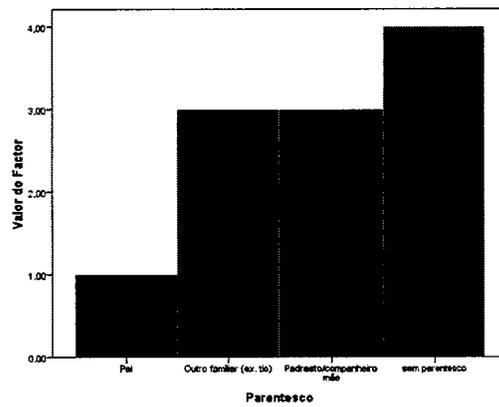


Figura 5. Respostas ao Factor Fechamento/Acessibilidade em função da relação da coabitação Agressor-vítima.

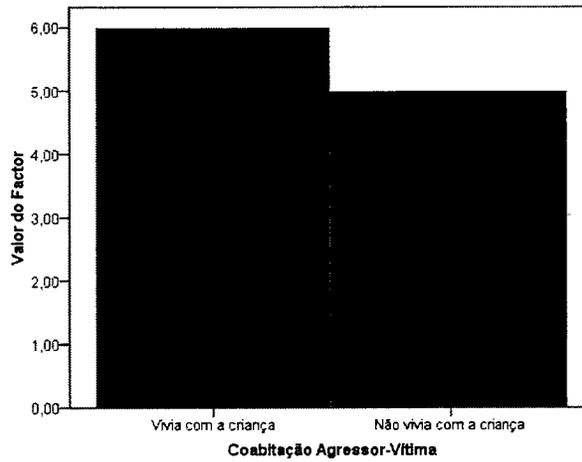
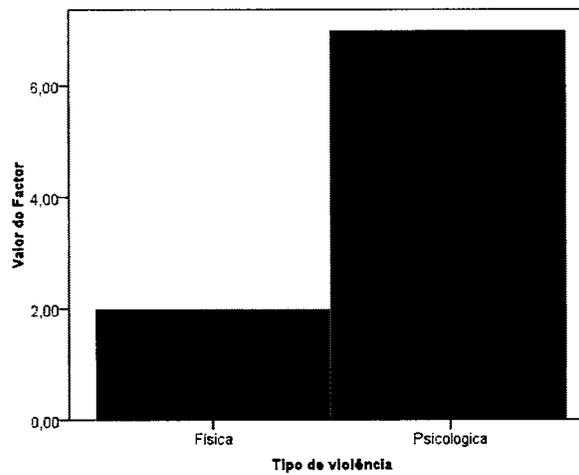


Figura 6. Respostas ao Factor Fechamento/Acessibilidade em função do tipo de violência sofrido.



Anexo C.5. Teste de Independência do Qui-Quadrado para o Factor Fechamento/ Acessibilidade em função das variáveis relativas ao abuso sexual infantil

Quadro 6. Valor do teste Qui-Quadrado em função da idade de início, repetição do abuso e anos de duração do abuso para o Factor I

	Idade de início do abuso			Repetição do Abuso			Anos de Duração do abuso		
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,312	14	,739	8,479	7	,292	25,056	21	,245
Likelihood Ratio	10,118	14	,753	10,118	7	,182	21,888	21	,406
Linear-by-Linear Association	,045	1	,831	,249	1	,618	1,491	1	,222
N of Valid Cases	11			11			11		

Quadro 7. Valor do teste Qui-Quadrado em função da coabitação agressor-vítima, parentesco, violência e tipo de violência para o Factor I

	Coabitação agressor- vítima			Relação de parentesco entre agressor-Vítima			Violência			Tipo de violência para manter o abuso		
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,294	7	,506	22,61	21	,365	2,593	6	,858	6,107	6	,411
Likelihood Ratio	8,567	7	,285	19,116	21	,578	2,683	6	,848	6,762	6	,343
Linear-by-Linear Association	,798	1	,372	,371	1	,543	,247	1	,619	,226	1	,635
N of Valid Cases	11			11			10			9		

Anexo C.6. Respostas ao factor Insatisfação/Satisfação em função das variáveis abuso.

Figura 7. Respostas ao Factor Insatisfação/Satisfação em função da idade de início do abuso.

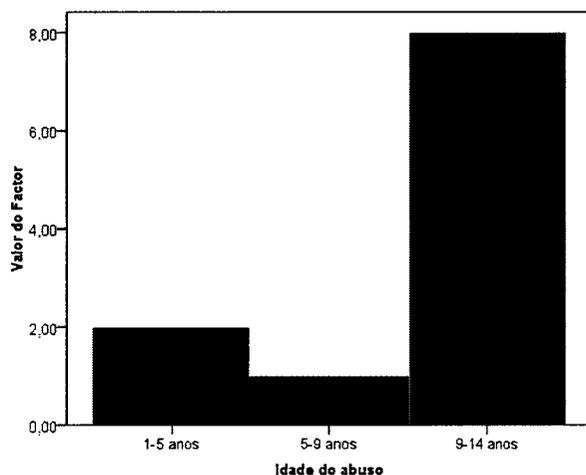


Figura 8. Respostas ao Factor Insatisfação/Satisfação em função da repetição do abuso.

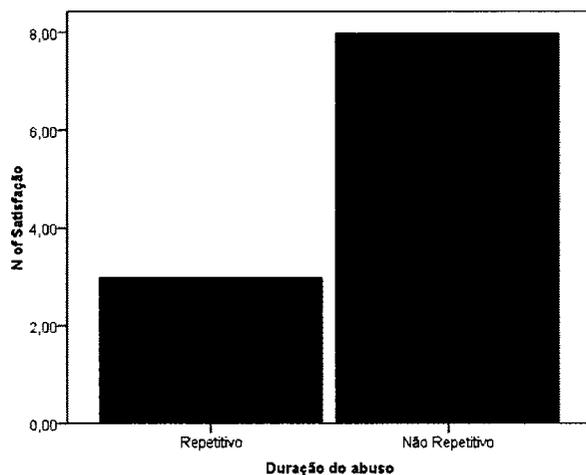


Figura 9. Respostas ao Factor Insatisfação/Satisfação em função dos anos de repetição do abuso.

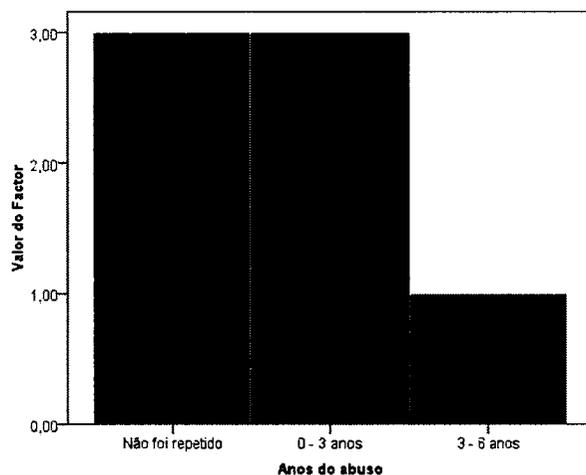


Figura 10. Respostas ao Factor Insatisfação/Satisfação em função da Coabitação Agressor-vítima

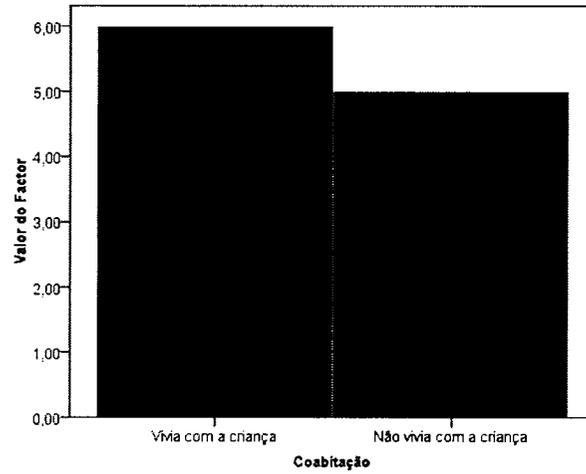


Figura 11. Respostas ao Factor Insatisfação/Satisfação em função da relação de parentesco agressor-vítima.

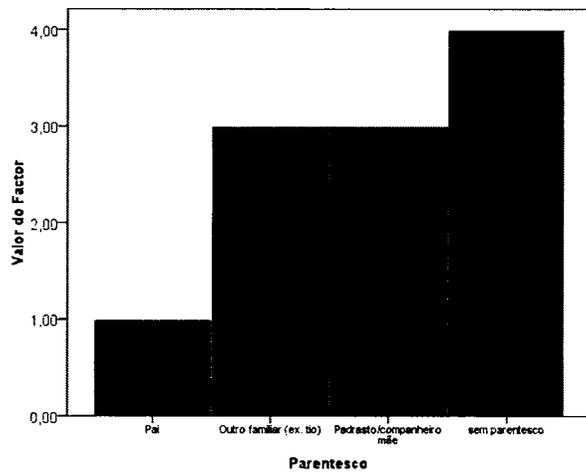


Figura 12. Respostas ao Factor Insatisfação/Satisfação em função da violência sofrida.

