

## Artigo original

## Uma análise documental do atendimento psicológico das vítimas de violência sexual infantil no pronto socorro

## A documental analysis of the psychological care for victims of child sexual abuse in the emergency room

## Un análisis documental de la atención psicológica a víctimas de violencia sexual en urgencias

Marcelo Chapa Guzmán 

Hospital Odilon Behrens (Belo Horizonte). Minas Gerais, Brasil. marcelochapa.psi@gmail.com

**RESUMO | INTRODUÇÃO:** O Hospital Odilon Behrens é um dos hospitais de referência que atende Vítimas de Violência Sexual (VVS) em Belo Horizonte nas primeiras 72 horas após a ocorrência da violência. **OBJETIVO:** Identificar os sinais e sintomas desenvolvidos após a violência sexual assim como os diversos fatores contextuais que devem ser considerados para compreender o impacto da violência sofrida no sujeito no atendimento no pronto socorro de um hospital de referência. **MÉTODOS:** Foi realizada uma análise de dados qualitativos coletados a partir de 187 relatórios realizados de todos os pacientes que foram atendidos pela equipe de psicologia no Pronto Socorro e que foram conseqüentemente encaminhados ao Conselho Tutelar, considerando os pacientes de sexo masculino e feminino com idade inferior a 18 anos que foram atendidos no período de janeiro a dezembro do ano 2021. **RESULTADOS:** 79,8% dos casos eram do sexo feminino, 38,4% entre os 6 a 12 anos, o tipo de revelação sexual mais incidente foi a detecção acidental, os sinais de violência sexual mais frequentes foram os sinais físicos seguido de sinais emocionais. **DISCUSSÃO:** Foi percebido que a incidência de violência sexual é subnotificada e que há um grande desconhecimento do fluxo de atendimento dos diversos dispositivos da rede. **CONCLUSÃO:** Não foi possível um único quadro psicopatológico ou sintomatologia característica para todos os casos de violência sexual, sublinhando a relevância da análise da subjetividade do sujeito e dos fatores contextuais no atendimento à vítima de violência sexual.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência. Sexual. Urgência. Hospital.

**ABSTRACT | INTRODUCTION:** Hospital Odilon Behrens is one of the reference hospitals that assist Victims of Sexual Abuse in Belo Horizonte in the first 72 hours after the occurrence of the abuse. **OBJECTIVE:** To identify the signs and symptoms developed after sexual violence as well as the various contextual factors that must be considered to understand the impact of the violence suffered on the subject when treated in the emergency room of a reference hospital. **METHODOLOGY:** An analysis of qualitative data collected from 187 reports made of all patients who were assisted by the psychology team at the Emergency Room and who were consequently referred to the Tutelary Council, considering male and female patients under the age of 18 years old who were assisted from January to December of 2021 was carried out. **RESULTS:** 79.8% of the cases were female, 38.4% were between 6 and 12 years old, the most common type of sexual disclosure was accidental detection, and the most common signs of sexual abuse were physical signs followed by emotional signs. **DISCUSSION:** It was noticed that the incidence of sexual abuse is underreported and that there is a great lack of knowledge about the service flow of the various devices in the network. **CONCLUSION:** It was not possible to find a single psychopathological profile or characteristic symptomatology for all cases of sexual abuse, underlining the relevance of analyzing the subject's subjectivity and contextual factors in caring for victims of sexual abuse.

**KEYWORDS:** Abuse. Sexual. Emergency. Hospital.

Submetido 28/04/2023, Aceito 17/10/2023, Publicado 24/11/2023

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2023;12:e5213

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e5213>

ISSN: 2317-3394

Editoras responsáveis: Mônica Dalto, Marilda Castelar, Martha Castro

*Como citar este artigo:* Guzmán, M. C. (2023). Uma análise documental do atendimento psicológico das vítimas de violência sexual infantil no pronto socorro. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 12, e5213. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e5213>



**RESUMEN | INTRODUCCIÓN:** El Hospital Odilon Behrens es uno de los hospitales de referencia que asiste a Víctimas de Violencia Sexual en Belo Horizonte en las primeras 72 horas después de la ocurrencia de la violencia. **OBJETIVO:** Identificar los signos y síntomas desarrollados después de la violencia sexual, así como los diversos factores contextuales que deben ser considerados para comprender el impacto de la violencia sufrida en el sujeto cuando es atendido en la sala de emergencia de un hospital de referencia. **MÉTODO:** Se realizó un análisis de los datos cualitativos recolectados de 187 informes realizados de todos los pacientes que fueron consultados por el equipo de psicología en el Servicio de Urgencias y que fueron derivados al Consejo Tutelar, considerando pacientes a los hombres y mujeres menores de 18 años, quienes fueron consultados de enero a diciembre de 2021. **RESULTADOS:** El 79,8% de los casos fueron mujeres, el 38,4% entre 6 y 12 años, el tipo de revelación sexual más frecuente fue la detección accidental, las señales de violencia sexual fueron las físicas seguidas de las emocionales. **DISCUSIÓN:** Se notó que la incidencia de violencia sexual es sub-reportada y que existe un gran desconocimiento sobre el flujo de servicio de los diversos dispositivos en la red. **CONCLUSIÓN:** No fue posible encontrar un cuadro psicopatológico único o sintomatología característica para todos los casos de violencia sexual, lo que subraya la relevancia de analizar la subjetividad del sujeto y los factores contextuales en el cuidado de las víctimas de violencia sexual.

**PALABRAS CLAVE:** Violencia. Sexual. Urgencia. Hospital.

## Introdução

A lei n. [13.431](#) de 4 de abril de 2017 (2017) disciplina que a violência sexual infanto-juvenil é qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não, que compreenda abuso sexual, exploração sexual comercial ou tráfico de pessoas.

