

# SINTOMAS DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO, DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM MÃES DE VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

## SYMPTOMS OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, DEPRESSION AND ANXIETY IN MOTHERS OF SEXUAL ABUSE VICTIMS

DOI: 10.19135/revista.consinter.00017.35

Recibido/Received 29/05/2023 – Aprobado/Approved 19/09/2023

*Regiane Aparecida Baú Gomes*<sup>1</sup> – <https://orcid.org/0000-0002-2366-4438>

*Maria Cristina Antunes*<sup>2</sup> – <https://orcid.org/0000-0002-6767-518X>

*Pedro Afonso Cortez*<sup>3</sup> – <https://orcid.org/0000-0003-0107-2033>

### Resumo

Considerado um problema social e de saúde pública mundial que está longe de acabar, o abuso sexual infantil tem consequências psicológicas para as vítimas e para seus familiares. O objetivo desta pesquisa foi analisar a ocorrência de sintomas de estresse, ansiedade e depressão em mães e verificar se tais sintomas estavam relacionados aos sintomas de seus filhos que sofreram abuso sexual. Participaram desta pesquisa 65 mães de filhos(as) com idades entre 6 e 18 anos, recrutadas por meio de redes sociais e grupos de apoio. Foram aplicados os seguintes instrumentos: Child Behavior Checklist; Inventário de Ansiedade de Beck; Inventário de Depressão de Beck; Posttraumatic Stress Disorder Checklist e Questionário com dados sociodemográficos e características do abuso sexual. A coleta de dados foi realizada de forma online por meio do Google Forms. Os resultados apresentaram níveis grave e moderado para ansiedade, depressão e estresse pós-traumático em 70,8% da amostra de participantes. Foram realizadas análises de regressão linear múltipla, demonstrando que as variáveis sociodemográficas, o abuso sexual intrafamiliar, a mãe ter sofrido abuso sexual e as variáveis do CBCL não foram preditores para sintomas de ansiedade e depressão das mães. Para os sintomas de estresse pós-traumático das mães, observou-se que as queixas somáticas dos filhos foram preditoras, explicando 70,8% do desfecho. Conclui-se que a maioria dos sintomas apresentados pelos filhos que sofreram abuso sexual não está relacionada com os sintomas das mães, evidenciando que a ocorrência do abuso sexual por si só é um fator de adoecimento para as mães.

---

<sup>1</sup> Mestrado em Psicologia Forense pela Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, Brasil, código postal 82010-210, email: [advocaciaregianebau@hotmail.com](mailto:advocaciaregianebau@hotmail.com). <https://orcid.org/0000-0002-2366-4438>

<sup>2</sup> Doutorado em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, Brasil, código postal 82010-210, email: [mcrisantunes@uol.com.br](mailto:mcrisantunes@uol.com.br). <https://orcid.org/0000-0002-6767-518X>

<sup>3</sup> Doutorado em Psicologia pela Universidade São Francisco, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, Brasil, código postal 82010-210, email: [cor.afonso@gmail.com](mailto:cor.afonso@gmail.com). <https://orcid.org/0000-0003-0107-2033>

**Palavras-chave:** abuso sexual, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, depressão, pais não agressores.

### **Abstract**

Considered a global social and public health problem that is far from over, child sexual abuse has psychological consequences for victims and their families. The objective of this research was to analyze the occurrence of symptoms of stress, anxiety and depression in mothers and to verify if such symptoms were related to the symptoms of their children who suffered sexual abuse. 65 mothers of children aged between 6 and 18 years old, recruited through social networks and support groups, participated in this research. The following instruments were applied: Child Behavior Checklist; Beck Anxiety Inventory; Beck Depression Inventory; Posttraumatic Stress Disorder Checklist and Questionnaire with sociodemographic data and characteristics of sexual abuse. Data collection was carried out online through Google Forms. The results showed severe and moderate levels for anxiety, depression and post-traumatic stress in 70.8% of the sample of participants. Multiple linear regression analyzes were performed, demonstrating that sociodemographic variables, intrafamilial sexual abuse, mother having suffered sexual abuse and the CBCL variables were not predictors of anxiety and depression symptoms in mothers. For the mothers' post-traumatic stress symptoms, it was observed that the somatic complaints of the children were predictors, explaining 70.8% of the outcome. It is concluded that most of the symptoms presented by children who suffered sexual abuse are not related to the symptoms of the mothers, showing that the occurrence of sexual abuse in itself is a factor of illness for mothers.

**Keywords:** sexual abuse, post-traumatic stress disorder, anxiety, depression, non-offending parents.

**Sumário:** 1. Introdução; 2. Método; 3. Participantes; 4. Instrumentos; 5. Procedimentos; 6. Análise de dados; 7. Resultados; 8. Discussão; 9. Considerações finais; 10. Referências.

## 1 INTRODUÇÃO

Considerado um problema social e de saúde pública mundial que está longe de acabar, o abuso sexual infantil (ASI), afeta o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social da vítima, com danos que podem persistir por toda a vida (ADAMS *et al.*, 2018; HOHENDORFF *et al.*, 2017; KISELY, STRATHEARN, NAJMAN, 2020). Revisões realizadas nos últimos anos sobre o tema relataram taxas de prevalência de ASI entre 5% e 18% entre crianças e adolescentes, dependendo do contexto geográfico e cultural em que os estudos foram realizados (CUNHA, DUTRA, 2019). A cada hora, quatro meninas de até 13 anos de idade são abusadas sexualmente no Brasil, de acordo com dados coletados pelo *Anuário Brasileiro de Segurança Pública* de 2019 (BRASIL, 2019). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) foram feitas 159 mil denúncias através do Disque Direitos Humanos em 2019 – que representaram um aumento de quase 14% em relação ao ano de 2018. O relatório de Crianças e Adolescentes em Dados e Estatísticas (CADÊ PARANÁ) publicou, em setembro de 2019, relatório com números relativos a denúncias de abuso sexual contra crianças e adolescentes: em 2014, foram 1.807; em 2015, 1.895; em 2016,

2.127; em 2017, 2.515; e, por fim, em 2018, 3.114 – totalizando 11.458 denúncias no Estado.

É pertinente frisar que a maior parte dos casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes acontece no contexto familiar, geralmente praticada por pessoas próximas, que desempenham papel de cuidadoras; isso justifica que tais abusos sejam qualificados de intrafamiliares ou incestuosos (MAUER *et al.*, 2021). Por conta disso, quando o abuso sexual é revelado, muitas vezes gera rupturas da dinâmica familiar. Conseqüentemente, a mãe da criança é afetada, pois ocorrem perdas relacionais, sentimentos negativos em relação ao agressor(a), conflitos familiares, divisão de opiniões e, na grande maioria das vezes, culpa por achar que não protegeu seu filho.

Outrossim, é importante pontuar quão traumático o abuso sexual é para os familiares não agressores (mães, pais, avós). Isso porque a revelação de que tal incidente tenha ocorrido com alguma criança ou adolescente sob seus cuidados induz, nesse cuidador, sensação de culpa, impotência e outros sentimentos negativos que podem se transformar em TEPT, depressão e ansiedade (STELKO-PEREIRA, WILLIAMS, 2019). Falar sobre o abuso sexual sofrido pela filha ou pelo filho pode desencadear uma variedade de reações comportamentais e emocionais nos cuidadores não agressores, incluindo tristeza, raiva, negação, assim como também pode gerar condições de apoio e proteção para a vítima (GODBOUT *et al.*, 2019).