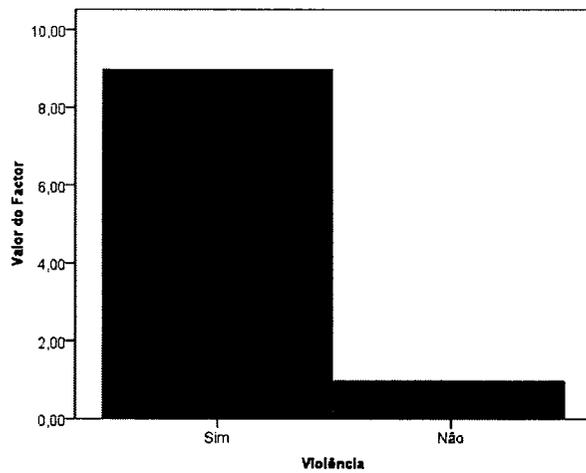
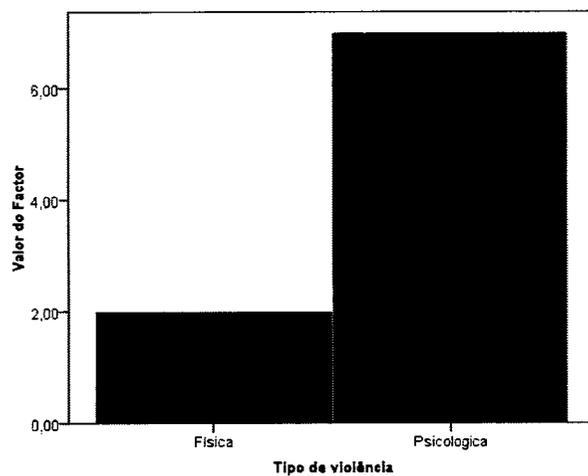


Figura 13. Respostas ao Factor Insatisfação/Satisfação em função do tipo de violência sofrido.



Anexo C.7. Teste de Independência do Qui-Quadrado para o Factor Insatisfação/Satisfação em função das variáveis relativas ao abuso sexual infantil

Quadro 8. Valor do teste Qui-Quadrado em função da idade de início, repetição do abuso e anos de duração do abuso para o Factor II

	Idade de início do abuso			Repetição do Abuso			Anos de Duração do abuso		
	Value	df	Asymp. Sig.	Value	df	Asymp. Sig.	Value	df	Asymp. Sig.
Pearson Chi-Square	15,125 ^a	14	,370	5,958 ^a	7	,545	22,917	21	,348
Likelihood Ratio	11,165	14	,673	7,346	7	,394	20,162	21	,511
Linear-by-Linear Association	,000	1	,988	2,260	1	,133	1,023	1	,312
N of Valid Cases	11			11			11		

Quadro 9. Valor do teste Qui-Quadrado em função da coabitação agressor-vítima, parentesco, violência e tipo de violência para o Factor II

	Coabitação agressor- vítima			Relação de parentesco entre agressor-Vítima			Violência			Tipo de violência para manter o abuso		
	Value	df	Asymp. Sig.	Value	df	Asymp. Sig.	Value	df	Asymp. Sig.	Value	df	Asymp. Sig.
Pearson Chi-S	8,983	7	,254	19,250	21	,569	22,917	21	,348	6,107	6	,411
Likelihood Ratio	12,386	7	,089	20,162	21	,511	20,162	21	,511	6,762	6	,343
Linear-by-Linear	,012	1	,913	,002	1	,966	1,023	1	,312	1,222	1	,269
N of Valid Cases	11			11			11			9		

Anexo C.8. Respostas ao factor Passividade/Actividade em função das variáveis abuso.

Figura 14. Respostas ao Factor Passividade/Acessibilidade em função da idade

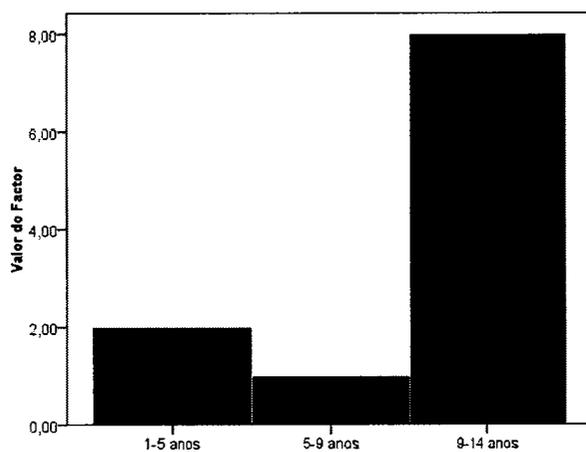


Figura 15. Respostas ao Factor Passividade/Acessibilidade em função da repetição do abuso.

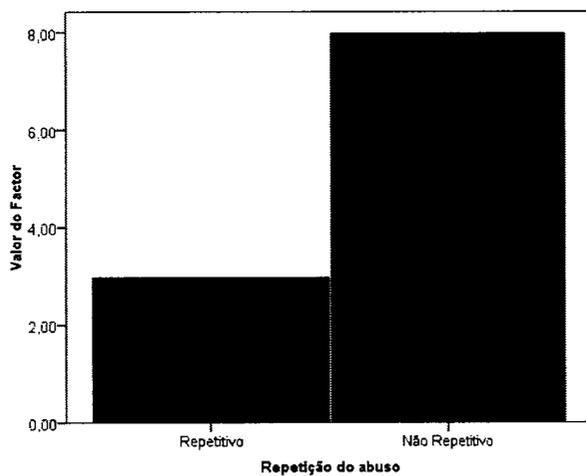


Figura 16. Respostas ao Factor Passividade/Acessibilidade em função dos anos de abuso.

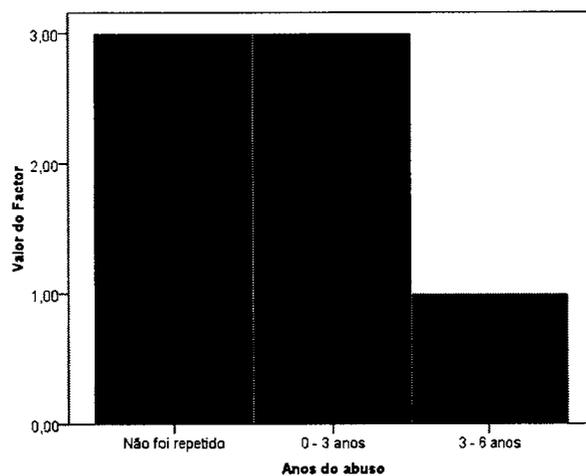


Figura 17. Respostas ao Factor Passividade/Acessibilidade em função da coabitação Agressor-vítima.

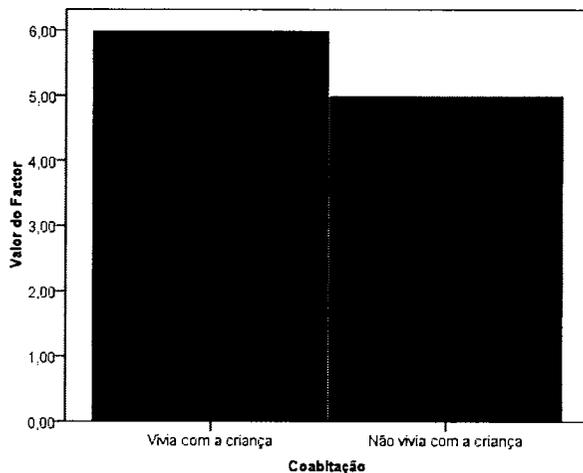


Figura 18. Respostas ao Factor Passividade/Acessibilidade em função da relação de parentesco agressor-vítima

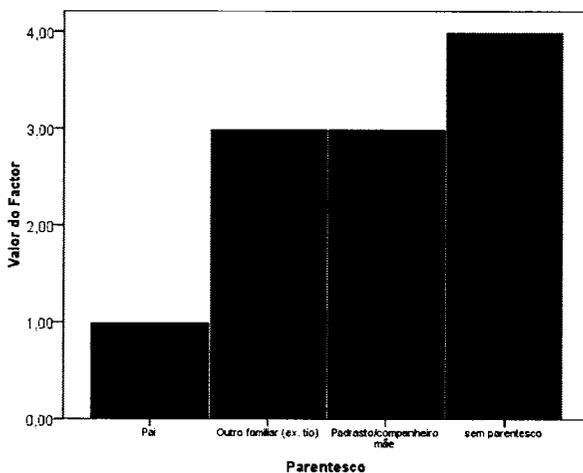


Figura 19. Respostas ao Factor Passividade/Acessibilidade em função da violência sofrida

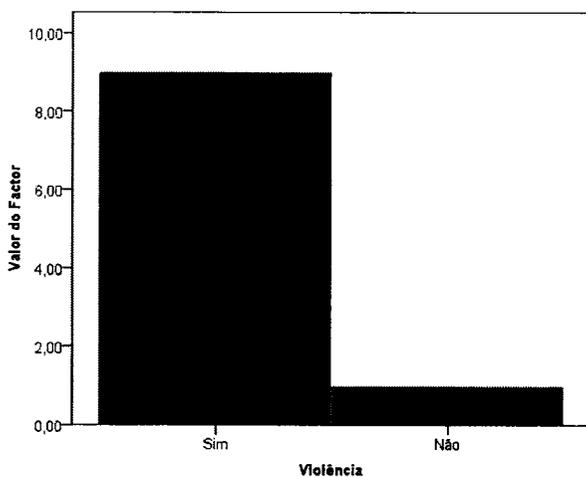
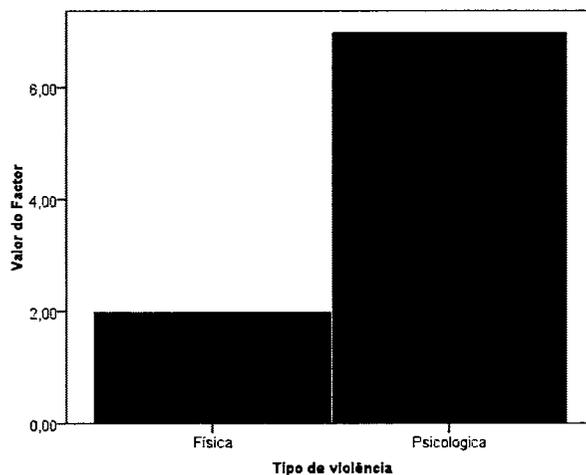


Figura 20. Respostas ao Factor Passividade/Acessibilidade em função do tipo de violência sofrida.