O Hospital Odilon Behrens é um dos hospitais de referência que atende Víctimas de Violência Sexual (VVS) em Belo Horizonte junto com o hospital Julia Kubitscheck, a Maternidade Odete Valadares e o Hospital das Clínicas. Segundo [Paiva](#) (2017), o hospital é considerado uma referência por seguir o Protocolo de Humanização do Atendimento às Víctimas de Violência Sexual (PHAVVS), estabelecido em 2007, que dispensou a necessidade de que a vítima fizesse um exame médico-legal para coleta de vestígios, caso quisesse representar o crime, que seria realizado no Instituto Médico Legal (IML) e outro exame assistencialista, feito nos hospitais para tratamento e profilaxia, permitindo que o médico plantonista do hospital de referência possa realizar o tratamento adequado junto com a coleta de vestígios e informações necessárias para a confecção de um laudo indireto, dispensando o reexame pelo médico legista, evitando desconfortos e revitimização.

O hospital recebe demandas espontâneas e encaminhamentos da Polícia Militar, da Polícia Civil, do Corpo de Bombeiros, do SAMU, das escolas, do Conselho Tutelar, dentre outros órgãos, dentro das primeiras 72 horas após a ocorrência e as vítimas são acolhidas por uma equipe multiprofissional composta principalmente pelo profissional médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social.

Quando o paciente chega ao hospital e alega ser vítima de violência sexual, o relato deve sempre ser considerado como verdadeiro e passará a ser atendido segundo o Protocolo para Pacientes de Víctimas de Violência Sexual do [Hospital Metropolitano Odilon Behrens](#) (2019). Primeiramente, o paciente passa pelo acolhimento da classificação de risco e em seguida é encaminhado para um atendimento clínico com o profissional médico, onde será feita uma anamnese e poderá ser realizada uma profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis, anticoncepção de emergência e coleta de vestígios – Cadeia de Custódia em todos os pacientes até 10 dias úteis da suspeita da agressão, a fim de se identificar o agressor.

Posteriormente, há o encaminhamento ao serviço de psicologia e/ou serviço social, onde a vítima e a família são acolhidas e é realizada a escuta do ocorrido. Em seguida, de acordo com a especificidade dos fatos e a discussão da equipe do caso, uma conduta é definida e a equipe entra em contato com o Conselho Tutelar correspondente ao território onde ocorreu o fato por meio de um relatório psicossocial ou contato telefônico, relatando os acontecimentos, acionando a rede de proteção e a rede de atenção à saúde, que tomarão as devidas providências. Finalmente, o paciente e a família são orientados a comparecer ao serviço ambulatorial especializado do hospital.

A função do psicólogo é realizar uma intervenção em crise junto com a equipe multidisciplinar, fornecendo suporte psicológico tanto para o paciente como para a família, identificando possíveis sintomas ou transtornos desenvolvidos da violência sofrida no funcionamento do paciente e orientando sobre a importância do acompanhamento psicológico. A grande complexidade deste tipo de atendimento exige do profissional muita sensibilidade e a necessidade de levar em consideração os princípios técnicos e éticos que norteiam o trabalho do psicólogo e a grande diversidade de fatores envolvidos, tais como aspectos legais, clínicos, sociais, culturais, psicológicos, etc.

Segundo os dados apresentados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), plataforma que fornece os dados estatísticos das notificações compulsórias, como a violência sexual, foram notificadas 294 ocorrências de violência sexual em crianças e adolescentes (<1-19 anos) em 2021 em Belo Horizonte. Já que este estudo analisou 281 casos de violência sexual atendidas no Hospital Odilon Behrens, implicaria que este hospital atende aproximadamente 95,5% do total de casos em Belo Horizonte, porém, sabemos que este dado não é fidedigno devido ao grande número de subnotificações. Não foi encontrado nenhum dado deste tipo de violência pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e não foi possível localizar o número de boletins de ocorrência de violência sexual pela Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública. Assim, percebeu-se uma grande dificuldade em acessar informação estatística deste tipo de violência, não sendo possível saber os números reais da violência, o que implica que há um alarmante desconhecimento dos dados reais deste fenômeno.

Diversos artigos foram estudados para compor a pesquisa através da utilização da ferramenta de pesquisa Google e Google Acadêmico, utilizando as palavras-chave "Violência Sexual infantil" e "Abuso sexual infantil", priorizando os artigos que tratassem sobre o atendimento hospitalar, sintomas e quadros psicopatológicos, dano psíquico e os diversos fatores contextuais envolvidos.

As vítimas de violência sexual geralmente são do sexo feminino da faixa etária entre 6 a 12 anos e são violentadas, na maioria das vezes, por pessoas conhecidas, que as manipulam utilizando técnicas de aliciamento,

ganhando a sua confiança e afeto ao longo do tempo (Sanderson, 2008). A vítima, muitas vezes, não faz a denúncia do ocorrido, pois os agressores geralmente as manipulam, dizendo-lhes que o que eles estão fazendo é um segredo ou tem uma relação muito especial. As vítimas também são ameaçadas pelos agressores, não contam com um suporte familiar ou simplesmente não conseguem identificar a nocividade do ocorrido, por não terem a capacidade cognitiva para fazê-lo, em alguns casos.

A grande maioria dos autores argumentam que o impacto da violência sexual nas crianças e adolescentes é altamente prejudicial, desenvolvendo um dano psicossocial e sexual importante ao longo da sua vida, sofrimento psíquico e dor. O dano psíquico está associado a distintos fatores tais como a idade do início do abuso, a duração e frequência do abuso sexual, os tipos de atos sexuais, o uso da força ou da violência, o relacionamento da criança com o abusador, a idade e o sexo do abusador, os efeitos da revelação, a ausência de figuras parentais protetoras e o grau de segredo. Os fatores anteriores contribuem para o desenvolvimento de um sofrimento psíquico importante, caracterizado por distintos sinais e sintomas e manifestações de quadros psicopatológicos diversos (Silva Júnior, 2006).

Santos e Macedo (2020) realizaram uma revisão de literatura sobre o atendimento psicossocial a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual avaliando a forma como o atendimento é realizado no Brasil, apontando que há poucas produções científicas sobre a temática, embora a discussão midiática e acadêmica acerca do fenômeno de abuso sexual seja abundante.