No que diz respeito ao abuso sexual intrafamiliar, a figura materna, em geral, fica fortemente envolvida com a situação, e pode vivenciar essa violência de três formas: como uma vítima, como uma testemunha ou como uma perpetradora (MAUER *et al.*, 2021). Nota-se que, na maior parte das situações de abuso sexual, o abuso sexual costuma ser revelado para os pais (McELVANEY, 2016) e fomenta uma crise imediata nas famílias, o que torna necessárias ações integradas e de abordagem multidisciplinar para a recuperação das vítimas e de suas mães sem causar qualquer tipo de dano maior, em virtude da situação de exposição e das rupturas promovidas pela revelação do abuso sexual (MAUER *et al.*, 2021). Essa informação pode ficar restrita ao contexto familiar ou pode, ainda, tornar-se pública (SANTOS, DELL'AGLIO, 2010).

É comum que, após a revelação do abuso sexual, os cuidadores não infratores, especialmente as mães, se questionem sobre aspectos como: a veracidade do relato da criança; como agir diante do assunto; como se relacionar com o agressor (se este fizer parte do núcleo familiar); autoquestionamentos sobre a própria capacidade de cuidar da vítima; demandas com os cuidados físicos e psicológicos da vítima e de seus irmãos (quando houver); e sobre as finanças familiares, quando se trata de agressor que contribui financeiramente com a família (STELKO-PEREIRA, WILLIAMS, 2019). Com relação à conduta das mães de crianças vítimas de ASI, elas em geral carregam sentimento de culpa por não terem se dado conta do risco iminente e, conseqüentemente, não terem conseguido evitar o abuso de seus(suas) filhos(as). Outro aspecto extremamente relevante a ser apontado é que muitas dessas mães também sofreram abusos na infância ou na juventude, e não receberam ne-

nhum tipo de intervenção na época em que vivenciaram tal situação (DOWNING, AKINLOTAN, THORNHILL, 2021), especialmente para mediar a sintomatologia pós-traumática ao abuso e suas consequências ao longo do ciclo vital.

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), a ansiedade e a depressão são os sintomas que mais predominam nas mães de crianças e adolescentes, no que toca aos transtornos mentais ligados à agressão sexual sofrida por seus filhos, tendo em vista que o episódio é largamente traumático para pais não agressores (DWORKIN, SCHUMACHER, 2018). As mães de vítimas de ASI têm probabilidade 20% maior de desenvolver TEPT quando comparadas a pais e mães que não relatam, em seu histórico familiar, agressão sexual contra seus filhos; 40% das mães de filhos vitimizados tem TEPT e 30% transtornos de ansiedade e depressão (KIMBERG, WHEELER, 2019). Mathews e Collin-Vézina (2019) identificaram uma prevalência entre 21% e 74% de desenvolvimento de TEPT para essa mesma população. De acordo com outro estudo (MERRICK, 2019) realizado entre mães nos EUA, o risco de depressão suicida é 1,75 vezes maior do que em mães de crianças que não sofreram tais situações.

Contudo, a literatura ainda não contempla um único estudo específico que tenha se dedicado a identificar se os sintomas de depressão, ansiedade e TEPT das mães (ou responsáveis) estão relacionados aos sintomas de seus filhos vítimas de abuso sexual. O levantamento de dados em pesquisas brasileiras pode abastecer e comparar informações que poderão delinear o impacto do abuso sexual nas famílias e fornecer subsídios para profissionais da psicologia forense e advogados. Assim, em função de todos os aspectos observados na literatura e visando maximizar o impacto aos praticantes de psicologia forense e direito que lidam com a questão do abuso sexual e suas consequências, propôs-se o presente estudo. Este estudo se justifica ao contribuir à literatura sobre a ocorrência de sintomas de estresse, ansiedade e depressão nas mães (ou responsáveis) de crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual. Ademais, realiza um levantamento dos sintomas dos filhos, de forma a verificar se estes estavam relacionados aos sintomas de suas mães, e discute os aspectos psicossociais e jurídicos que deixam essas mães mais vulneráveis ao adoecimento.

## 2 MÉTODO

### 3 PARTICIPANTES

Participaram desta pesquisa 65 mães de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, que foram recrutadas nas redes sociais. A idade média das mães participantes foi de 34,2 anos (DP=7,6). A quantidade de filhos variou de 1 a 5, com média de 2,1 por participante (DP=1,07). Em relação ao estado civil, 24,6% eram solteiras; 20% casadas; 38,5% viviam junto com parceiro(a); e 16,9% eram divorciadas. Com relação à cor/raça, observa-se que 32,3% eram brancas; 32,3% pardas; 20% amarelas; e 15,4% pretas. No tocante à religião, 35,4% afirmaram não ter religião; 35,4% eram evangélicas; 16,9% eram católicas; e 12,3% eram espíritas. A maior parte das participantes (84,6%) residia na região Sul do Brasil. O restante da

amostra estava dividido entre as outras regiões: 1,5% no Norte; 1,5% no Nordeste; 6,2% no Sudeste; e 6,1% no Centro-Oeste.

Com relação ao grau de instrução das participantes, 10,8% eram analfabetas ou tinham ensino fundamental incompleto; 35,4% tinham fundamental I completo ou fundamental 2 incompleto; 23,1% tinham fundamental II completo ou ensino médio incompleto; 20,0% tinham ensino médio completo ou curso superior incompleto; e 10,8% tinham superior completo. A maior parte das participantes trabalhava (80%), e a renda média era de R\$ 1.624,51 (DP=R\$ 1254,87). A renda média familiar era de até R\$ 3.186,31 (DP= R\$ 1820,26). De acordo com a classificação socioeconômica do Critério Brasil (ABEP, 2021), 38,5% das participantes eram da classe D-E; 20% da classe C2; 21,5% da classe C1; 13,8% da classe B2; 3,1% da classe B1; e 3,1% da classe A.

#### 4 INSTRUMENTOS

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. *Child Behavior Checklist* (CBCL/YSR). Desenvolvido por Achenbach e Rescorla (2001), tem por objetivo aferir comportamentos infantis por idade. Existem duas versões para aplicação desse instrumento de avaliação: uma para crianças de 1 a 5 anos de idade, e outra para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos de idade. Nesta pesquisa, foi utilizada a segunda versão (Anexo B), com a alimentação dos dados pelas mães de vítimas de abuso sexual, pois trata-se de instrumento destinado aos pais ou responsáveis, a fim de que estes forneçam respostas sobre aspectos comportamentais e sociais de seus filhos. O instrumento é composto de 138 sentenças, dentre as quais 118 referem-se a problemas de comportamento e 20 à capacidade social. Essa escala é composta de 20 itens que incluem atividades da criança/adolescente, como brincadeiras, jogos e tarefas; participação em grupos; relacionamento com familiares e amigos e desempenho escolar. Para cada um dos itens, o responsável deve marcar a frequência com que esses problemas de comportamento ocorrem, de forma que “0 = quando não é verdadeiro”; “1 = se é um pouco verdadeiro ou às vezes verdadeiro”, “2 = se é muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro”. Nesta versão, aconselha-se que os pais ou cuidadores legais comparem o comportamento da criança/adolescente com o de outras crianças/adolescentes da mesma idade. A confiabilidade foi definida por meio de reunião de especialistas psicólogos com percentual de concordância superior a 90% nos protocolos incluídos na pesquisa.