Anexo C.9. Teste de Independência do Qui-Quadrado Factor Passividade/Actividade

Quadro 10. Valor do teste Qui-Quadrado em função da idade de início, repetição do abuso e anos de duração do abuso para o Factor III

	Idade de início do abuso			Repetição do Abuso			Anos de Duração do abuso		
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,000	16	,143	11,000	8	,202	26,125	24	,347
Likelihood Ratio	16,710	16	,405	12,891	8	,116	25,707	24	,368
Linear-by-Linear Association	,284	1	,594	,348	1	,555	,057	1	,812
N of Valid Cases	11			11			11		

Quadro 11. Valor do teste Qui-Quadrado em função da coabitação agressor-vítima, parentesco, violência e tipo de violência para o Factor III

	Coabitação agressor-vítima			Relação de parentesco agressor-Vítima			Violência			Tipo de violência para manter o abuso		
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-S	6,967	8	,540	26,125	24	,347	10,000	7	,189	9,000	6	,174
Likelihood Ratio	9,613	8	,293	22,935	24	,524	6,502	7	,483	9,535	6	,146
Linear-by-Linear	,006	1	,936	,964	1	,326	1,738	1	,187	,211	1	,646
N of Valid Cases	11			11			10			9		

Anexo C.10. Respostas ao factor Tenso/Sereno em função das variáveis abuso.

Figura 20. Respostas ao Factor Tenso/Sereno em função da idade de início do abuso.

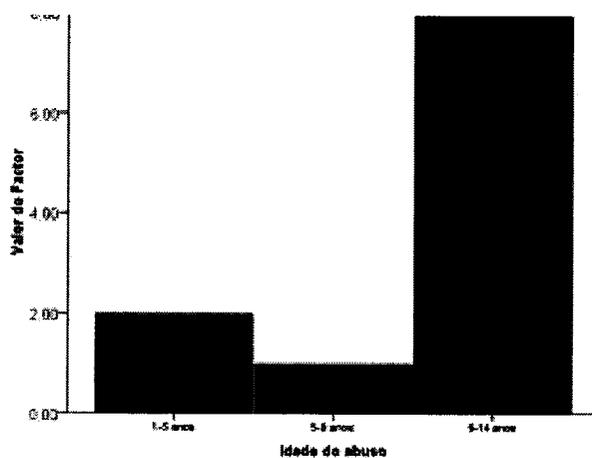


Figura 21. Respostas ao Factor Tenso/Sereno em função da repetição do abuso.

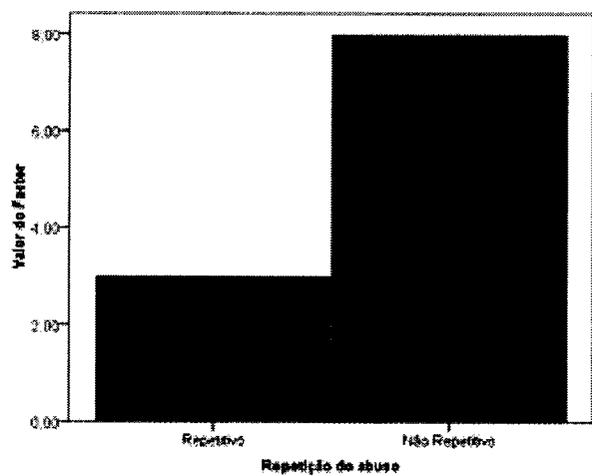


Figura 22. Respostas ao Factor Tenso/Sereno em função dos anos de abuso.

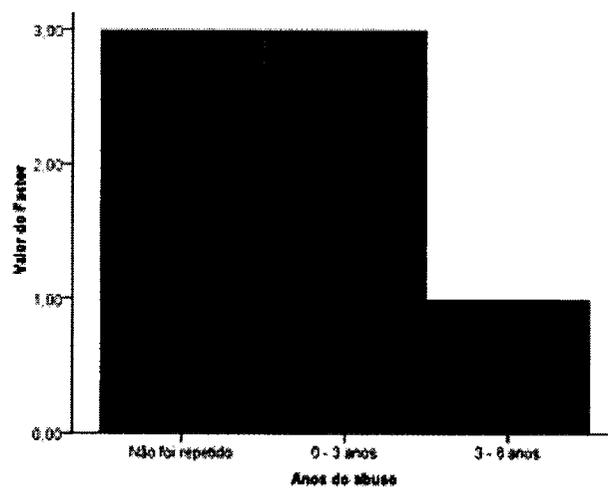


Figura 23. Respostas ao Factor Tenso/Sereno em função da Coabitação Agressor - Vítima

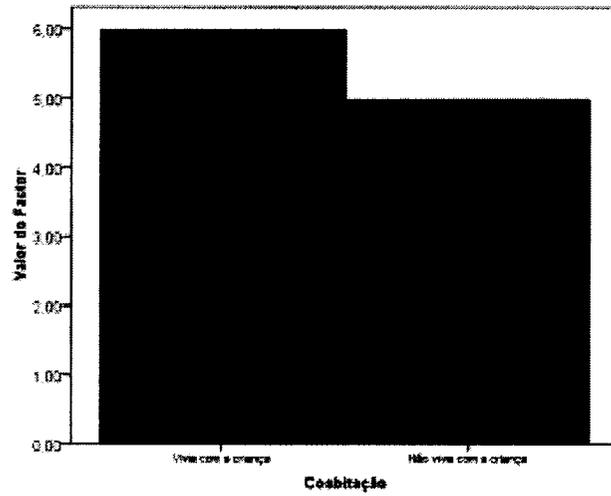


Figura 24. Respostas ao Factor Tenso/Sereno em função da Relação Agressor-vítima.

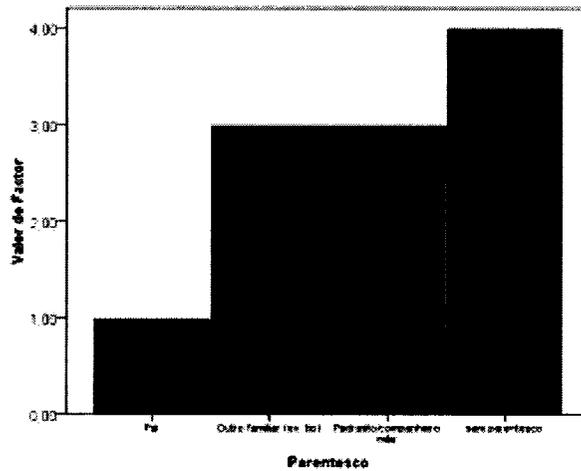


Figura 25. Respostas ao Factor Tenso/Sereno em função da violência Sofrida.

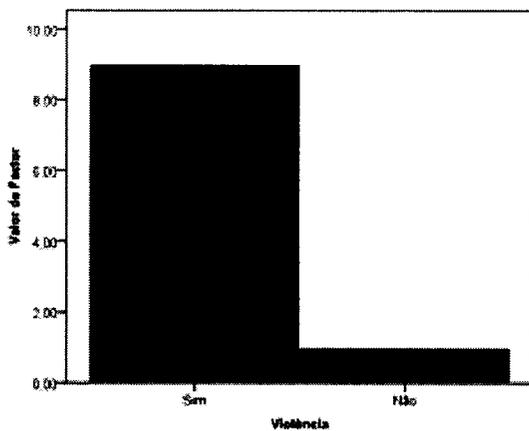
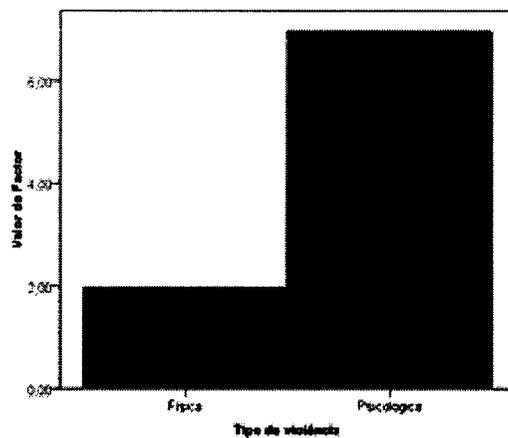


Figura 26. Respostas ao Factor Tenso/Sereno em função do tipo de violência Sofrida.



Anexo C.11. Teste de Independência do Qui-Quadrado para o Factor Tenso/Sereno

Quadro 12. Valor do teste Qui-Quadrado em função da idade de início, repetição do abuso e anos de duração do abuso para o Factor IV

	Idade de início do abuso			Repetição do Abuso			Anos de Duração do abuso		
	Value	df	Asymp.	Value	df	Asymp.	Value	df	Asymp.
			Sig. (2-sided)			Sig. (2-sided)			Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,000	8	,005	6,799	4	,147	9,014	12	,702
Likelihood Ratio	16,710	8	,033	7,484	4	,112	9,751	12	,638
Linear-by-Linear A	,029	1	,864	,069	1	,792	,032	1	,858
N of Valid Cases	11			11			11		

Quadro13. Valor do teste Qui-Quadrado em função da coabitação agressor-vítima, parentesco, violência e tipo de violência para o Factor IV

	Coabitação agressor- vítima			Relação de parentesco agressor-Vítima			Violência			Tipo de violência para manter o abuso		
	Value	df	Asymp. Sig.	Value	df	Asymp. Sig.	Value	df	Asymp. Sig.	Value	df	Asymp. Sig.
Pearson Chi-S	5,622	4	,229	17,569	12	,129	10,00	3	,019	4,179	2	,124
Likelihood Ratio	7,520	4	,111	13,571	12	,329	6,502	3	,090	4,128	2	,127
Linear-by-Linear	4,500	1	,034	,321	1	,571	1,438	1	,230	1,504	1	,220
N of Valid Cases	11			11						9		

Anexo C. 12. Coeficiente de Correlação de Spearman para os Abusos sexuais e o BIQ

Quadro 14. Coeficiente de Correlação de Spearman para cada variável relativa ao abuso Sexual infantil e os factores que constituem o BIQ