Collings et al. (2005) realizaram uma investigação sobre os padrões de revelações em diferentes contextos, e de que maneira estes padrões se relacionam com outros fatores associados ao abuso sexual. Deste modo, analisaram prontuários de abuso sexual, indicando como resultado quatro principais categorias, quais sejam, revelação intencional: revelação verbal espontânea e não ambígua emitida pela própria vítima; revelação indireta: revelação espontânea, feita por meio de declarações ambíguas por parte da vítima (ainda que não se constitua em uma declaração explícita, pode alertar os outros acerca do abuso; é possível também que alguns comentários eliciem questionamentos por parte do ouvinte, levando a vítima a revelar); detecção

por testemunha: uma situação na qual o abuso sexual foi diretamente testemunhado por uma segunda parte, a qual denunciou o abuso para o cuidador ou diretamente para uma autoridade; e detecção acidental: envolve situações nas quais uma segunda parte tomou conhecimento sobre o abuso a partir da observação de sinais físicos, mudanças comportamentais, alterações emocionais, levando ao questionamento da criança ou encaminhamento para um profissional, tornando-se o abuso evidente.

[Sanderson](#) (2008), em “Abuso Sexual em Crianças: Fortalecendo pais e professores na proteção à criança contra abusos sexuais e pedofilia”, descreve sinais e sintomas que poderiam ser desenvolvidos após o abuso, classificando-os em sinais emocionais, tais como a vergonha e humilhação; sinais interpessoais como medo da intimidade, evitar a proximidade; sinais comportamentais como brincadeiras sexualizadas e comportamento regressivo; sinais cognitivos como baixa concentração e atenção, dissociação; sinais físicos como hematomas, sangramentos, traumas físicos; e sinais sexuais como comportamentos sexuais inadequados e persistentes com adultos, crianças ou brinquedos, masturbação compulsiva e exibicionismo. A autora também pontua que o dano psíquico está associado a fatores tais como a idade do início do abuso, a duração e frequência do abuso sexual, os tipos de atos sexuais, o uso da força ou da violência, o relacionamento da criança com o abusador, a idade e o sexo do abusador e os efeitos da revelação.

[Silva](#) et al. (2013) realizaram uma análise documental de laudos de perícias psiquiátricas e psicológicas de vítimas de violência sexual, observando que os resultados revelaram que houve uma manifestação de sintomas e/ou quadros psicopatológicos em casos em que não havia evidências para afirmar a ocorrência de abuso, assim como não houve apresentação de sintomas e/ou quadros psicopatológicos em laudos que apontavam probabilidade de abuso, apontando para a necessidade de analisar os fatores contextuais envolvidos, tais como os apontados por [Sanderson](#) (2008).

Os autores também sublinharam que:

Podem ser diversas as naturezas do impacto psicológico sofrido pelas vítimas de abuso sexual. Podem apresentar alterações em curto e/ou em longo prazo a partir de episódios abusivos, há uma ampla

variedade das consequências psíquicas, e por isso não é possível destacar um único quadro sintomatológico que caracterize as situações de abuso sexual. Por outro lado, há vítimas que não apresentam nenhuma consequência negativa decorrente do episódio abusivo (Saywitz et al., 2000). ([Silva](#) et al. 2013)

Desta forma, considerando as peculiaridades desta população e a literatura estudada, tem-se como objetivo identificar os sinais e sintomas desenvolvidos após a violência sexual assim como os diversos fatores contextuais que devem ser considerados para compreender o impacto da violência sofrida no sujeito no atendimento no pronto socorro de um hospital de referência. Como objetivo específico, propõe-se descrever e analisar os sinais, sintomas e fatores contextuais envolvidos com a violência sexual, assim como descrever e apontar reflexões do fluxo de atendimento e os atores envolvidos no processo de acompanhamento da violência sexual.

## Método

Foi realizado um estudo de tipo transversal, efetuando uma análise de dados qualitativos coletados a partir dos relatórios elaborados de todos os pacientes que foram atendidos pela equipe de psicologia no pronto socorro do Hospital Odilon Behrens e que foram conseqüentemente encaminhados ao Conselho Tutelar, independentemente de o abuso ter sido confirmado ou não.

Para realização desta pesquisa todos os procedimentos éticos foram assegurados, sendo submetido para revisão pelo Comitê de Ética do Hospital Municipal Odilon Behrens e aprovado pelo parecer no. 5.426.083 em 24 de maio de 2022.

A população considerada foram os pacientes vítimas de violência sexual do sexo masculino e feminino com idade inferior a 18 anos que foram atendidos no período de janeiro a dezembro do ano 2021 no Pronto Socorro. Como critério de exclusão, foram descartados todos os relatórios que foram realizados sem a presença da equipe de psicologia ou que foram realizados em outro setor do hospital.

A análise de conteúdo da pesquisa documental foi realizada utilizando a técnica de análise categorial, considerando diversos fatores, como dados sociodemográficos (faixa etária e sexo), considerando que as faixas etárias serão distribuídas em 0-1 anos, 1-3 anos, 3-6 anos, 6-12 anos e 12-18 anos; o tipo de revelação de abuso sexual, sendo: revelação intencional, revelação indireta, detecção por testemunha ou detecção acidental; o autor do suposto abuso sexual, sua faixa etária e a sua relação com a vítima, e os distintos sinais e sintomas emocionais, interpessoais, comportamentais, cognitivos, físicos e sexuais que a vítima e/ou parente relata ou apresenta durante o atendimento, utilizando a relação de sinais e sintomas proposta por [Sanderson](#) (2008) como referência principal.

Segundo a perspectiva de [Bardin](#) (1977/2016), a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico que se aplica a discursos diversificados e a todas as formas de comunicação, cujo objetivo é analisar diferentes aportes de conteúdo, sejam eles verbais ou não verbais, por meio de uma sistematização de métodos empregados numa análise de dados.