2. Inventário de Depressão de Beck (BDI). Foi aplicado nas mães das crianças vítimas de abuso sexual. Esse inventário foi usado inicialmente para pacientes psiquiátricos, o inventário teve sua aplicação posteriormente estendida para a população em geral, tornando-se uma medida de avaliação amplamente utilizada em pesquisa e na clínica com a finalidade de medir escala sintomática de depressão. Trata-se de uma escala de autorrelato formada por 21 itens que abordam temas como tristeza, fracasso, falta de satisfação, pessimismo e sensação de culpa. Cada item apresenta quatro alternativas de resposta. O escore total é resultado da soma dos

escores individuais dos itens. Se o escore total ficar entre 0 e 11, o nível de depressão é mínimo; se ficar entre 12 e 19, o nível de depressão é leve; entre 20 e 35, o nível de depressão é moderado; e, por fim, se o escore total estiver entre 36 e 63, trata-se de nível de depressão grave. O escore total é calculado por meio da soma dos escores individuais dos itens, permitindo a classificação dos níveis de intensidade de depressão. O BDI, portanto, é capaz de medir a intensidade da depressão através do padrão sintomático revelado pelo examinado. O alfa de Cronbach é uma ferramenta estatística que quantifica, numa escala de 0 a 1, a confiabilidade de um questionário. O índice de fidedignidade do BDI, medido em seis estudos amostrais originais com pacientes psiquiátricos, variou entre 0,79 e 0,90; para pacientes não psiquiátricos, em 15 amostras, o índice de fidedignidade resultante foi de 0,81 por meio do índice de Alfa de Cronbach (BECK, STERR, GARBIN, 1988).

3. Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (Anexo D). Trata-se de um teste de autorrelato para medir os sintomas de ansiedade. É composto de 21 itens, os quais apresentam informações descritivas de sintomas de ansiedade que devem ser relatados pelo próprio paciente em referência a si mesmo. Para cada item/sintoma, o nível de gravidade vai de um a quatro: 1. Absolutamente não; 2. Levemente: não me incomodou muito; 3. Moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar; 4. Gravemente: dificilmente pude suportar. O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais. A classificação recomendada é: para escores totais entre 0 e 7, nível mínimo de ansiedade; para escores de 8 a 15, nível leve; de 16 a 25, moderado; e para escores entre 26 e 63, nível grave (Cunha, 2001). O BAI provou ser altamente consistente internamente, com índice de fidedignidade de 0,94, segundo o índice alfa de Cronbach (BECK, STEER, 1990).

4. *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL-C) (Anexo E). Desenvolvido em 1993 no *National Center for PTSD* (EUA), foi aplicado nas mães/responsáveis por crianças vítimas de abuso sexual. Instrumento por meio do qual é possível avaliar a presença de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e as consequências de diversos acontecimentos traumáticos. Compreende um questionário com 17 questões que correspondem aos sintomas atribuídos ao TEPT. Para respondê-las, a pessoa deve informar o quanto foi incomodada por cada um dos sintomas no último mês: 1 igual “nada”, 2 igual “um pouco”, 3 igual “médio”, 4 igual “bastante”, e 5 igual “totalmente”. O escore varia de 17 a 85, tendo como nota de corte 50 pontos para sintomas clinicamente significativos para caracterização de TEPT. Para esse teste, o índice de confiabilidade foi de 0,90, segundo o índice de alfa de Cronbach (LIMA, BARRETO, ASSUNÇÃO, 2012).

5. Questionário com dados sociodemográficos, segundo o Critério Brasil, e concepções acerca do abuso sexual, elaborado pela pesquisadora (Anexo F). O instrumento traz 45 questões, abordando os seguintes temas: ocorrência e características do abuso sexual, causas, consequências para a criança, informações para crianças e pais, características do agressor, punição do agressor, época da ocorrência, revelação do abuso, busca de psicoterapia. O questionário foi baseado no Critério de Classificação Econômica do Brasil (ABEP, 2021) e no questionário do estudo de

Rodrigues e Antunes (2023). A confiabilidade deste instrumento foi apurada por meio da inserção dos casos que continham respostas completas, sendo excluídos do delineamento aqueles que não preencheram as informações de forma adequada.

## 5 PROCEDIMENTOS

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tuiuti do Paraná. Em seguida, os participantes foram recrutados por meio de redes sociais (Facebook, Instagram, Twitter, Whatsapp e grupos de apoio). A coleta de dados foi realizada on-line através de link anônimo construído na plataforma Google Forms. O convite aos participantes foi feito através de portfólio virtual no Instagram e no Facebook, meio através do qual também foram explicados o objetivo, os riscos e benefícios da pesquisa, e oferecida a garantia de anonimato. As participantes acessaram o link da pesquisa no Google Forms, aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, em seguida, foram direcionados para a página do questionário. As participantes puderam optar por receber uma devolutiva sobre os resultados da pesquisa, solicitando-a diretamente à equipe da pesquisa, bem como solicitar atendimento psicológico caso necessitassem. Perante o risco de desconforto ao responder o questionário, foi ofertada a possibilidade dessas mães serem encaminhadas para atendimento psicológico no Serviço de Atendimento a Vítimas de Violência da Universidade Tuiuti do Paraná.

## 6 ANÁLISE DE DADOS

Os instrumentos aplicados (CBCL, YSR, PCL-C, BAI, BDI-II) foram analisados por meio do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 23.0). Foram descritas as frequências, a média e o desvio padrão. Foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade dos dados ( $p > 0.05$ ) e foi aplicado o teste de Mann-Whitney para testar a diferença nos resultados do BAI, BDI e PCL-C, com algumas variáveis relacionadas às mães. A Correlação de Spearman foi utilizada para analisar a relação dos escores brutos dos sintomas das mães (BAI, BDI, PCL-C) com os sintomas dos filhos (CBCL). As variáveis que tiveram  $p < 0.20$  no teste de correlação foram utilizadas para a técnica de Regressão Linear Múltipla, método *backward*, para testar o efeito preditor dos escores brutos do CBCL dos filhos sobre os escores brutos do BAI, BDI e PCL-C das mães, a um nível de significância de 5%. Também foram testadas individualmente as seguintes variáveis, utilizando-se a Regressão Linear Simples, método *Enter*, para testar o efeito preditor na ansiedade, depressão e estresse pós-traumático das mães: idade da mãe, mãe estar trabalhando, mãe ter sofrido abuso sexual, quanto tempo abuso sexual durou, se a mãe faz tratamento psicológico, se a mãe faz tratamento psiquiátrico, sexo da criança, idade da criança, se abuso sexual do filho foi intrafamiliar ou extrafamiliar. As variáveis que obtiveram significância estatística foram incluídas na Regressão Linear Múltipla, com as variáveis acima descritas. Todos os procedimentos estatísticos relatados e empregados na análise de dados foram suportados por orientações específicas da literatura de análise multivariadas de dados (HAIR, 2009).

## 7 RESULTADOS

A análise dos dados demonstrou que 33,8% das mães participantes afirmaram ter sofrido violência sexual em algum momento de sua vida, 7,7% faziam tratamento psiquiátrico e 9,2% faziam tratamento psicológico. Observou-se que 35,4% das mães tinham ansiedade grave, e 46,2% moderada. Índices altos também foram obtidos para a depressão, sendo que 23,1% tinham depressão grave, e 55,4% moderada. O PCL-C indicou que 70,8% das mães estavam com TEPT (Tabela 1). Foi realizado um teste de Mann-Whitney com o objetivo de investigar em que medida os níveis de ansiedade, depressão e TEPT eram equivalentes entre as mães que foram abusadas sexualmente e as que não foram. Não foram obtidas diferenças significativas nos escores brutos de ansiedade ( $U = 350,500$ ,  $z = -1,702$ ,  $p < 0,089$ ), depressão ( $U = 404,000$ ,  $z = -0,958$ ,  $p < 0,338$ ) e TEPT ( $U = 454,500$ ,  $z = -0,257$ ,  $p < 0,797$ ) de mães que sofreram abuso sexual em comparação às mães que não sofreram abuso sexual. Isso indica que o fato de a mãe ter sofrido violência sexual em algum momento de sua vida não foi um fator que piorou os atuais sintomas psicológicos.