		Idade do abuso	Repetição do abuso	Anos do abuso	Agressor	Parentesco	Violência	Tipo violência
Idade do abuso	R	1,000	,618*	,683	,111	,391	-,580	,661
	P	.	,043	,091	,746	,235	,079	,052
	N	11	11	7	11	11	10	9
Duração do abuso	R	,618*	1,000	,935**	-,261	,303	,167	1,000**
	P	,043	.	,002	,438	,365	,645	.
	N	11	11	7	11	11	10	9
Anos do abuso	R	,683	,935**	1,000	-,468	,303	.	,894*
	P	,091	,002	.	,290	,509	.	,016
	N	7	7	7	7	7	6	6
Agressor	R	,111	-,261	-,468	1,000	-,121	-,333	-,478
	P	,746	,438	,290	.	,724	,347	,193
	N	11	11	7	11	11	10	9
Parentesco	R	,391	,303	,303	-,121	1,000	,369	,000
	P	,235	,365	,509	,724	.	,294	1,000
	N	11	11	7	11	11	10	9
Violência	R	-,580	,167	.	-,333	,369	1,000	.
	P	,079	,645	.	,347	,294	.	.
	N	10	10	6	10	10	10	9
Tipo de violência	R	,661	1,000**	,894*	-,478	,000	.	1,000
	P	,052	.	,016	,193	1,000	.	.
	N	9	9	6	9	9	9	9
Factor I	R	,000	,163	,642	,204	-,398	-,177	,261
	P	1,000	,632	,120	,547	,225	,625	,498
	N	11	11	7	11	11	10	9
Factor II	R	-,070	,455	,642	,029	-,172	,409	,261
	P	,838	,160	,120	,932	,613	,241	,498
	N	11	11	7	11	11	10	9
Factor III	R	,017	,130	,231	-,058	,150	,525	-,209
	P	,959	,704	,618	,865	,660	,119	,590
Factor IV	R	,228	,035	,021	,694*	-,044	-,591	-,309
	P	,499	,918	,964	,018	,898	,072	,418
	N	11	11	7	11	11	10	9
	N	11	11	7	11	11	10	9

Anexo C.13. Análise da normalidade do Questionário YSR

Quadro 15. Teste de normalidade às escalas do YSR

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Anti_social	,110	33	,200*	,945	33	,095
Problemas de Atenção	,144	33	,079	,943	33	,083
Ansiedade/Depressão	,177	33	,010	,881	33	,002
Isolamento Social	,153	33	,047	,972	33	,550
Queixas somáticas	,184	33	,006	,862	33	,001
Problemas de Pensamento	,153	33	,050	,907	33	,008
YSR Score total	,117	33	,200*	,951	33	,139
Síndrome de internalização	,104	33	,200*	,942	33	,076
Síndrome de Externalização	,108	33	,200*	,959	33	,238

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Anexo C.14. Médias para a população portuguesa (Fonseca & Monteiro, 1999).

Quadro 16. Médias para a população portuguesa encontrada por Fonseca e Monteiro (1999) no estudo de adaptação e aferição do questionário.

Escalas	Média	Desvio-padrão
YSR Total	40,80	19,65
Comportamento Anti-social	1,92	2,48
Problemas de Atenção/Hiperactividade	7,40	4,29
Ansiedade/Depressão	4,46	3,74
Isolamento	6,47	2,89
Queixas Somáticas	3,11	2,61
Problemas de Pensamento	1,85	2,07
Síndrome de Externalização	8,35	5,58
Síndrome de Internalização	13,32	7,11

In Fonseca & Monteiro, 1999

Anexo C.15. Comparação dos resultados das escalas do questionário entre os grupos da amostra

Quadro 17. Comparação dos resultados entre o GVN e GVASI

	Grupo	Mean Rank	Sum of Ranks
Comportamento	GVN	13.32	146.50
Anti-Social	GVASI	9.68	106.50
Atenção/	GVN	11.77	129.50
Hiperactividade	GVASI	11.23	123.50
Ansiedade/	GVN	12.36	136.00
Depressão	GVASI	10.64	117.00
Isolamento social	GVN	11.18	123.00
	GVASI	11.82	130.00
Queixas Somáticas	GVN	12.68	139.50
	GVASI	10.32	113.50
Problemas de Pensamento	GVN	11.64	128.00
	GVASI	11.36	125.00

Quadro 18. Comparação dos resultados entre o GVASI e GNVV

	Grupo	Mean Rank	Sum of Ranks
Comportamento	GVASI	11.41	125.50
Anti-social	GNVV	11.59	127.50
Atenção/	GVASI	13.64	150.00
Hiperactividade	GNVV	9.36	103.00
Ansiedade/	GVASI	13.64	150.00
Depressão	GNVV	9.36	103.00
Isolamento Social	GVASI	12.09	133.00
	GNVV	10.91	120.00
Queixas Somáticas	GVASI	11.59	127.50
	GNVV	11.41	125.50
Problemas de Pensamento	GVASI	12.55	138.00
	GNVV	10.45	115.00

Quadro 19. Comparação dos resultados entre o GVN e GNVV

	Grupo	Mean Rank	Sum of Ranks
Comportamento Anti-social	GVN	13.77	151.50
	GNVV	9.23	101.50
Atenção/ Hiperactividade	GVN	13.91	153.00
	GNVV	9.09	100.00
Ansiedade/ Depressão	GVN	14.27	157.00
	GNVV	8.73	96.00
Isolamento social	GVN	12.45	137.00
	GNVV	10.55	116.00
Queixas Somáticas	GVN	12.86	141.50
	GNVV	10.14	111.50
Problemas de Pensamento	GVN	12.59	138.50
	GNVV	10.41	114.50

Quadro 20. Comparação dos resultados entre GNV e GNVV

	Grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Comportamento Anti_social	GVV	22	18.09	398.00
	GNVV	11	14.82	163.00
	Total	33		
Problemas de Atenção/ Hiperactividade	GVV	22	19.27	424.00
	GNVV	11	12.45	137.00
	Total	33		
Problemas de Ansiedade/ Depressão	GVV	22	19.45	428.00
	GNVV	11	12.09	133.00
	Total	33		
Isolamento Social	GVV	22	17.77	391.00
	GNVV	11	15.45	170.00
	Total	33		
Queixas Somáticas	GVV	22	17.73	390.00
	GNVV	11	15.55	171.00
	Total	33		
Problemas de Pensamento	GVV	22	18.07	397.50
	GNVV	11	14.86	163.50
	Total	33		

Quadro 21. Comparação dos resultados das escalas do questionário entre a amostra.

	GVN vs GVASI			GVN vs GNVV			GVASI vs GNVV			GVV vs GNVV		
	U	Z	P	U	Z	P	U	Z	P	U	Z	P
Comportamento Anti-social	40.500	-1.319	0.187	35.500	-1.657	0.097	59.500	-0.066	0.947	97.00	-0.922	0.357
Problemas de Atenção/ hiperactividade	57.500	-0.198	0.843	34.000	-1.75	0.080	37.000	-1.55	0.121	71.00	-1.91	0.055
Ansiedade/ Depressão	51.00	-0.628	0.530	30.000	-2.019	0.043	37.000	-1.56	0.118	67.00	-2.07	0.038
Isolamento		-0.166	0.869	50.000	-0.696	0.486	54.000	-0.433	0.665	104.00	-0.655	0.513
Queixas somáticas	47.500	-0.865	0.387	45.500	-0.998	0.318	59.500	-0.067	0.946	105.00	-0.620	0.535
Problemas de Pensamento/ Esquizóide	59.000	-0.100	0.921	48.500	-0.800	0.424	49.00	-0.773	0.440	97.5	-0.910	0.363

Anexo C.16. Respostas às Escalas do YSR em função das variáveis Abuso

Figura 27. Respostas à Escala Comportamentos Anti-sociais em função da idade de início do abuso.

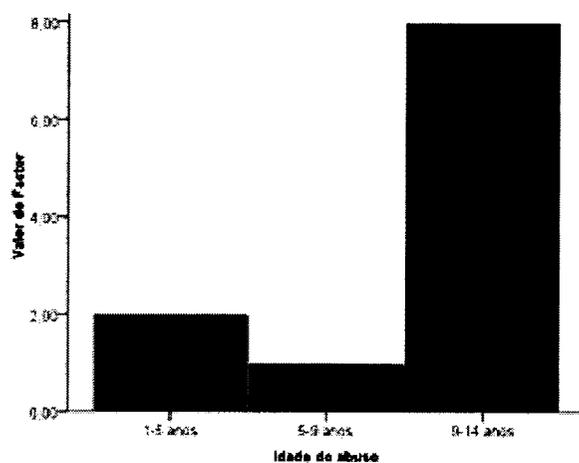


Figura 28. Respostas à Escala Problemas de Atenção em função da idade de início do abuso

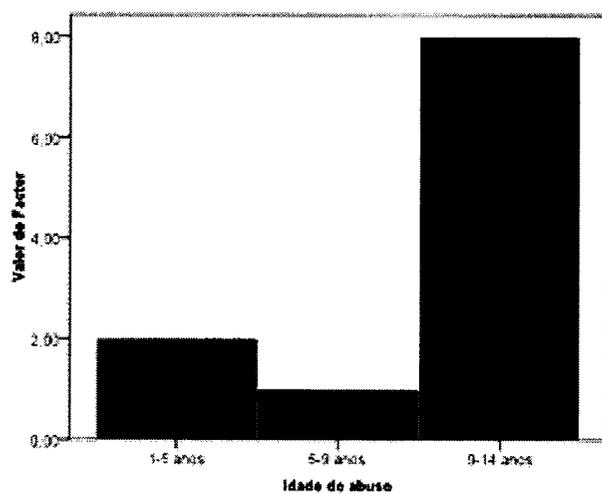


Figura 29. Respostas à Escala Ansiedade/Depressão em função da idade de início do abuso