## Resultados

Foram obtidos 264 relatórios realizados pela equipe de psicologia e/ou serviço social no ano de 2021 do e-mail oficial da equipe do Pronto Socorro que foram enviadas para o Conselho Tutelar de distintos territórios. Os 264 relatórios continham 281 casos de vítimas de violência sexual infanto-juvenil, considerando a presença de mais de uma vítima em alguns relatórios. 77 relatórios (83 vítimas) foram realizados somente pelo serviço social, devido à indisponibilidade do serviço de psicologia, portanto, somente foram considerados 187 relatórios contendo 198 vítimas de violência sexual. Dos 187 relatórios, 186 foram realizados pela psicologia e o serviço social e 1 relatório foi realizado exclusivamente pela psicologia.

Em relação ao tipo de violência sexual supostamente sofrida nos 187 relatórios, 184 se tratavam de abusos sexuais, 2 sequestros com abuso sexual e 1 tráfico de menor.

Com a intenção de facilitar a exposição dos resultados obtidos, os dados não serão descritos em relação ao número de relatórios como tinha se pensado originalmente e sim em relação às vítimas de violência sexual atendidas, ou seja, 198 casos, devido ao fato de que se desconhecia a possibilidade de que os relatórios poderiam conter mais de um caso.

Durante a análise de conteúdo, optou-se por incluir novos fatores e dados que não estavam incluídos originalmente, com a inclusão das seguintes categorias: “quem foi atendido”, “tempo do atendimento após a agressão”, “faixa etária do suposto autor”, “relato de violência” e “sinais”.

Dos 198 casos atendidos, foram realizados 82 (41,4%) exclusivamente com o acompanhante da vítima e 116 (58,6%) com a vítima em conjunto com o acompanhante.

Em relação ao tempo do atendimento após a agressão, foi considerado “agudo” quando dentro das primeiras 72 horas e “crônico” quando em tempo superior às 72 horas. Foi necessário criar a subcategoria “indeterminado”, já que não havia informação suficiente para categorizar o caso nas outras subcategorias devido à falta de especificidade do relatório ou omissão da informação. 84 (42,4%) casos foram determinados como crônicos, 65 (32,8%) casos como agudos e 47 (24,7%) casos como indeterminado.

Em relação com o sexo das vítimas, 40 (20,2%) eram do sexo masculino e 158 (79,8%) do sexo feminino.

No que se refere à faixa etária, foram atendidos 2 (1%) casos com idade entre 0 a 1 ano, 37 (18,7%) casos com idade entre 1 a 3 anos, 68 (34,3%) casos com idade entre 3 a 6 anos, 76 (38,4%) casos com idade entre 6 a 12 anos, 14 (7,1%) casos com idade entre 12 a 18 anos e em 1 (0,5%) caso não foi informado a idade da vítima.

No que diz respeito à revelação do suposto abuso sexual por parte da vítima sobre o ocorrido, 78 (39,4%) casos foram por detecção acidental, 75 (37,9%) casos por revelação intencional, 19 (9,6%) casos por revelação indireta e 15 (7,6%) casos por detecção por testemunha.

Decidiu-se criar a nova categoria “Denúncia anônima” já que foi considerado que não caberia na classificação das outras categorias, totalizando 8 (4,0%) casos. Foi necessário criar a subcategoria “indeterminado” já que 3 (1,5%) relatórios não continham informações suficientes para que pudessem ser classificadas.

Em relação ao suposto autor do abuso sexual, foi identificado o pai em 35 (17,1%) casos, primo em 21 (10,2%) casos, padrasto em 19 (9,3%) casos, tio em 16 (7,8%) casos, avô em 14 (6,8%) casos, vizinho em 11 (5,4%) casos e amigo em 10 (4,9%) casos. O restante dos casos foram classificados como: “não sabe” em 28 (13,7%) casos, “desconhecido” em 5 (2,4%) casos e “outros” em 46 (22,4%) casos, devido à grande variedade da sua relação com a vítima. A subcategoria “outros” foi obtida das seguintes relações com a vítima: namorado em 8 casos, amigo da família em 7 casos, meio-irmão em 4 casos, irmão em 3 casos, tia em 3 casos, esposo da cuidadora em 2 casos, namorado da avó em 2 casos, padrinho em 2 casos, cunhado em 2 casos, irmão da cuidadora em 1 caso, funcionário da escola em 1 caso, cuidadora em 1 caso, pai de amigo em 1 caso, filha da cuidadora em 1 caso, cuidador em 1 caso, ex-padrasto em 1 caso, filho da cuidadora em 1 caso, funcionário religioso em 1 caso e em 1 caso o paciente negou o abuso. Não foi identificado nenhum caso na subcategoria “mãe”.

No que concerne à faixa etária do suposto autor, foi identificado adulto em 125 (61,6%) casos, adolescente em 39 (14,3%) casos, criança em 15 (7,4%) casos, não sabe em 28 (13,8%) casos, não foi informado em 5 (2,5%) casos e em um caso o paciente negou o abuso.

Somente foram identificados 22 (11,3%) casos em que a vítima relatou explicitamente que sofreu algum tipo de ameaça por parte do abusador e em 173 (88,7%) não há menção ao assunto.

Em relação aos sinais e sintomas desenvolvidos, foram identificados 145 (26,7%) sinais emocionais, 110 (20,2%) sinais interpessoais, 87 (16%) sinais comportamentais, 13 (2,6%) sinais cognitivos, 165 (30,3%) sinais físicos e 25 (4,2%) sinais sexuais. Devido à grande variedade de sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, foram criadas diversas outras subcategorias em cada tipo de sinal.