Tabela 1. Resultados dos inventários de ansiedade, depressão e TEPT de mães que sofreram abuso sexual x mães que não sofreram abuso sexual. (n=65)

Instrumento	Nível	Sofreu AS	Não sofreu AS	Total	p*
BAI Média escore bruto (DP)		28,8 (14,3)	24,3 (12,7)	25,8 (13,3)	0,089
BAI	Grave	50,0%	27,9%	35,4%	
	Moderado	36,4%	51,2%	46,2%	
	Leve	-	4,7%	3,1%	
	Mínimo	13,6%	16,3%	15,4%	
BDI Média escore bruto (DP)		28,5 (14,7)	25,8 (11,6)	26,7 (12,7)	0,338
BAI	Grave	27,3%	20,9%	23,1%	
	Moderado	54,5%	55,8%	55,4%	
	Leve	4,5%	18,6%	13,8%	
	Mínimo	13,6%	4,7%	7,7%	
PCL-C Média escore bruto (DP)		56,9 (16,9)	56,0 (14,9)	56,3(15,5)	0,797



BAI	Sim	68,2%	72,1%	70,8%
	Não	31,8%	27,9%	29,2%

Fonte: Elaborado pelas autoras.

\* Teste de Mann-Whitney

A Tabela 2 apresenta as correlações obtidas entre os resultados dos inventários aplicados nas mães participantes e os indicadores do dos seus filhos, de forma a verificar se os níveis de sintomas de mães e filhos estavam relacionados. Não foram obtidas correlações significativas entre os índices de ansiedade (BAI) das mães e os indicadores do CBCL dos filhos. Foram observadas correlações significativas ( $p < 0.05$ ) nos seguintes resultados: correlação positiva fraca entre os escores de queixas somáticas e problemas internalizantes dos filhos e os escores de TEPT (PCL-C) das mães; correlação negativa fraca entre os escores de tempo cognitivo lento entre os filhos e os escores de depressão (BDI) das mães.

Tabela 2. Correlação entre os escores do BAI, BDI e PCL-C das mães e os indicadores do CBCL de seus filhos (n=65).

CBCL		BAI	BDI	PCL-C
Competência-atividade	Coefficiente de Correlação	,198	-,079	-,022
	Sig. (bilateral)	,113	,533	,861
Competência social	Coefficiente de Correlação	,105	-,045	-,076
	Sig. (bilateral)	,407	,724	,549
Competência escolar	Coefficiente de Correlação	,070	,209	,088
	Sig. (bilateral)	,581	,095	,485
Competência total	Coefficiente de Correlação	,193	-,061	-,086
	Sig. (bilateral)	,123	,631	,496
Ansiedade/depressão	Coefficiente de Correlação	,143	-,024	,162
	Sig. (bilateral)	,256	,848	,198
Isolamento/depressão	Coefficiente de Correlação	,161	-,070	,159
	Sig. (bilateral)	,199	,580	,206
Queixas somáticas	Coefficiente de Correlação	,127	,079	<b>,281*</b>
	Sig. (bilateral)	,315	,530	<b>,024</b>

Problemas sociais	Coefficiente de Correlação	-,065	-,068	,037
	Sig. (bilateral)	,608	,589	,770
Problemas de pensamento	Coefficiente de Correlação	-,032	-,028	,075
	Sig. (bilateral)	,802	,826	,554
Problemas de atenção	Coefficiente de Correlação	-,121	-,112	,107
	Sig. (bilateral)	,337	,375	,394
Comportamento quebrar regras	Coefficiente de Correlação	-,010	,022	,160
	Sig. (bilateral)	,935	,863	,202
Comportamento agressivo	Coefficiente de Correlação	-,100	,019	,048
	Sig. (bilateral)	,427	,881	,706
Classificação internalizante	Coefficiente de Correlação	,187	-,001	<b>,256*</b>
	Sig. (bilateral)	,135	,995	<b>,040</b>
Classificação externalizante	Coefficiente de Correlação	-,050	,011	,116
	Sig. (bilateral)	,690	,930	,357
Classificação total problemas	Coefficiente de Correlação	-,005	-,062	,135
	Sig. (bilateral)	,972	,626	,282
Transtorno opositor desafiante	Coefficiente de Correlação	-,108	,006	-,004
	Sig. (bilateral)	,391	,962	,972
Problemas de condutas	Coefficiente de Correlação	-,092	-,067	-,019
	Sig. (bilateral)	,467	,596	,879
Tempo cognitivo lento	Coefficiente de Correlação	-,092	<b>-,268*</b>	-,030
	Sig. (bilateral)	,466	<b>,031</b>	,812
Problemas obsessivos-compulsivos	Coefficiente de Correlação	-,077	-,044	,036
	Sig. (bilateral)	,541	,725	,777
Stress pós-traumático	Coefficiente de Correlação	,066	,013	,141
	Sig. (bilateral)	,602	,921	,261
Problemas afetivos	Coefficiente de Correlação	-,023	-,143	-,016
	Sig. (bilateral)	,858	,255	,902

Ansiedade	Coefficiente de Correlação	,108	,066	,197
	Sig. (bilateral)	,391	,604	,116
TDAH	Coefficiente de Correlação	-,106	-,011	,088
	Sig. (bilateral)	,399	,930	,484
Problemas somáticos	Coefficiente de Correlação	,083	,100	,181
	Sig. (bilateral)	,513	,428	,148

Fonte: Elaborado pelas autoras.

\* Correlação de Spearman,  $p < 0.05$

A idade da mãe, ela estar trabalhando, ela ter sofrido abuso sexual, quanto tempo esse abuso sexual durou, se ela faz tratamento psicológico, se ela faz tratamento psiquiátrico, o sexo da criança, a idade da criança, se abuso sexual do filho foi intrafamiliar ou extrafamiliar, não foram preditores dos níveis de ansiedade, depressão e TEPT das mães. Foi realizada a análise de regressão linear simples de cada uma dessas variáveis (método *enter*) e não foram obtidos resultados estatisticamente significativos. Dessa forma, essas variáveis não foram inseridas na análise de regressão linear múltipla. Foram realizadas análises de regressão linear múltipla com o objetivo de investigar em que medida os sintomas dos filhos (indicadores do CBCL) impactavam nos níveis de depressão, ansiedade e TEPT das mães. Foram utilizadas as variáveis do CBCL que obtiveram valor de  $p < 0.20$  no teste de correlação de Spearman.

Para ansiedade (BAI), foram testadas as variáveis competência atividade, competência total, isolamento/depressão e classificação internalizante. Não foram obtidos resultados significativos. Para depressão (BDI), foram testadas as variáveis competência escolar e tempo cognitivo lento. Também não foram encontrados resultados estatisticamente significativos. Para o transtorno de estresse pós-traumático (PCL-C), foram testadas as variáveis ansiedade/depressão, queixas somáticas, TEPT, ansiedade e problemas somáticos. Os resultados demonstraram haver uma influência significativa das queixas somáticas dos filhos no estresse pós-traumático das mães ( $F(1, 63) = 5,087$   $p < 0,019$ ;  $R^2_{ajustado} = 0,070$ ). A Tabela 3 apresenta os coeficientes para o preditor significativo. Essa análise demonstra que a presença de queixas somáticas nos filhos pode indicar a presença de sintomas de estresse pós-traumático nas mães.