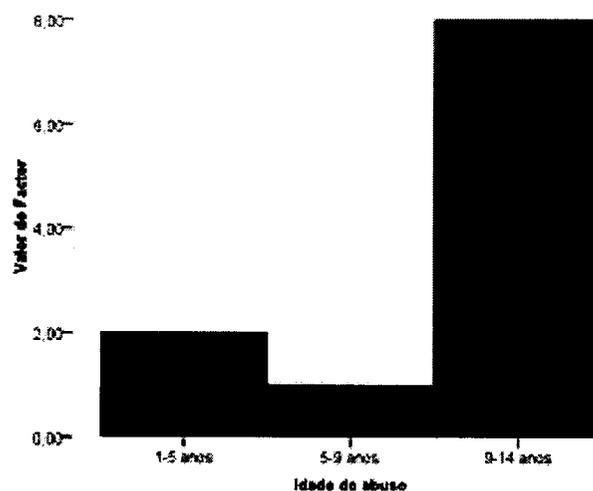


Figura 30. Respostas à Escala Comportamentos Anti-Sociais em função da repetição do abuso

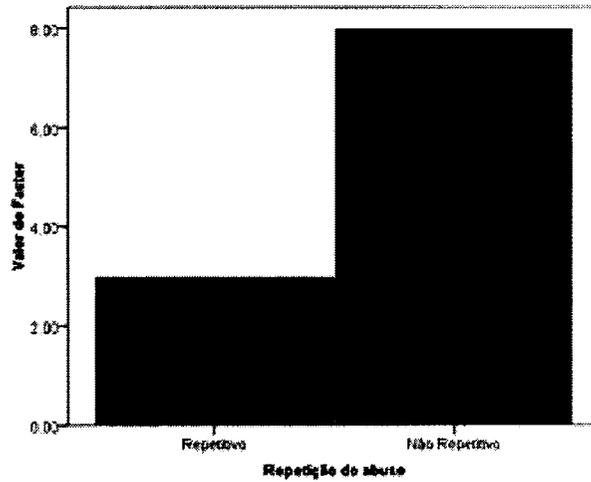


Figura 31. Respostas à Escala Problemas de Atenção em função da repetição do abuso

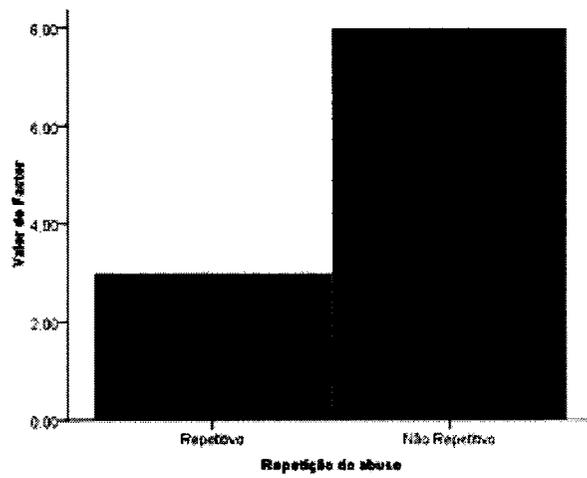


Figura 32. Respostas à Escala Ansiedade/Depressão em função da repetição do abuso

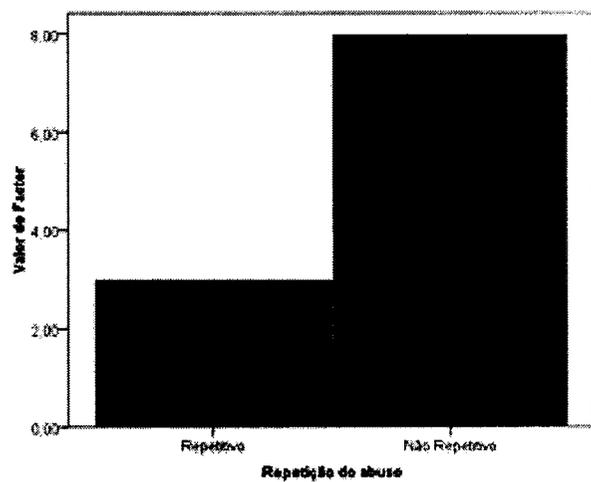


Figura 33. Respostas à Escala Comportamentos Anti-Sociais em função da Coabitação Agressor -vítima

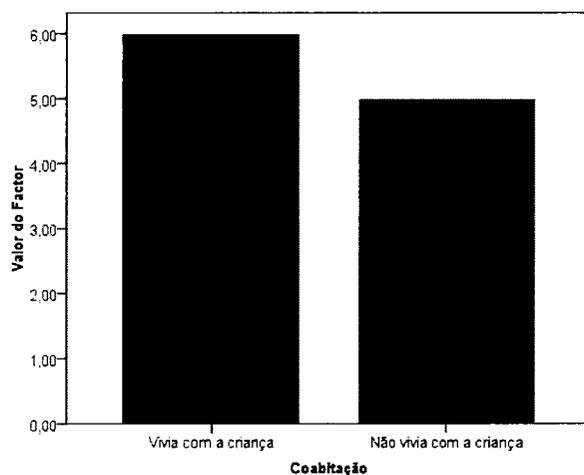


Figura 34. Respostas à Escala Problemas de Atenção em função da Coabitação Agressor -vítima

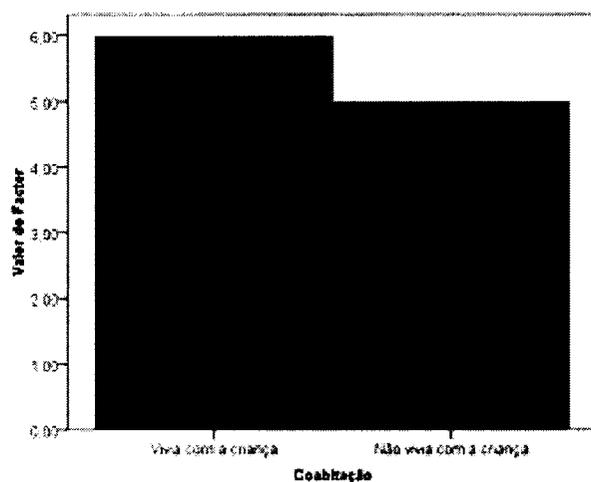


Figura 35. Respostas à Escala Ansiedade/Depressão em função da Coabitação Agressor -vítima

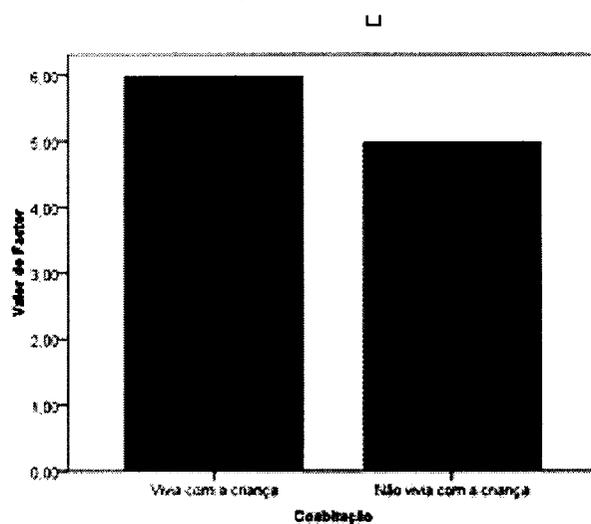


Figura 36. Respostas à Escala Comportamentos Anti-Sociais em função do Tipo de violência sofrido

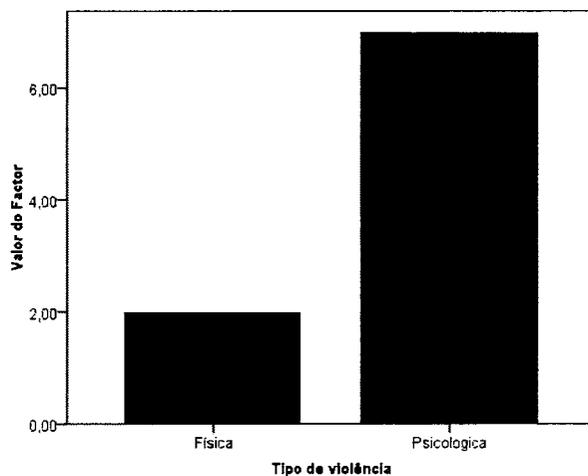


Figura 37. Respostas à Escala Comportamentos Problemas de Atenção em função do Tipo de violência sofrido

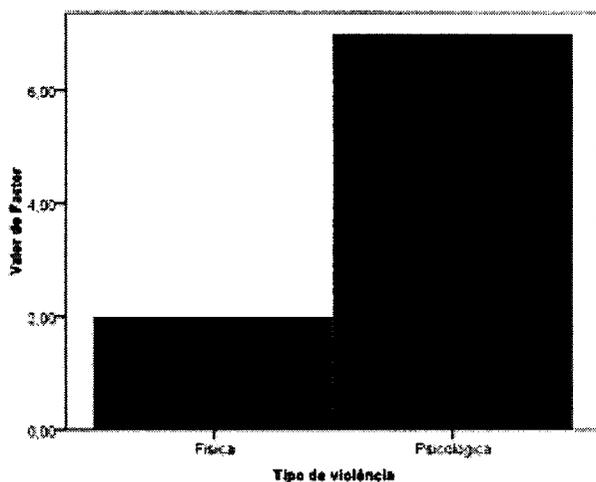


Figura 38. Respostas à Escala Ansiedade/Depressão em função do Tipo de violência sofrido

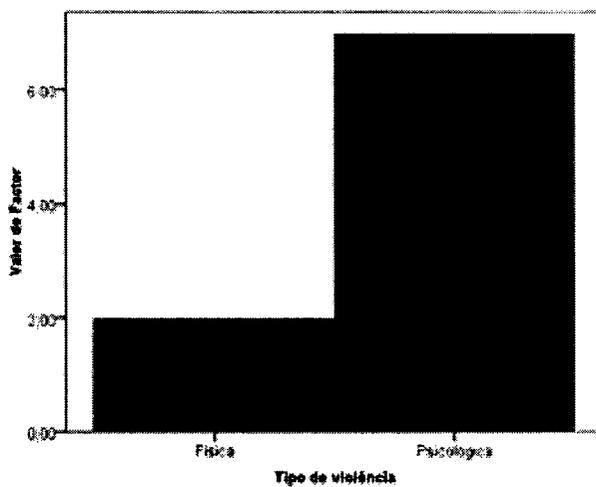


Figura 39. Respostas à Escala Problemas de Pensamento em função da idade de início do abuso