Nos sinais emocionais, foi registrado medo em 32 (22,1%) casos, raiva, hostilidade em 26 (17,9%) casos, ansiedade em 19 (13,1%) casos, sentimento de culpa, constrangimento em 14 (9,7%) casos, sentimento de vergonha, humilhação, repulsa, ódio e desrespeito por si mesma em 5 (3,4%) casos, confusão em 1 (0,7%) caso, dúvidas sobre si mesma, falta de confiança e de iniciativa em 1 (0,7%) caso, inferioridade, sensação de falta de valor, inadequação em 1 (0,7%) caso, e não foi registrado nenhum sinal de falta de poder, impotência. Dentro das subcategorias novas, foi identificado choro fácil em 21 (14,5%) casos, tristeza em 13 (9%) casos, irritabilidade em 7 (4,8%) casos, apatia em 2 (1,4%) casos, euforia em 1 (0,7%) caso, e embotamento afetivo em 1 (0,7%) caso.

Nos sinais interpessoais, foi registrado necessidade de se esconder, ocultar-se (timidez) em 27 (24,5%) casos, hostilidade e agressividade com os outros em 26 (23,6%) casos, falta de confiança em si mesma e nos outros (cautelosa) em 14 (12,7%) casos, solidão, alienação (isolamento) em 13 (11,8%) casos, falta de espontaneidade e de iniciativa (inibição) em 7 (6,4%) casos, redução das habilidades de comunicação em 6 (5,5%) casos, medo da intimidade (evita proximidade/abraço/afago/carícias com outros) em 4 (3,5%) casos, confusão de papéis – criança pseudo-adulto em 2 (1,8%) casos e supersensibilidade às necessidades e atitudes dos outros (superdócil) em 1 (0,9%) caso, não foi registrado nenhum sinal de autossuficiência. Dentro das subcategorias novas, foi identificado afeto excessivo com pessoa específica em 6 (5,5%) casos e hostilidade/evitação com pessoa específica em 4 (3,6%) casos.

Nos sinais comportamentais, foi registrado comportamento regressivo (enurese, chupar o dedo, dependência) em 17 (19,5%) casos, mudanças nos padrões de sono e alimentação em 16 (18,4%) casos, brincadeiras sexualizadas em 5 (5,7%) casos, temas sexuais em desenhos, históricas e jogos em 3 (3,4%) casos, comportamento autodestrutivo, tentativas de suicídio em 3 (3,4%) casos, distúrbios de conduta (pôr fogo em objetos, ataques histéricos) em 2 (2,3%) casos, comportamentos perigosos como fugir ou lutar e vulnerabilidade a acidentes em 1 (1,1%) caso, promiscuidade em 1 (1,1%) caso, não foi registrado nenhum sinal de presentes e dinheiro sem explicação ou motivo. Dentro das subcategorias novas, foi identificado resistência à higienização em 20 (23%) casos, alteração

comportamental não especificada em 4 (4,6%) casos, comportamento opositor-desafiante em 4 (4,6%) casos, resistência em ficar em casa em 2 (2,3%) casos, realização de fotos ou vídeos com conteúdo sexual em 2 (2,3%) casos, higiene precária em 2 (2,3%) casos, repetição de discurso com conteúdo sexual em 1 (1,1%) caso, medo de urinar ou evacuar em 1 (1,1%) caso, suspensão do brincar em 1 (1,1%) caso, mudança nos padrões de urinar ou evacuar em 1 (1,1%) caso, e vendas de fotos com conteúdo sexual em 1 (1,1%) caso.

Nos sinais cognitivos, foi registrado sub/superaproveitamento na escola em 4 (30,8%) casos, negação da realidade em 3 (23,1%) casos, transtornos de memória em 2 (15,4%) casos, baixa concentração e atenção em 1 (7,7%) caso, dissociação em 1 (7,7%) caso, refúgio na fantasia em 1 (7,7%) caso, distorções cognitivas (percepção distorcida da realidade) em 1 (7,7%) caso, não foi registrado nenhum sinal de hipervigilância. Não foi necessário criar uma nova subcategoria.

Nos sinais físicos, foi registrado dores e doenças psicossomáticas em 62 (37,3%) casos, coceira, inflamação e infecção nas áreas oral, genital e retal em 21 (12,7%) casos, danos visíveis em razão da inserção de objetos estranhos nos orifícios genital, retal e uretral em 19 (11,4%) casos, hematomas e sangramentos em 10 (6%) casos, traumas físicos nas regiões oral, genital e retal em 9 (5,4%) casos, desconforto em relação ao corpo em 6 (3,6%) casos, distúrbio do sono: pesadelos, sonambulismo em 5 (3%) casos, odores estranhos na área vaginal em 3 (1,8%) casos, doenças sexualmente transmissíveis em 2 (1,2%) casos, gravidez em 1 (0,6%) caso e não foi registrado nenhum sinal de traumas físicos nos seios, nádegas, coxas e baixo ventre. Dentro das subcategorias novas, foi identificado hiperemia em 17 (10,2%) casos, constipação em 3 (1,8%) casos, vômitos em 2 (1,2%) casos, mal-estar em 2 (1,2%) casos, febre em 1 (0,6%) caso, oxiurose em 1 (0,6%) caso e gagueira em 1 (0,6%) caso.

Nos sinais sexuais, foi registrado comportamentos sexuais inadequados e persistentes com adultos, crianças ou brinquedos em 9 (36%) casos, masturbação compulsiva em 6 (24%) casos, temas sexuais nos trabalhos artísticos, em histórias ou jogos em 5 (20%) casos, exibicionismo em 2 (8%) casos, gravidez em 1 (4%)

caso, prostituição em 1 (4%) caso, promiscuidade em 1 (4%) caso, não foi registrado nenhum sinal de compreensão claramente sofisticada do comportamento sexual, medo do sexo, ou problemas menstruais. Não foi necessário criar uma nova subcategoria.

## Discussão

Os 187 relatórios analisados foram realizados por diversos profissionais da área da psicologia e serviço social, tendo como resultado uma grande divergência de estilos e informações apresentadas, ora omitindo informações fundamentais, ora se excedendo com a especificidade e quantidade de informações apresentada de forma desnecessária. Considera-se que esta divergência pode acontecer devido ao fato de que não existe uma padronização ou consenso dos dados que devem ser coletados ou colocados no relatório pela equipe, da falta conhecimento sobre como deve ser realizado este tipo de atendimento ou da alta rotatividade dos profissionais do setor.