Tabela 3. Variáveis predictoras de Estresse Pós-traumático das mães (PCL-C).

Preditores	Coefficientes padronizados	Sig.	$R^2$	$DR^2$
	$t$			
	<i>Beta</i>			

(Constant)	-	16,120	0,000	-	-
Queixas somáticas	0,291	2,410	0,019	0,084	0,070

Fonte: Elaborado pelas autoras.

## 8 DISCUSSÃO

De modo geral, o estudo empírico sustenta a tese de forte impacto emocional com consequências psicossociais e jurídicas a serem consideradas pelos profissionais e instituições que atendem os casos de abuso sexual infantil (ASI). As mães expressaram fortes reações diante da revelação do abuso sexual, o qual provavelmente desencadeou uma série de consequências emocionais negativas. Os altos índices de TEPT (70,8%), depressão grave (23,1%), depressão moderada (55,4%), ansiedade grave (35,4%) e ansiedade moderada (46,2%) presentes nessas mães demonstram o sofrimento emocional que elas enfrentam com a descoberta do abuso sexual de seus filhos, já que em 80% dos casos elas foram as primeiras pessoas que seus filhos escolheram para revelar o abuso sofrido.

Os dados apresentados neste estudo são corroborados por uma pesquisa em que 59% dos cuidadores, geralmente mães, ultrapassaram o limiar clínico do PCL-C para TEPT. Nesse estudo, os cuidadores sofreram um impacto traumático após a revelação do abuso sexual de suas crianças e adolescentes, e ficaram seriamente comprometidos nesse papel de cuidador (Hahn *et al.*, 2019). Outro estudo com cuidadores, no qual a maioria era do sexo feminino (90%), demonstrou que 65% apresentavam TEPT após a descoberta do abuso sexual de seus(as) filhos(as) (HAGAN *et al.*, 2017). Uma outra pesquisa demonstrou que 1/3 dessas mães pontuaram acima de 1,5 no PCL-C, indicando altos níveis de sintomas de TEPT, sendo o resultado clinicamente significativo (VAN-DELFT *et al.*, 2016).

Um estudo conduzido por Langevin *et al.* (2021) realizou a descrição das consequências psicológicas em 96 cuidadores não agressores, divididos em dois grupos: 1) composto de pais que não tinham filhos abusados sexualmente; e 2) composto de pais que tinham filhos que foram abusados sexualmente. Apenas 7% dos cuidadores do grupo 1 tinham depressão, e 6% tinham algum grau de ansiedade. No grupo 2, por sua vez, 78% dos cuidadores sofriam de depressão clinicamente significativa, e 22% sofriam de depressão e ansiedade associadas. Níveis similares de depressão foram obtidos com as 65 mães deste estudo.

Com o objetivo de investigar se outras variáveis estavam associadas aos altos níveis de ansiedade, depressão e TEPT dessas mães, observou-se que estar trabalhando ou não, estar passando por problemas familiares atualmente ou não, e até mesmo as próprias mães terem sido vítimas de abuso sexual ou não, não interferiram no seu grau de adoecimento. De modo similar, o estudo de Daignault *et al.* (2021) avaliou a relação da saúde mental das mães de filhos abusados com a renda familiar, escolaridade dos pais, situação ocupacional dos pais, número de tipos de maus-tratos infantis, sexo de pais e filhos, e se o abuso sexual da criança era intrafamiliar ou extrafamiliar. De igual modo, outro estudo não encontrou nenhuma associação entre

o suporte social percebido e os sintomas de TEPT em 60 mães de filhos abusados sexualmente (DYB *et al.*, 2003). Estudo de Kilroy *et al.* (2014), com 100 mães, investigou a contribuição de fatores sociais para o sofrimento psicológico materno e notou um pequeno efeito da variável “estar ou não trabalhando” em relação aos sintomas de angústia e ansiedade. Em contraste, um estudo americano demonstrou que a “renda familiar baixa” estava associada ao sofrimento materno (MCGILLI-VRAY *et al.*, 2018).

Embora os estudos revelem alto índice de adoecimento em mães e filhos abusados sexualmente, os dados desta pesquisa não encontraram relação direta nos sintomas psicológicos na díade mãe/filho. Os indicadores do CBCL dos filhos não estavam correlacionados com os índices de ansiedade (BAI) das mães. Foram apontadas correlações positivas fracas entre os escores de queixas somáticas e classificação internalizante dos filhos e os escores de TEPT (PCL-C) das mães. Também foi encontrada correlação negativa fraca entre os escores de tempo cognitivo lento dos filhos e os escores de depressão (BDI) das mães. Poucos estudos que analisavam a relação entre os sintomas de mães e dos filhos que sofreram o abuso sexual foram encontrados. Os pesquisadores vêm realizando investigações sobre o repertório comportamental de crianças e adolescentes (ALVARENGA, PICCININI, 2001; BOLSONI-SILVA, LOUREIRO, 2011; MARIN, 2012), sobre a saúde mental materna (KAVANAUGH, 2006) e sobre a saúde mental materna e os comportamentos dos filhos (PIZETA *et al.*, 2013; CID, MATSUKURA, 2010). Contudo, esses dados têm sido descritos em relação à população geral, havendo ainda uma lacuna para pesquisas que analisem a relação entre o estado psicológico de pais não agressores e de seus filhos que sofreram violência sexual.

Pesquisas futuras devem analisar a relação entre os dados do comportamento da criança e do adolescente obtidos por meio de instrumentos respondidos pela própria vítima de abuso sexual, e os dados de saúde mental obtidos por instrumentos respondidos pelas mães. Desse modo, será possível comparar a saúde mental materna, o repertório comportamental infanto-juvenil e as consequências dessa forma de violência (FONG *et al.*, 2013). Embora os pressupostos apresentados não tenham sido determinantes para identificar a relação entre os sintomas de TEPT, ansiedade e depressão das mães e os sintomas dos(as) seus filhos(as) participantes do estudo, o alto índice de adoecimento dessas mães indica a necessidade de fortalecer o suporte emocional para todo o conjunto familiar após a descoberta do abuso sexual infantil (ASI). Para a área da psicologia forense e direito isso tem alto impacto no tratamento destinado aos casos de ASI, sustentando que as varas de andamento processual de crimes contra crianças e adolescentes nos casos de ASI integrem maior suporte psicossocial para as mães, com o intuito de resguardar condições pessoais e psicológicas dessas mulheres na representação e proteção de seus filhos durante o andamento processual.

Desse modo, os fatores que podem ajudar na intervenção e superação de traumas de violência sexual têm forte relação com as variáveis estudadas nesta pesquisa. É necessário reconhecer o sofrimento emocional das mães, assim como é

preciso considerar os relatos sobre as emoções de seus filhos, para que intervenções adequadas sejam realizadas. O estudo descreveu os sintomas enfrentados por mães de crianças que revelaram abuso sexual, as quais têm um papel vital no apoio à criança/adolescente. É fundamental refletir sobre os possíveis aspectos que levam essas mães ao adoecimento, pois não existe um único fator que causa o sofrimento psicológico. O aparecimento desses sintomas é multideterminado e, como já foi apontado anteriormente, estão provavelmente relacionados ao cenário em que ocorre a revelação e denúncia do abuso sexual.