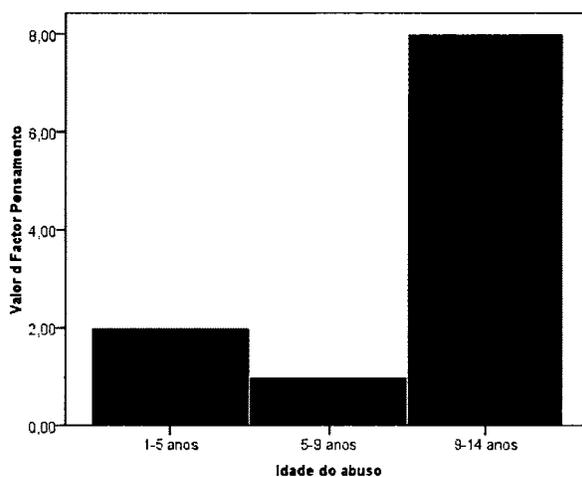


Figura 40. Respostas à Escala Isolamento Social em função da idade de início do abuso

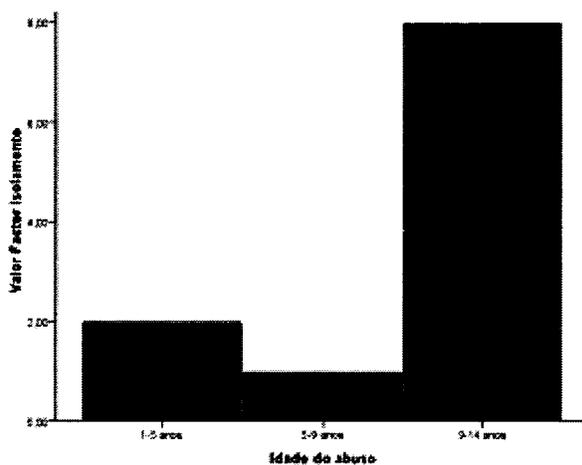


Figura 41. Respostas à Escala Queixas somáticas em função da idade de início do abuso

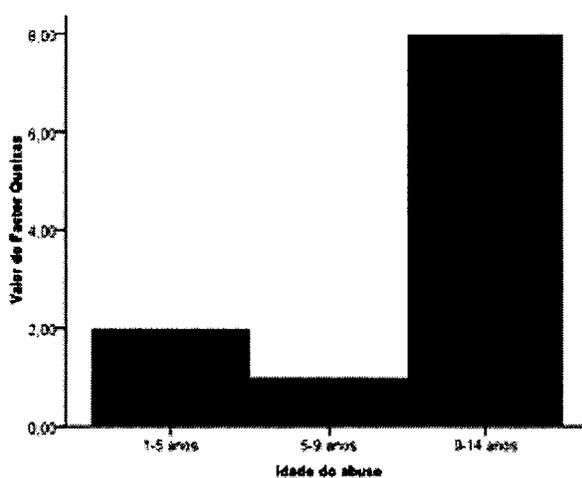


Figura 42. Respostas à Escala Problemas de Pensamento em função da Repetição do abuso

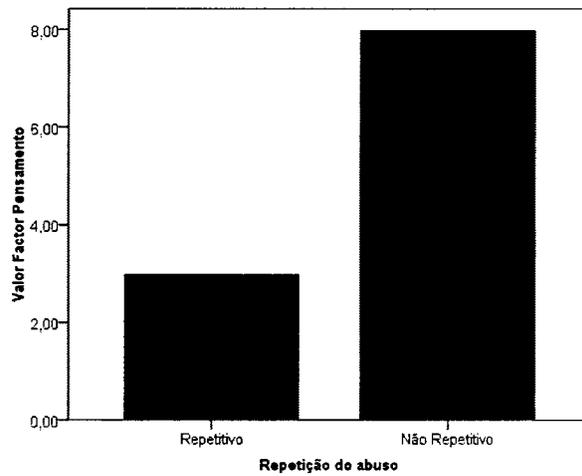


Figura 43. Respostas à Escala Isolamento em função da repetição do abuso

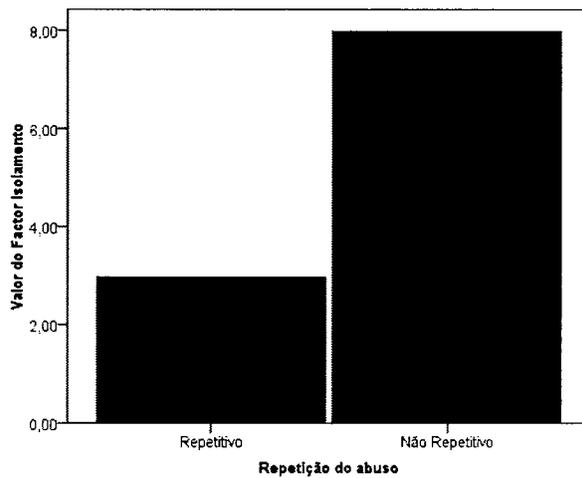


Figura 44. Respostas à Escala Queixas somáticas em função da repetição do abuso

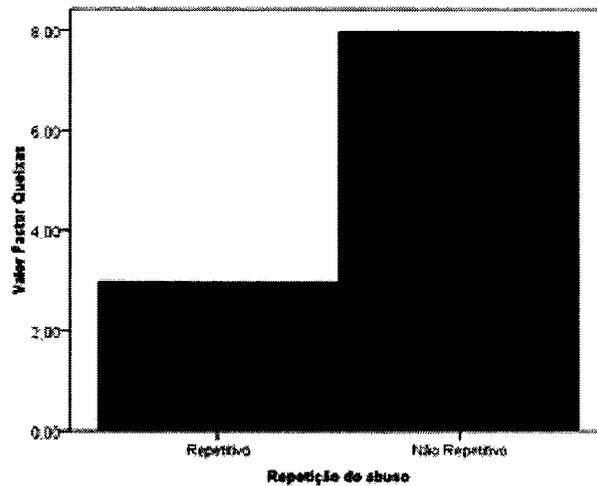


Figura 45. Respostas à Escala Problemas de Pensamento em função da Coabitação Agressor-Vítima

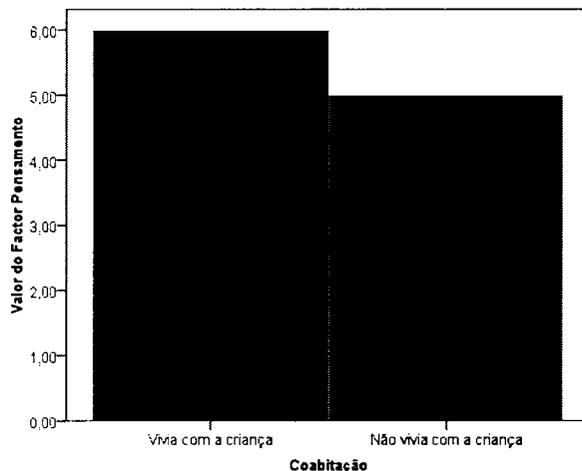


Figura 46. Respostas à Escala Isolamento em função da Coabitação Agressor-Vítima

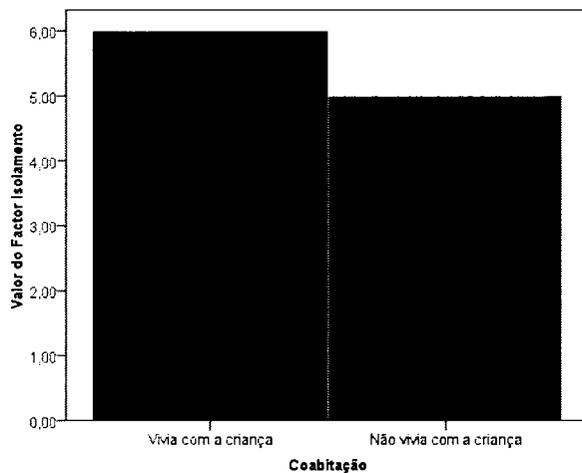
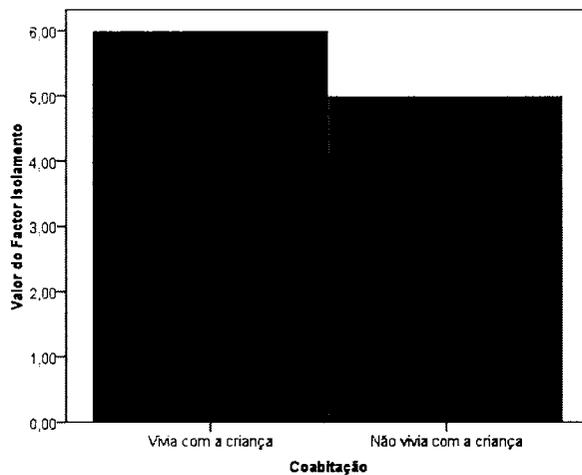


Figura 47. Respostas à Escala Queixas Somáticas em função da Coabitação Agressor-Vítima



Anexo C.17. Síndromes Internalização e Externalização em função das variáveis abuso sexual.

Quadro 22. Comparação do valor das síndromes em função das variáveis abuso sexual.

Variáveis	Internalização		Externalização	
	Chi-Square	P	Chi-Square	P
Idade de início do abuso	,046	,977	1,071	,585
Repetição do abuso	,515	,473	,011	,918
Anos de repetição do abuso	,200	,655	1,000	,317
Coabitação	,412	,521	,000	1,000
Parentesco vítima-agressor	4,646	,200	4,652	,199
Tipo de Violência	2,143	,143	,198	,657

Anexo C.18. Teste do Qui Quadrado em Função das variáveis relativas ao abuso sexual infantil e as escalas do YSR.