Deve-se destacar que tanto o trabalho da psicologia e o serviço social do pronto socorro do hospital como a análise dos relatórios não têm como objetivo discutir a veracidade ou confirmação da ocorrência da violência sexual e deve-se considerar que a grande maioria dos casos deste estudo foram atendidos em uma única ocasião pela equipe multiprofissional, portanto devido à natureza deste estudo, todos os relatos foram considerados como verdadeiros. Para estudar evidências da ocorrência do abuso seria necessário realizar outro tipo de estudo, como o proposto por [Silva et al. \(2013\)](#), que analisou laudos realizados pelo IML resultantes de perícias psiquiátricas e psicológicas.

Em relação a quem foi atendido no hospital, o protocolo do hospital não especifica se o atendimento deve ser realizado com a presença de vítima ou não. Alguns relatórios explicitamente citavam a Lei 14.321 que dita sobre a evitação a revitimização, ou seja, diz respeito a evitar procedimentos que obriguem vítimas ou testemunhas a ter que reviver repetidas vezes a violência sofrida, optando por não atender a vítima da violência sexual, porém a maior parte dos

atendimentos foi realizado com a presença da vítima junto com o acompanhante ou responsável legal. Deve-se ressaltar que existiam casos que explicitavam que o relato da criança já tinha sido escutado pelo profissional médico, querendo evitar o novo relato pela equipe da psicologia e do serviço social e também havia casos nos quais o acolhimento da equipe multiprofissional era fundamental devido à sua complexidade.

Decidiu-se levar em consideração o tempo do atendimento após agressão, já que se trata de um fator contextual que tem um impacto importante nos casos. Embora o hospital seja referência em atendimento a vítimas de violência sexual aguda, ou seja, em até 72 horas após o abuso, a maior parte dos atendimentos (42,4%) eram de casos crônicos (>72 horas) que, seguindo os fluxos da rede, poderiam ser atendidos nas unidades básicas de saúde.

Percebeu-se que há um grande desconhecimento do fluxo de atendimento até dos próprios conselhos tutelares e unidades básicas de saúde, compreendendo que todos os casos de suspeita de abuso, independentemente da sua cronicidade, devem ser atendidos num hospital de referência.

Vale mencionar que muitos casos foram considerados crônicos devido à demora da própria família em levar a vítima para um atendimento, mesmo tendo revelado o abuso de alguma forma. Outros casos foram considerados crônicos porque passou-se tempo entre a ocorrência do abuso e a decisão da vítima de revelá-lo. É importante destacar que um grande número de casos foi categorizado como “indeterminado” (24,7%) pela falta de especificidade dos relatórios, pela omissão de informação, como data de atendimento ou data do suposto abuso, e pela própria incerteza dos familiares da possibilidade ou veracidade da ocorrência do abuso.

No que se refere ao sexo e à faixa etária da vítima, os resultados indicam que o maior grupo de afetados é do sexo feminino (79,8%) entre os 6 e 12 anos (38,4%), confirmando o apontado por [Sanderson](#) (2008) e [Silva](#) et al. (2013), porém o número de atendimentos do sexo masculino (20,2%) é maior do que apresenta a literatura.

Deve-se considerar também que, embora o número de atendimentos de adolescentes seja consideravelmente menor do que as crianças (14,3%), foi identificado que esta população apresentou características específicas, como maior facilidade de relatar sobre o ocorrido. Em muitos destes casos houve uma incidência alta de pacientes que consentiram com a violência, tratando o tema como uma brincadeira sexual ou manifestando desejo explícito em ter uma relação sexual com um adolescente ou uma pessoa adulta, chegando a 8 o número de casos de estupro de vulnerável que foram relatados de forma explícita.

Devemos considerar que “essa atitude dificilmente manifesta um consentimento, uma vez que a vítima é incapaz de resistir em razão do desequilíbrio do poder, de status e de autoridade ou do grau de manipulação e coerção” ([Sanderson](#), 2008, p. 16).

Sobre o tipo de revelação sexual, a revelação mais incidente foi a detecção acidental, seguido da revelação intencional, concordando com a pesquisa apresentada por [Collings](#) et al. (2005) que determinou estas categorias.

A revelação do abuso sexual é um momento crucial para a vítima, pois pode gerar revitimizações caso os adultos não acreditem em seu relato e tomem as medidas protetivas cabíveis. A rede de apoio social e afetiva da criança pode minimizar ou potencializar os danos do abuso sexual no momento em que a criança consegue romper o segredo e revelar a violência. ([Habigzang](#) et al., 2011, p. 468)

Desta forma, diferentes fatores devem ser considerados para analisar o motivo pelo qual a detecção acidental é o tipo de revelação mais incidente. Devemos lembrar que, segundo a literatura, acredita-se que apenas 10% dos casos são na verdade relatados ou chegam ao sistema judiciário criminal, devido ao medo das consequências, ao fato de ter sido ameaçada pelo agressor, à falta de apoio da família, à proximidade do autor ou ao desconhecimento da nocividade da atividade sexual realizada.

Deve-se mencionar que uma grande quantidade das revelações acidentais se deu porque algum adulto percebeu algum tipo de sinal físico na criança e a mesma,



devido à idade, não foi capaz de afirmar ou negar o abuso, tendo uma correlação importante com esta categoria. Sobre a revelação intencional, vale ressaltar que as crianças revelam os abusos por meio de um léxico relativo à etapa psicossocial própria da criança, sendo limitada em frases como "(...) espetou com alfinete o meu bumbum e espirrou xixi na cara", "(...) mexeu na minha florzinha" ou "colocou o carregador na bunda" o que enfatiza a importância da escuta especializada nos atendimentos desta população.

Por último, foi necessário criar a subcategoria "denúncia anônima" considerando a especificidade do tipo de revelação, indicando que existem situações nas quais é necessária a intervenção de um terceiro para indicar este tipo de violência pela possibilidade do consentimento desta conduta dos familiares ou pela falta de credibilidade no discurso da criança.