Em primeiro lugar, o contexto familiar deve ser analisado. A maioria dos casos de abuso sexual ocorrem dentro da casa da própria vítima, perpetrado por algum familiar ou conhecido da família. A síndrome do segredo (FURNISS, 1993) é extremamente comum, pois é consequência da dinâmica do abuso sexual e da relação com o agressor(a) com a vítima, ou das ameaças que a criança /adolescente sofre, ou porque a vítima não entende que está sendo vitimizada pois ainda não tem repertório para tal. Por medo ou vergonha, muitas vezes a vítima não conta para ninguém que está sendo abusada, levando anos para fazer tal revelação (CUNNINGHAM, 2009). O momento da revelação é altamente estressante para a criança/adolescente e para a família. Nesse cenário, temos questões culturais e sociais que levam muitas vezes os familiares a duvidarem da criança, mas a literatura da área deixa bem claro que a maioria das denúncias são verdadeiras. Em países como Estados Unidos e Canadá, onde existem serviços multidisciplinares de atendimento que fazem o acompanhamento longitudinal de vítimas e de familiares, são relatadas baixas taxas de falsas denúncias (FALLER, 2007; O'DONOHUE, 2018). Segundo o estudo do *Administration for Children and Families* nos EUA em 2014 (apud O'DONOHUE, 2018), apenas 0.6% de denúncias de abuso sexual eram falsas alegações. Em outro estudo realizado no Departamento de Saúde e Assistência Social nos EUA em 2004, de 3 milhões denúncias de maus tratos contra 5.5 milhões de crianças, apenas 917 eram falsos relatos, ou seja, menos de 1% (FALLER, 2007).

A revelação do abuso sexual pode gerar conflitos e perda de vínculos, é como se deflagrasse uma “guerra” dentro da dinâmica familiar. A mãe não agressora em geral é a primeira a saber do abuso sexual de seu filho(a) e tem que lidar com inúmeros aspectos: o impacto psicológico da revelação, com a culpa por não ter percebido o que estava ocorrendo, com a criança e seus sintomas, com a dinâmica familiar caótica após a revelação, com a denúncia, buscar um advogado, levar a filha(o) na delegacia especializada, sofrer questionamentos de diversos profissionais que irão entrevistá-la. Somado a tudo isso, como na maioria dos casos o agressor é do sexo masculino e o abuso é intrafamiliar, sendo muitas vezes o parceiro dessa mãe, ela também tem que lidar com a ambiguidade de sentimentos (a raiva, a traição, a culpa, a mágoa) e com o rompimento do vínculo relacional com o agressor. Essa mãe sofre por seu filho(a) mas também sobre pelas perdas e problemas deflagrados na dinâmica relacional. Em famílias em situação de vulnerabilidade social, os problemas financeiros se somam a esse cenário, quando ela e os filhos depende financeiramente da renda do agressor.

Outro aspecto bastante relevante e que tem sido observado com frequência é a estratégia de defesa dos agressores sexuais, que alegam inocência e usam de pseudoteorias sobre falsas memórias de abuso sexual, falsas alegações e alienação parental. Apesar desta pesquisa não ter investigado a relação dessas falsas alegações de alienação parental com os sintomas das mães, observa-se que em muitos processos essa é sim estratégia muito utilizada pelos advogados de defesa. A situação ainda é pior no Brasil, que é o único país que tem uma lei específica de Alienação Parental, cujos impactos negativos de proteção às crianças e adolescentes tem sido estudado em dimensões psicossociais mediante à fragilização da figura materna como alienadora. No entanto, como já falamos anteriormente, as falsas alegações de abuso sexual são raras, a existência de falsas memórias não tem comprovação científica, carecendo de estudos sérios e com metodologia adequada (CASTRO, WILLIAMS, 2021; SINASON, CONWAY, 2021).

Deste modo, frequentemente as mães são falsamente acusadas de alienação parental pois estão tentando proteger seus filhos, mas profissionais com baixa capacitação técnica confundem a proteção com um comportamento alienador. Quando são feitas denúncias de alienação parental, a primeira preocupação de qualquer profissional deve ser descartar a existência de violência física ou sexual (GOMIDE, 2016; GOMIDE, MATOS, 2016; CASTRO, WILLIAMS, 2021). Além de todos os fatores estressores já citados anteriormente, temos mais este componente que pode contribuir para o adoecimento das mães de crianças que sofreram abuso sexual: ser falsamente acusada de alienação parental e processada criminalmente. No sistema judicial brasileiro, o benefício da dúvida é do réu, suspeito da agressão sexual. Mas até quando teremos crianças e mães sendo chamadas de mentirosas e acusadas de falsas alegações? Será que a criança não deve ter o benefício da dúvida? Será que a mãe da vítima de abuso sexual não deve ter o benefício da dúvida? Especificamente nos casos de abuso sexual infantil (ASI), esta situação tem ocorrido com frequência no sistema judicial brasileiro e que está relacionada a uma outra problemática, que é a baixa capacitação dos profissionais da rede de proteção para avaliar corretamente situações de abuso sexual (PADILHA, ANTUNES, 2009). As evidências do estudo atual contribuem de forma colateral a essa questão, indicando que a falta de assistência psicossocial às mulheres e a tipificação das mães como potenciais alienadoras maximiza o sofrimento do abuso sexual infantil (ASI) às mulheres, crianças e adolescentes, com desfechos negativos à proteção dos direitos e da vida dessas pessoas.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste trabalho foi analisar a presença de sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão em mães de crianças e/ou adolescentes abusados sexualmente e verificar se esses sintomas tinham relação com os sintomas de seus filhos vitimizados. O estudo demonstrou o sofrimento expressivo das mães nos casos de abuso sexual infantil (ASI). Os dados demonstraram que os sintomas dos filhos, em sua maioria, não estão relacionados com os sintomas das mães, exceto para sintomas somáticos dos filhos e TEPT das mães, evidenciando que a ocorrência

do abuso sexual e o contexto após a revelação podem ser os aspectos que levam ao adoecimento das mães.

Uma limitação do presente estudo é o fato de que os dados do CBCL dos filhos foram coletados por meio do relato exclusivo das mães. A pandemia de Covid-19 limitou a possibilidade de coleta de dados em serviços de atendimento às vítimas de abuso sexual. Este estudo sofreu atraso e então a pesquisa foi redirecionada para que a coleta fosse realizada pela internet. Outro fator limitante foram as características da amostra, que deve ser expandida para maximizar as condições de generalização em outras regiões brasileiras. Sugere-se que pesquisas futuras sejam realizadas com maior número de participantes e que os instrumentos sejam aplicados diretamente nas crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Indica-se, também, que pesquisas ulteriores observem o tempo entre a revelação inicial do ASI e a coleta de dados, bem como as consequências após a revelação do abuso sexual, tais como: a forma como a família acolheu, a denúncia judicial e possíveis desdobramentos.

Diante de todos esses fatores que podem contribuir para o adoecimento dessas mães, e pelo fato de que se espera que os cuidadores não agressores sejam o principal suporte para seus filhos após a revelação, é pertinente a necessidade de apoio psicológico para essa população. Esta pesquisa indicou que essas mães experimentam níveis clinicamente elevados de ansiedade, depressão e TEPT, o que pode afetar sua capacidade de cuidar de seus filhos. Todavia, as políticas públicas do Brasil voltadas para apoio dos cuidadores não agressores de vítimas de abuso sexual ainda são muito precárias, demandando de forma urgente assistência psicossocial às mães cujos filhos foram vitimizados por abuso sexual infantil.