Quadro 23. Comparação das médias em função das variáveis relativas ao abuso para as escalas Comportamento anti-social, Atenção e Ansiedade/Depressão.

Variáveis	Anti-Social			Atenção			Queixas somáticas		
	Pearson	df	Asymp. Sig.	Pearson	df	Asymp. Sig.	Pearson	df	Asymp. Sig.
Idade de início do abuso	10,313	16	,850	12,375	14	,576	8,250	10	,604
Repetição do abuso	5,958	8	,652	5,958	7	,545	3,858	5	,570
Anos de repetição do abuso	9,333	10	,501	11,667	10	,308	10,889	8	,208
Coabitação	8,983	8	,344	6,967	7	,432	4,278	5	,510
Parentesco vítima-agressor	22,458	24	,552	19,250	21	,569	14,743	15	,470
Violência	10,000	8	,265	4,444	7	,727	2,593	5	,762
Tipo de Violência	6,107	7	,527	6,107	7	,527	5,143	5	,399

Quadro 24. Comparação das médias em função das variáveis relativas ao abuso para as escalas Comportamento anti-social, Atenção e Ansiedade/Depressão.

Variáveis	Ansiedade/Depressão			Isolamento			Problemas de Pensamento		
	Pearson	df	Asymp. Sig.	Pearson	df	Asymp. Sig.	Pearson	df	Asymp. Sig.
Idade de início do abuso	13,750	16	,617	15,813	14	,325	8,594	8	,378
Repetição do abuso	8,479	8	,388	11,000	7	,139	4,698	4	,320
Anos de repetição do abuso	9,333	10	,501	9,333	10	5,01	4,667	6	,587
Coabitação	8,983	8	,344	8,311	7	,306	6,967	4	,138
Parentesco vítima-agressor	29,792	24	,192	28,111	21	,137	20,243	12	0,63
Violência	4,444	7	,727	4,444	6	,617	2,593	3	,459
Tipo de Violência	9,000	7	,253	9,000	6	,174	1,768	3	,622

Anexo C. 19. Coeficiente de correlação de Spearman para cada variável relativa ao abuso Sexual infantil e as escalas que constituem o YSR

Quadro 25. Correlação entre as variáveis abuso e o YSR

		Idade do abuso	Repetição do abuso	Anos do abuso	Agressor	Parentesco	Violência	Tipo de violência
Comportamento Anti-social	Correlation C.	,586	,130	,292	,087	,488	-,524	-,052
	Sig. (2-tailed)	,058	,704	,525	,799	,127	,120	,894
	N	11	11	7	11	11	10	9
Problema de Atenção	Correlation C	,061	-,065	-,019	,000	,659*	-,117	-,260
	Sig. (2-tailed)	,858	,849	,967	1,000	,027	,748	,500
	N	11	11	7	11	11	10	9
Ansiedade/ Depressão	Correlation C	-,219	-,162	-,039	,087	,684*	,350	-,520
	Sig. (2-tailed)	,518	,634	,934	,799	,020	,321	,152
	N	11	11	7	11	11	10	9
Isolamento Social	Correlation C	,009	-,392	-,389	,467	,312	-,236	-,737*
	Sig. (2-tailed)	,980	,233	,388	,147	,350	,512	,023
	N	11	11	7	11	11	10	9
Queixas Somáticas	Correlation C	,513	,233	,761*	-,119	,630*	-,416	,211
	Sig. (2-tailed)	,107	,490	,047	,727	,038	,231	,585
	N	11	11	7	11	11	10	9
Problemas de Pensamento	Correlation C	,126	-,334	-,436	,419	,366	-,304	-,436
	Sig. (2-tailed)	,712	,315	,328	,200	,268	,393	,240
	N	11	11	7	11	11	10	9
Internalização	Correlation C	,061	-,227	,000	,203	,674*	-,116	-,518
	Sig. (2-tailed)	,858	,502	1,000	,549	,023	,749	,154
	N	11	11	7	11	11	10	9
Externalização	Correlation C	,315	,032	,118	,000	,642*	-,293	-,157
	Sig. (2-tailed)	,345	,924	,801	1,000	,033	,412	,686
	N	11	11	7	11	11	10	9

Anexo C. 20. Correlação de Spearman entre os itens do BIQ e as Escalas do YSR

Quadro 26. Correlação de Spearman entre os itens do BIQ e as Escalas do YSR para o grupo vítimas de Negligência

	Saúde	Bonito	Prazer	Feminino	Limpo	Medroso	Vazio	Tocar	Frio	Irritado	Esconder	Sereno	Fraco	Alegre	Olhar	Energético	Livre	Gostar	Desejado
Anti-social	C ,284 p ,398	- ,106 ,757	,096 ,779	- ,501 ,116	,401 ,222	- ,333 ,316	,206 ,544	- ,153 ,654	,189 ,577	- ,085 ,805	- ,563 ,071	,067 ,844	- ,132 ,700	- ,235 ,487	- ,610 ,046	,541 ,086	,166 ,625	,391 ,235	- ,288 ,390
Atenção	c ,394 p ,231	- ,399 ,224	- ,052 ,880	- ,502 ,115	,352 ,289	- ,299 ,372	,057 ,869	- ,273 ,417	,277 ,409	,231 ,495	- ,692 ,018	,055 ,872	- ,177 ,604	- ,192 ,573	- ,438 ,178	,375 ,256	,273 ,417	,495 ,122	- ,150 ,660
Ansiedade	C ,522 P ,100	- ,319 ,339	- ,075 ,826	- ,409 ,211	,051 ,881	- ,483 ,132	- ,023 ,948	- ,106 ,757	,326 ,329	,451 ,164	- ,667 ,025	- ,010 ,976	- ,218 ,519	- ,521 ,100	- ,020 ,954	,101 ,768	- ,031 ,928	,407 ,215	,076 ,823
Isolamento	C ,140 P ,682	- ,116 ,734	- ,111 ,746	- ,352 ,289	,201 ,584	- ,140 ,681	,486 ,129	,306 ,360	,110 ,748	- ,132 ,699	- ,183 ,591	,536 ,089	,125 ,715	,170 ,618	- ,344 ,300	,568 ,068	,091 ,790	,599 ,052	- ,054 ,876
Queixas	C ,076 P ,824	,040 ,906	,274 ,415	- ,252 ,455	,453 ,162	- ,227 ,502	,281 ,403	- ,031 ,929	,325 ,329	- ,271 ,420	- ,449 ,166	,213 ,529	,052 ,880	,083 ,809	- ,627 ,039	,555 ,076	,167 ,624	,489 ,127	- ,193 ,569
Pensamento	C ,175 P ,607	- ,260 ,440	- ,060 ,862	- ,456 ,158	,456 ,158	- ,356 ,282	,355 ,285	- ,010 ,978	,249 ,459	- ,019 ,956	- ,574 ,065	,268 ,426	- ,150 ,661	,017 ,960	- ,517 ,103	,684 ,020	,214 ,527	,544 ,083	- ,043 ,900
Internalização	C ,263 P ,435	- ,207 ,542	- ,037 ,914	- ,501 ,116	,200 ,555	- ,534 ,091	,140 ,682	- ,099 ,773	,423 ,194	,242 ,474	- ,757 ,007	,075 ,827	- ,258 ,443	- ,203 ,549	- ,492 ,124	,490 ,126	,151 ,657	,627 ,039	- ,032 ,925
Externalização	C ,345 P ,299	- ,322 ,335	,000 ,1,000	- ,500 ,117	,400 ,223	- ,316 ,343	,127 ,709	- ,211 ,534	,164 ,588	,089 ,795	- ,684 ,020	,045 ,896	- ,173 ,610	- ,237 ,484	- ,489 ,127	,482 ,134	,271 ,420	,427 ,191	- ,213 ,529

Quadro 27. Correlação de Spearman entre os itens do BIQ e as Escalas do YSR para o grupo vítimas de Abuso Sexual infantil

	Saúde	Bonito	Prazer	Feminino	Limpo	Medroso	Vazio	Tocar	Frio	Irritado	Esconder	Sereno	Fraco	Alegre	Olhar	Energético	Livre	Gostar	Desejado
Anti-social	C	,064	-,017	,376	,521	-,581	-,010	,228	-,063	,323	-,102	-,087	,166	,157	-,303	-,546	,010	-,376	-,335
	P	,852	,961	,255	,101	,061	,977	,500	,854	,333	,766	,798	,625	,646	,366	,082	,976	,255	,315
Atenção	C	,097	,272	-,007	,422	-,668	,507	-,284	-,223	,204	-,650	-,210	,182	-,148	-,237	-,285	,106	-,007	-,458
	P	,776	,419	,983	,197	,025	,111	,397	,511	,547	,030	,535	,593	,665	,483	,395	,756	,983	,157
Ansiedade	C	,237	,593	,170	,160	-,388	,494	-,325	-,005	,405	-,769	-,487	-,086	-,210	-,140	-,164	,141	,170	-,374
	P	,484	,055	,618	,638	,238	,123	,330	,988	,217	,006	,129	,802	,535	,682	,631	,678	,618	,257
Isolamento	C	,183	,239	,186	,151	-,135	,371	,166	-,119	,259	-,049	,219	,033	-,216	,000	,063	,371	,186	,219
	P	,589	,480	,585	,657	,692	,261	,626	,726	,442	,887	,518	,923	,523	1,000	,853	,261	,585	,518
Queixas	C	-,112	,192	-,157	,412	-,462	,220	,177	-,239	,070	-,294	-,134	,458	-,175	-,112	-,445	-,099	-,157	-,480
	P	,743	,572	,645	,208	,152	,516	,602	,479	,838	,381	,695	,156	,606	,743	,170	,773	,645	,135
Pensamento	C	,185	-,087	-,167	,183	-,233	,284	,180	-,682	,300	-,224	,000	,265	-,022	,005	-,366	-,281	-,167	-,209
	P	,585	,799	,623	,590	,490	,398	,596	,021	,370	,507	1,000	,431	,950	,989	,268	,402	,623	,538
Inter	C	,194	,373	,029	,320	-,402	,435	-,080	-,192	,310	-,508	-,185	,123	-,337	-,142	-,237	,081	,029	-,297
	P	,568	,259	,931	,337	,220	,181	,815	,572	,353	,111	,587	,718	,312	,677	,484	,813	,931	,375
Exter	C	-,021	,204	-,185	,484	-,665	,249	-,007	-,083	,294	-,402	-,213	,169	,070	-,223	-,429	,121	-,185	-,415
	P	,950	,548	,587	,131	,025	,461	,983	,807	,380	,220	,530	,619	,837	,510	,188	,722	,587	,204