No que concerne ao autor do suposto abuso sexual, a pesquisa confirmou o fato de que a maioria dos agressores são pessoas conhecidas (83,9%), sendo que apenas 2,4% se tratavam de pessoas desconhecidas e em 13,7% dos casos as vítimas e/ou acompanhantes não conseguiram identificar um possível agressor.

É interessante apontar que o autor mais incidente é o próprio pai da vítima (17,1%) e os resultados assinalam que uma quantidade considerável de outros autores apontados pertence à família extensa, o que mostra que o tipo de relacionamento com o autor é um fator contextual muito importante para determinar o dano psíquico na vítima.

O tipo de relacionamento é importante porque este tipo de abuso não só implica em um relacionamento nocivo com o familiar, mas também que a sua denúncia prova uma ruptura na estrutura familiar, o que teria consequências psíquicas importantes.

Sobre a faixa etária do suposto autor, um dado interessante é o fato de que aproximadamente 21,7% dos supostos abusos foi realizado por uma criança ou adolescente. Os resultados apontaram que alguns destes casos eram brincadeiras ou explorações sexuais feitas entre crianças e adolescentes e outros eram atividades sexuais precoces. A partir destes dados, deve-se sublinhar a importância da educação sexual infantil e o conhecimento do desenvolvimento e expressão sexual normal em crianças.

Outro dado importante é que a criança ou adolescente com desenvolvimento de algumas atividades sexuais de forma precoce poderia implicar que esse agressor também poderia ser uma vítima de violência sexual, repetindo o comportamento com outras pessoas da sua própria faixa etária. Segundo [Glasser et al. \(2001\)](#), aproximadamente 35% dos abusadores sexuais de crianças tiveram algum relato de violência sexual.

Segundo os resultados, um número reduzido de vítimas sofreu algum tipo de ameaça (11,3%) de forma explícita. Esta incidência tão baixa poderia ser explicada por medo da vítima de falar sobre a ameaça, pela vítima não ser questionada sobre este fenômeno ou pela omissão deste fato no relatório. Para poder ter informação sobre este dado, seria necessário a análise de outro tipo de material, como um laudo.

Sobre os sinais e sintomas apresentados pelas vítimas, deve-se sublinhar que foi observado que, em sua grande maioria, os atendimentos se tratavam apenas de um primeiro contato com algum serviço de saúde, podendo chegar a desenvolver os sintomas de forma posterior ou por outros motivos, ou mesmo não desenvolvendo sintoma algum, como foi apontado por [Silva et al. \(2013\)](#).

Percebeu-se uma dificuldade em categorizar alguns sinais e sintomas apresentados nos relatórios, já que alguns pertenciam a mais de uma categoria. Adicionalmente, foi necessário criar novas subcategorias dada a especificidade e grande diversidade dos sinais e sintomas, confirmando o descrito por [Silva et al. \(2013\)](#) de que há uma ampla variedade das consequências psíquicas, e por isso não é possível destacar um único quadro sintomatológico que caracterize as situações de abuso sexual.

Os sinais físicos foram mais incidentes (30,3%) nos relatórios, sendo que dentro desta categoria, as dores e doenças psicossomáticas foram as mais frequentes (37,3%), seguido de coceira, inflamação e infecção nas áreas oral, genital e retal (12,7%), danos visíveis em razão de inserção de objetos estranhos nos orifícios genital, retal e uretral (11,4%) e hipermia (10,2%). Muitos dos relatórios descreviam que os familiares suspeitavam da violência sexual exclusivamente pelo fato de apresentar algum sinal físico, o que faz que esta categoria seja percebida como de

grande importância para que os familiares suspeitem da violência sexual. Contraditoriamente, poucos relatórios incluíam a avaliação da pediatria e/ou ginecologia, e algumas vezes qualquer descrição de algum sinal físico é omitido.

Posteriormente, os sinais emocionais (26,7%) foram mais frequentes. O sinal mais frequente foi o medo (22,1%). O medo é comum nas vítimas que temem não somente o agressor, mas também a revelação do segredo e suas consequências na sua vida e na estrutura familiar. Outros sinais frequentes foram a raiva e hostilidade (17,9%), choro fácil (14,5%), ansiedade (13,3%), sentimento de culpa e constrangimento (9,7%) e tristeza (9,0%). Segundo [Sanderson](#) (2008), o sentimento de culpa e constrangimento ou vergonha evoca a ansiedade em relação a si mesma, uma profunda sensação de inadequação e de ausência de iniciativa acompanha essa falta de confiança, desenvolvendo uma falta de poder profunda que pode se manifestar com sinais como a raiva e hostilidade ou tristeza.

Os sinais interpessoais (20,2%) apresentaram diversas subcategorias que foram considerados importantes para a suspeita de algum tipo de violência sexual por parte do familiar, particularmente a necessidade de se esconder, ocultar-se (timidez) (23,5%), hostilidade e agressividade (23,6%), falta de confiança em si mesma e nos outros (cautelosa) (12,7%) e solidão, alienação (isolamento) (11,6%). Por outro lado, os sinais comportamentais (16%) mais frequentes foram resistência à higienização (23%), comportamento regressivo (enurese, chupar o dedo, dependência) (19,5%) e mudanças nos padrões de sono e alimentação (18,4%). Segundo os relatórios, estes sinais interpessoais junto com alguns sinais comportamentais implicavam uma mudança importante e repentina no comportamento ou rotina normal da criança ou adolescente, apontando para o familiar que alguma coisa estava acontecendo com ele, muitas vezes suspeitando de alguma violência sexual. Deve-se sublinhar que muitos destes sinais eram apresentados pela população mais nova devido à dificuldade ou angústia da criança em revelar o que estava acontecendo com ela. Assim, diante da dificuldade de comunicação verbal, as crianças manifestavam a situação através da revelação acidental por sinais como a resistência à higienização em crianças mais novas ou comportamento regressivo entre outras mudanças comportamentais em crianças com um desenvolvimento cognitivo maior.