É necessária a implantação de serviços multidisciplinares especializados para as vítimas de abuso sexual e para os familiares não agressores, de forma a lhes proporcionar um acompanhamento ao longo do tempo, devendo esses serviços serem integrados às varas especializadas de andamento processual voltado para essa população-chave. Existem inúmeras experiências bem-sucedidas que podem servir de base para a criação de políticas públicas brasileiras, como por exemplo os *Child Advocacy Centers* no Canadá e EUA (CUNNINHAM, 2009; HERBERT, BROMFIELD, 2016), em que todos os atendimentos se concentram em um único local. Esses centros contam com uma equipe multidisciplinar formada por policiais, promotores, defensores públicos, juízes, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, que realizam desde a investigação, até o tratamento e a ação penal de casos de abuso. Além de uma infraestrutura adequada, eles priorizam a capacitação da equipe técnica para conduzirem as entrevistas de forma objetiva e não duplicada, além do atendimento médico e psicológico especializado para casos de abuso sexual para a criança, adolescente e familiares não agressores.

Ademais, as redes governamentais, responsáveis por abordarem as questões sobre a violência sexual, devem desenvolver estratégias de prevenção nas instituições escolares, religiosas e sociais frequentadas por pais e filhos. É de vital importância preparar os cuidadores para identificar os sinais de violência sexual, uma vez que a maioria dos agressores fazem parte do núcleo familiar ou do convívio da cri-



ança/adolescente. Essa medida pode ser capaz de minimizar a ocorrência do abuso sexual.

As pesquisas científicas têm o potencial de identificar aspectos que possam influenciar no desenvolvimento e na consolidação da rede de proteção, ou corroborar na investigação de elementos sociais e culturais inerentes ao tema. É fundamental tratar o tema da forma mais ampla possível, de forma a realizar o fortalecimento comunitário e criar tecnologias de intervenção, minimizando a vulnerabilidade das mães, crianças e adolescentes vitimizados por abuso sexual infantil. As crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual precisam ser escutadas, validadas, acreditadas e cuidadas. De modo simultâneo, também devem ser valorizadas e cuidadas as mães não agressoras que são fundamentais para o andamento processual com desfecho de proteção às crianças e adolescentes, mas que no presente momento também adoecem e não contam com rede de proteção e suporte psicossocial adequada às especificidades dos casos de abuso sexual infantil.

## 10 REFERÊNCIAS

- ACHENBACH, T. M., RESCORLA, L. A. *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2001.
- ADAMS, J.; MRUG, S., KNIGHT, D. C. “Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology.” *Child abuse & neglect*, v.86, p. 167-177, 2001. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.019>
- O'DONOHUE, W., CUMMINGS, C., WILLIS, B. “The Frequency of False Allegations of Child Sexual Abuse: A Critical Review.” *Journal of Child Sexual Abuse*, v. 27, n. 5, p. 459-475, 2018. DOI: 10.1080/10538712.2018.1477224
- ALVARENGA, P., PICCININI, C. A. “Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares.” *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 14, n. 3, p. 449-459, 2001.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. ABEP. *Critério Brasil*. 2021. Recuperado de <https://www.abep.org/criterio-brasil>
- BECK, A. T., STEER, R. A., GARBIN, M. G. “Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation.” *Clinical Psychology Review*, v.8, n.1, p. 77-100, 1988. doi: 10.1016/0272-7358(88)90050-5.
- BECK, A. T., STEER, R. A. *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1990.
- BOLSONI-SILVA, A. T., LOUREIRO, S. R. “Validação do Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P).” *Aval. psicol.*, v.9, n.1, p.63-75, 2011. doi: 10.1590/S0103-863X2011000100008.
- BRASIL. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. Brasil, 2019. Recuperado de <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/12-violencia-contra-criancas-e-adolescentes-no-brasil-a-urgencia-da-parceria-entre-educacao-e-seguranca-publica.pdf>.
- BRASIL. *Ministério divulga dados de violência sexual contra crianças e adolescentes*. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020. Recuperado de <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/maio/ministerio-divulga-dados-de-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes>.

CADE PARANÁ. *Violência sexual contra crianças e adolescentes*. Publicado em 26 set, 2019. Recuperado de [http://www.cadeparana.org.br/\\_publicacoes/violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-avancos-e-desafios-nas-aco-es-de-enfrentamento/](http://www.cadeparana.org.br/_publicacoes/violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-avancos-e-desafios-nas-aco-es-de-enfrentamento/).

CASTRO, M. S.L.B., WILLIAMS, L.C.A. “Parental Alienation and its controversies: Considerations from the viewpoint of the Brazilian legislation.” In: DEB, S, SUBHALAKSHMI, G., CHAKRABORTI, K. (EDITS). *Upholding Justice: Social, Psychological and Legal Perspectives*. Índia: Routledge, p. 105-118, 2021.

CID, M. F. B., MATSURUKA, T. S.. “Mães com transtorno mental e seus filhos: risco e desenvolvimento.” *O Mundo da Saúde*, v.34, p.1, p.73-81, 2010. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/74/09\\_original\\_Maes.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/09_original_Maes.pdf)

CUNHA, G. G., DUTRA, E. M. S. “Um olhar fenomenológico para mães de crianças vítimas de abuso sexual: uma revisão de literatura.” *Rev. da Abordagem Gestáltica*, v.25, n.1, 103-110, 2019. doi: 10.18065/RAG.2019v25.10.

CUNNINGHAM, A. “A escuta de crianças abusadas sexualmente para a compreensão do processo de revelação.” In: WILLIAMS, L. C. A., ARAÚJO, E. A. C. (orgs). *Prevenção do Abuso Sexual Infantil: Um enfoque interdisciplinar*. Curitiba: Juruá, 2009.

DAIGNAULT, I. V., HÉBERT, M., CYR, M., PELLETIER, M., MCDUFF, P. “Correlates and Predictors of Mothers – Adaptation and Trauma Symptoms Following the Unveiling of the Sexual Abuse of Their Child.” *Journal of Interpersonal Violence*, v.36, p.11-12, 2021. doi: 10.1177/0886260518808849.

DOWNING, N. R., MARVELLOUS, A., THORNHILL, C. W. “The impact of childhood sexual abuse and adverse childhood experiences on adult health related quality of life.” *Rev. Child abuse & neglect*, v.120, 105181, p. 1-11, 2021. doi: 10.1016/j.chiabu.2021.105181.

DWORKIN, E. R., SCHUMACHER, J. A. “Preventing posttraumatic stress related to sexual assault through early intervention: A Systematic Review.” *Rev. Trauma, Violence, & Abuse*, v.19, n. 4, p.459-472, 2018. doi: 10.1177/1524838016669518.

DYB, G., HOLEN, A., STEINBERG, A. M., RODRIGUEZ, N., PYNOOS, R. S. “Allegedly sexual abuse in day care: impact on parents.” *Child abuse and neglect*, v.27, n. 8, p.939-950, 2003. doi: 10.1016/S0145-2134(03)00141-8.

FALLER, K.C. “Coaching children about sexual abuse: a pilot study of professional’s perceptions.” *Child Abuse and Neglected*, v.31, n.9, p.947-959, 2007.

FONG, H. F., BENNETT, C. E., MONDESTIN, V., SCRIBANO, P. V., MOLLEN, C., WOOD, J. N. “Caregiver perceptions about mental health services after child sexual abuse.” *Rev. Child abuse & neglect*, v.51, n. 1, p.284-294, 2016. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.09.009.

FURNISS, T. *Abuso sexual da criança: Uma abordagem multidisciplinar-Manejo, terapia e intervenção legal integrados*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1993.