Quadro 28. Correlação de Spearman entre os fatores do BIQ e as Escalas do YSR para o grupo Não vítimas de violência

	Saúde	Bonito	Prazer	Feminino	Limpio	Medroso	Vazio	Tocar	Frio	Irritado	Escond	Sereno	Fraco	Alegre	Olhar	Energético	Livre	Gostar	Desejado
Anti-social	C	,064	-,017	,521	-,301	-,581	-,010	,228	-,063	,323	-,102	-,087	,166	,157	-,303	-,546	,010	-,376	-,335
	P	,852	,961	,101	,368	,061	,977	,500	,854	,333	,766	,798	,625	,646	,366	,082	,976	,255	,315
Atenção	C	,097	,272	-,007	,422	-,668	,507	-,284	-,223	,204	-,650	-,210	,182	-,148	-,237	-,285	,106	-,007	-,458
	P	,776	,419	,983	,197	,025	,111	,397	,511	,547	,030	,535	,593	,665	,483	,395	,756	,983	,157
Ansiedade	C	,237	,593	,170	,160	-,388	,494	-,325	-,005	,405	-,769	-,487	-,086	-,210	-,140	-,164	,141	,170	-,374
	P	,484	,055	,618	,638	,238	,123	,330	,988	,217	,006	,129	,802	,535	,682	,631	,678	,618	,257
Isolamento	C	,183	,239	,186	,151	-,135	,371	,166	-,119	,259	-,049	,219	,033	-,216	,000	,063	,371	,186	,219
	P	,589	,480	,585	,657	,692	,261	,626	,726	,442	,887	,518	,923	,523	1,000	,853	,261	,585	,518
Queixas	C	-,112	,192	-,157	,412	-,462	,220	,177	-,239	,070	-,294	-,134	,458	-,175	-,112	-,445	-,099	-,157	-,480
	P	,743	,572	,645	,208	,762	,152	,602	,479	,838	,381	,695	,156	,606	,743	,170	,773	,645	,135
Pensamento	C	,185	-,087	-,167	,183	-,233	,284	,180	-,682	,300	-,224	,000	,265	-,022	,005	-,366	-,281	-,167	-,209
	P	,585	,799	,623	,590	,148	,398	,596	,021	,370	,507	1,000	,431	,950	,989	,268	,402	,623	,538
Internalização	C	,194	,373	,029	,320	-,402	,435	-,080	-,192	,310	-,508	-,185	,123	-,337	-,142	-,237	,081	,029	-,297
	P	,568	,259	,931	,337	,221	,181	,815	,572	,353	,111	,587	,718	,312	,677	,484	,813	,931	,375
Externalizacão	C	-,021	,204	-,185	,484	-,665	,249	-,007	-,083	,294	-,402	-,213	,169	,070	-,223	-,429	,121	-,185	-,415
	P	,950	,548	,587	,131	,455	,461	,983	,807	,380	,220	,530	,619	,837	,510	,188	,722	,587	,204

Anexo C. 21. Correlação de Spearman para as escalas do YSR e os Factores do BIQ

Quadro 29. Correlação de Spearman para as escalas do YSR e os Factores do BIQ para o grupo vítimas de Negligência

	Comportamento Anti-social	Atenção	Ansiiedade/ Depressão	Isolamento Social	Queixas somáticas	Problemas de Pensamento	Internalizacáo	Externalizacáo	I	II	III	IV
Comportamento Anti-social	1,000	,874** ,000	,457 ,158	,600 ,051	,885** ,000	,859** ,001	,804** ,003	,938** ,000	-,647** ,031	,115 ,737	,019 ,957	,275 ,414
Problemas de atencáo/ hiperactividade	,874** ,000	1,000	,671** ,024	,511 ,108	,713** ,014	,863** ,001	,881** ,000	,968** ,000	-,609** ,047	,126 ,711	,049 ,886	,355 ,283
Ansiiedade/ Depressáo	,457 ,158	,671** ,024	1,000	,248 ,463	,283 ,398	,540 ,086	,769** ,006	,605** ,049	-,325 ,330	-,134 ,696	-,007 ,983	,408 ,213
Isolamento Social	,600 ,051	,511 ,108	,248 ,463	1,000	,763** ,006	,794** ,004	,703** ,016	,493 ,123	,033 ,923	,310 ,353	,191 ,573	,521 ,101
Queixas somáticas	,885** ,000	,713** ,014	,283 ,398	,763** ,006	1,000	,863** ,001	,766** ,006	,751** ,008	-,532 ,092	,394 ,231	,187 ,582	,158 ,643
Problemas de Pensamento	,859** ,001	,863** ,001	,540 ,086	,794** ,004	,863** ,001	1,000	,919** ,000	,853** ,001	-,472 ,143	,271 ,419	,021 ,951	,490 ,126
Internalizacáo	,804** ,003	,881** ,000	,769** ,006	,703** ,016	,766** ,006	,919** ,000	1,000	,843** ,001	-,508 ,110	,161 ,637	-,042 ,903	,402 ,220
Externalizacáo	,938** ,000	,968** ,000	,605** ,049	,493 ,123	,751** ,008	,853** ,001	,843** ,001	1,000	-,648** ,031	,096 ,779	,014 ,968	,344 ,300

Quadro 30. Correlação de Spearman para as escalas do YSR e os Factores do BIQ para o grupo vítimas de Abuso

	Comportamento Anti-social	Atenção	Ansiiedade	Isolamento social	Queixas somáticas	Problemas de Pensamento	Internalização	Externalização	I	II	III	IV
Comportamento Anti-social	C. 1,000 Sig. .	,623* ,041	,356 ,283	,492 ,124	,774** ,005	,490 ,126	,601 ,051	,894** ,000	,007 ,984	-,276 ,412	-,316 ,345	,412 ,208
Problema de Atenção/Hiperactividade	C. ,623* Sig. ,041	1,000	,811** ,002	,609* ,047	,759** ,007	,526 ,096	,897** ,000	,882** ,000	-,155 ,649	-,207 ,541	-,247 ,465	,360 ,276
Ansiiedade/Depressão	C. ,356 Sig. ,283	,811** ,002	1,000	,584 ,059	,503 ,115	,409 ,211	,876** ,000	,667** ,025	-,143 ,674	-,069 ,840	-,186 ,585	,205 ,546
Isolamento social	C. ,492 Sig. ,124	,609* ,047	,584 ,059	1,000	,378 ,252	,588 ,057	,788** ,004	,641* ,033	,316 ,343	,086 ,802	,002 ,995	,571 ,067
Queixas somáticas	C. ,774** Sig. ,005	,759** ,007	,503 ,115	,378 ,252	1,000	,460 ,155	,739** ,009	,809** ,003	-,024 ,945	-,303 ,366	-,205 ,545	,293 ,382
Problemas de Pensamento	C. ,490 Sig. ,126	,526 ,096	,409 ,211	,378 ,252	1,000	1,000	,646* ,032	,517 ,104	-,055 ,873	-,405 ,216	-,232 ,492	,487 ,129
Internalizacao	C. ,601 Sig. ,051	,897** ,000	,876** ,000	,788** ,004	,739** ,009	,646* ,032	1,000	,821** ,002	-,053 ,877	-,216 ,523	-,153 ,653	,399 ,224
Externalizacao	C. ,894** Sig. ,000	,882** ,000	,667** ,025	,821** ,002	1,000	1,000	,821** ,002	1,000	-,025 ,941	-,205 ,545	-,314 ,347	,365 ,269

Quadro 31. Correlação de Spearman para as escalas do YSR e os Fatores do BIQ para o grupo de não vítimas de violência

	Comportamento Anti-social	Atenção /Hiperactividade	Ansiedade	Isolamento social	Queixas somáticas	Problemas de Pensamento	Interna	Externa	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV
Comportamento Anti-social	1,000	,534	,761**	,730*	,865**	,785**	,862**	,712*	-,051	-,305	-,762**	,000
	Sig. (2-tailed)								,882	,362	,006	1,000
Atenção/Hiperactividade	,534	1,000	,487	,272	,371	,109	,329	,931**	,372	,215	-,024	-,552
	Sig. (2-tailed)								,259	,526	,945	,078
Ansiedade/Depressão	,761**	,487	1,000	,877**	,764**	,587	,934**	,650*	,272	-,451	-,489	-,328
	Sig. (2-tailed)								,419	,163	,127	,325
Isolamento social	,730*	,272	,877**	1,000	,726*	,528	,924**	,545	,134	-,636*	-,593	-,110
	Sig. (2-tailed)								,693	,035	,055	,747
Queixas somáticas	,865**	,371	,764**	,726*	1,000	,726*	,867**	,481	,202	-,363	-,769**	-,276
	Sig. (2-tailed)								,551	,272	,006	,411
Problemas de Pensamento	,785**	,109	,587	,528	,726*	1,000	,762**	,282	-,468	-,561	-,869**	,139
	Sig. (2-tailed)								,146	,073	,001	,684
Internalização	,862**	,329	,934**	,924**	,867**	,762**	1,000	,550	,055	-,622**	-,756**	-,132
	Sig. (2-tailed)								,873	,041	,007	,700
Externalizacao	,712*	,931**	,650*	,545	,481	,282	,550	1,000	,219	-,014	-,209	-,365
	Sig. (2-tailed)								,518	,968	,538	,270