GODBOUT, N., VAILLANCOURT-MOREL M. P., BIGRAS, N., BRIERE, N., BRIERE, J., HÉBERT, M. “Intimate Partner Violence in Male Survivors of Child Maltreatment: A Meta-Analysis.” *Rev. Trauma, Violence & Abuse*, v.20, n. 1, p.99-113, 2019. doi: 10.1177%2F1524838017692382.

GOMIDE, P. I. C. “Parental alienation construct.” In Todorov, J. C. (Ed.). *Trends in Behavior Analysis*. Technopolitik, p104-126, 2019.

GOMIDE, P. I. C., MATOS, A. C. H. “Diálogos Interdisciplinares Acerca da Alienação Parental.” In GOMIDE, P. I. C., STAUT, S. S. JUNIOR (Eds.). *Introdução à Psicologia Forense*. Curitiba: Juruá, pp. 104-126, 2019.

- HAGAN, M. J., BROWNE, D. T., SULIK, M., IPPEN, C. G., BUSH, N., LIEBERMAN, A. F. "Parent and Child Trauma Symptoms During Child-Parent Psychotherapy: A Prospective Cohort Study of Dyadic Change." *Journal of Traumatic Stress*, v.30, n. 6, p.690-697, 2017. doi: 10.1002/jts.22240.
- HAHN, H., PUTNAM, K., EPSTEIN, C., MARANS, S., & PUTNAM, F. "Child and family traumatic stress intervention (CFTSI) reduces parental posttraumatic stress symptoms: A multi-site meta-analysis (MSMA)." *Child abuse & neglect*, v.92, n. 1, p.106-115, 2019. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.03.010.
- HAIR, J. F. *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman editora, 2009.
- HERBERT, J. L., BROMFIELD, L. "Evidence for the Efficacy of the Child Advocacy Center Model: A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse*, v.17, n. 3, p.341-357, 2016. <https://doi.org/10.1177/1524838015585319>
- HOHENDORFF, J. V., NELSON-GARDELL, D., HABIGZANG, L. F., & KOLLER, S. H. "An integrative conceptual model for enhanced understanding of the dynamics of sexual violence against children." In Dell'aglio, D. D., Koller, S.H. (Orgs.) *Vulnerable children and youth in Brazil: Innovative Approaches from the Psychology of Social Development*. USA: Springer, p.77-88, 2017.
- HOLT, T. , COHEN, J. , MANNARINO, A., JENSEN, T. K. « Parental emotional response to children's traumas." *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, v.23, n. 10, p.1057-1071, 2014. doi: 10.1080/10926771.2014.953717.
- KAVANAUGH, M. "Maternal depressive symptoms are adversely associated with prevention practices and parenting behaviors for preschool children." *Ambul Pediat.*, v.6, n.1, p.32-37, 2006.
- KILROY, S. J., EGAN, J., MALISZEWSKA, A., SARMA, K. M. "Trauma sistêmico": o impacto sobre os pais cujos filhos sofreram abuso sexual." *Journal of Child Sexual Abuse*, v.23, n. 5, p.481-503, 2014. doi: 10.1080/10538712.2014.920458.
- KIMBERG, L., WHEELER, M. *Trauma-informed healthcare approaches: A guide for primary care*. USA: Rev. Springer, p.225-226, 2019. doi: 10.1007/978-3-030-04342-1.
- KISELY, S., STRATHEARN, L., NAJMAN, J. M. "Child maltreatment and mental health problems in 30-year-old adults: a birth cohort study." *Journal of psychiatric research*, v.129, p.111-117, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.009>
- LANGEVIN, R., HÉBERT, M., KERN, A. "Maternal History of Child Sexual Abuse and Maladaptive Outcomes in Sexually Abused Children: The Role of Maternal Mental Health." *Journal of Interpersonal Violence*, v.37, n.15-16, p.14485-14506. doi: 10.1177/08862605211013963.
- LIMA, E. P., BARRETO, S. M., ASSUNÇÃO, A. A. "Estrutura fatorial, consistência interna e confiabilidade do Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C): um estudo exploratório." *Rev.Trends Psychiatry Psychother*, v.34, n. 4, p.215-22, 2012. doi: 10.1590 / S2237-60892012000400007.
- MARIN, A. H.,PICCININI, C. A., RIBEIRO, J. G., TUDGE, R. H. "Parental child-rearing practices, behavior problems and pre-school children's social competence." *Rev. Estud. Psicol*, v.17, n. 1, p.5-13, 2012. doi: 10.1590/S1413-294X2012000100002.
- MATHEWS, B, COLLIN-VÉZINA, D. "Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition." *Rev. Trauma, Violence, & Abuse*, v.20, n.2, p.131-148, 2019. doi: 10.1177/1524838017738726.
- MAUER, V. A., WATERMAN, E. A., EDWARDS, K. M., BANYARD, V. L. "Adolescents' Relationships with Important Adults: Exploring This Novel Protective Factor Against Interpersonal Violence Victimization and Perpetration." *Journal of Interpersonal Violence*, v.37, n.19-20, p. NP19176-NP19187, 2021. doi: 10.1177/08862605211031252.
- McELVANEY, R. *Helping children to tell about sexual abuse*. London: Jessica Kingsley Publishers, p.18-19, 2016.

McGILLIVRAY, C. J., PIDGEON, A. M., RONKEN, C., CREDLAND-BALLANTYNE, C. A. “Resilience in non-offensive mothers of children who reported having been sexually abused.” *Journal of Child Sexual Abuse*, v.27, n.7, p.793-810, 2018. doi: 10.1080/10538712.2018.1477221.

MERRICK, M. T. ET AL. Vital signs: Estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for prevention 2015–2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, v.68, n. 44, p. 999, 2019. Recuperado de <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6844e1.htm>.

PADILHA, M. G. S., ANTUNES, M. C. “Considerações sobre o depoimento sem dano em casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes.” In Williams, L. C. A., Araújo, E. A. C. (orgs). *Prevenção do Abuso Sexual Infantil: Um enfoque interdisciplinar*. Curitiba: Juruá, 2009.

PIZETA, F. A., SILVA, T. B. F., CARTAFINA, M. I. B., LOUREIRO, S. R. “Maternal depression and risks for children’s behavior and mental health: a review.” *Rev. Estud. psicol.*, v.18, n.3, p.429-437, 2013. doi: 10.1590/S1413-294X2013000300003.

RODRIGUES, S. M. A., ANTUNES, M. C. *Prevenção do abuso sexual infantil intervenção com mães e em escolas*. Curitiba, PR: Juruá, 2023.

SANTOS, S. S. D., DELL’AGLIO, D. D. “Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil.” *Psicologia & Sociedade*, v.22, n. 2, p.328-335, 2010. doi: 10.1590/S0102-71822010000200013.

SINASON, V., CONWEY, A. *Trauma and Memory: The Science and the Silenced*. USA: Routledge, 2021.

STELKO-PEREIRA, A. C., WILLIAMS, L. C. A. “Abuso sexual infantil: impacto em familiares não ofensores e estratégias de apoio.” In WILLIAMS, L.C.A., HABIGZANG, L.F. *Crianças e adolescentes vítimas de violência – Prevenção, avaliação e intervenção*. Curitiba: Juruá, p.93-108, 2019.

VAN-DELFT, I., FINKENAUER, C., TYBUR, J. M., LAMERS-WINKELMAN, F. “Disgusted by Sexual Abuse: Exploring the Association Between Disgust Sensitivity and Posttraumatic Stress Symptoms Among Mothers of Sexually Abused Children.” *Journals Trauma Stress*, v.29, n. 3, p.237-44, 2016. doi: 10.1002/jts.22099.