Os sinais sexuais (4,2%) foram dos menos incidentes nos relatórios, demonstrando que estes sinais não são desenvolvidos com tanta frequência e não são demonstrados a curto prazo ou num primeiro atendimento. Os sinais sexuais mais frequentes foram comportamentos sexuais inadequados e persistentes com adultos, crianças ou brinquedos (36%), masturbação compulsiva (24%) e temas sexuais nos trabalhos artísticos, em histórias ou jogos (20%). Estes sinais foram mais alarmantes para os familiares, pois se tratavam de formas mais explícitas da possibilidade de uma violência sexual. Os resultados apresentados destes sinais, assim como a análise da faixa etária das vítimas como se mencionou anteriormente, enfatiza a necessidade de conscientizar sobre as formas de expressão sexual normal em crianças de cada faixa etária e a abordagem deste assunto dos pais com os filhos, evitando que o tema seja um assunto considerado tabu, com a finalidade de poder facilitar a comunicação intrafamiliar e não ter uma perspectiva punitiva com este tipo de atividade.

Por outro lado, os sinais cognitivos (2,6%) foram os menos incidentes nos relatórios, apresentando poucas das subcategorias propostas por [Sanderson](#) (2008). O sinal mais frequente e reconhecido como de importância superior nos relatórios foi o sub/superaproveitamento na escola (30,8%). Este sinal marca a importância da comunicação entre as escolas e as famílias para a identificação e prevenção da violência sexual.

## Considerações Finais

Os resultados mostram uma heterogeneidade no estilo e informações apresentadas nos relatórios elaborados pela equipe do serviço social e psicologia, omitindo informação contextual importante ou sendo excessivamente detalhado, dando lugar para o questionamento de como deveriam ser realizados estes relatórios e que informação seria considerada crucial, assim como refletir sobre a finalidade destes.

Os relatórios são feitos para o conselho tutelar, para a justiça, para a rede de saúde, para a família ou para a vítima? Assim, esta diversidade e a natureza complexa deste tipo de atendimento, exige uma constante capacitação, comunicação e trabalho em equipe. Por outro lado, os dados também mostram que há um grande

desconhecimento do fluxo deste tipo de atendimento por todos os atores da rede, mostrando a necessidade uma discussão mais ampla da temática.

O impacto da violência sexual nas crianças e adolescentes depende de diversos fatores que foram explorados e discutidos, porém foi identificada uma dificuldade em analisar alguns fatores contextuais ao abuso sexual devido à natureza da pesquisa, já que os relatórios analisados se tratam apenas de um primeiro atendimento no pronto socorro, sendo difícil determinar de maneira concreta a forma na qual estes fatores estão associados à sintomatologia apresentada pelas vítimas.

Portanto, para tal objetivo, seria necessário a análise de laudos periciais, entrevistas ou outro tipo de pesquisa longitudinal, salientando que o papel desta análise não seria confirmar a ocorrência da violência, pois a psicologia não necessariamente trabalha com a realidade dos fatos, mas com a realidade psíquica, considerando o conceito da fantasia inconsciente, os recursos psíquicos e os desejos do sujeito (Masson, 1985/1986). Assim, alguns estudos questionam a relação direta entre as variáveis da ocorrência do abuso com o desenvolvimento de uma sintomatologia, apontando para a necessidade de ir além do positivismo para a estudar tal fenômeno subjetivo.

Desta forma, não foi possível identificar um único quadro psicopatológico ou sintomatologia característica para todos os casos de violência sexual, assinalando a relevância da análise da subjetividade do sujeito e dos fatores contextuais no atendimento à vítima de violência sexual, assim como a importância de reduzir os danos que todos os atendimentos da rede assistencial poderiam causar na vítima, dando lugar à discussão a respeito da necessidade de um atendimento qualificado e ao trabalho profilático.

Assim, este estudo apresentou diversas limitações devido à pouca literatura sobre o atendimento da violência sexual no hospital, pois foi evidenciado que, embora esse assunto tenha grande relevância e repercussão social, existem poucos estudos que analisam este tipo de população e problemática. Uma limitação importante que se deve destacar é a fonte de informação analisada, ou seja, os relatórios realizados pela equipe de hospital, já que, conforme foi mencionado anteriormente, percebeu-se que havia uma falta de padronização na realização deste documento

psicológico, muitas vezes explicitando poucas informações relevantes para este estudo. Por outro lado, a própria natureza do estudo limita os dados qualitativos que poderiam ser explorados em outro tipo de estudo como foi mencionado anteriormente.

Faz-se necessário sugerir a realização de diversos estudos a partir deste artigo, tais como explorar qual dos fatores contextuais apresentados tem maior correlação com o dano psíquico e de que forma cada um destes fatores impacta o sujeito. Por outro lado, seria muito relevante realizar um estudo de caso que acompanhasse um caso de abuso sexual de forma longitudinal, explorando detalhadamente a passagem pelo fluxo de atendimento hospitalar, da assistência social, justiça e as diversas instituições que se envolvem nestes casos.

### Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

### Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).



### Referências

- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo. Edição revista e ampliada* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trans.). Edições 70. (Trabalho original publicado em 1977).
- Collings, S. J., Griffiths, S., & Kumalo, M. (2005). Patterns of disclosure in child sexual abuse [Padrões de denúncia de abuso sexual de crianças]. *South African Journal of Psychology*, 35(2), 270–285. <https://doi.org/10.1177/008124630503500207>

- Glasser, M., Kolvin, I., Campbell, D., Glasser, A., Leitch, I., & Farrelly, S. (2001). Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator [Ciclo do abuso sexual de crianças: relações entre ser vítima e tornar-se agressor]. *The British Journal of Psychiatry*, 179(6), 482–494. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.6.482>
- Habigzang, L. F., Ramos, M. D., & Koller, S. H. (2011). A Revelação de Abuso Sexual: As Medidas Adotadas pela Rede de Apoio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 467–473. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400010>
- Hospital Metropolitano Odilon Behrens. (2019). *Protocolo para pacientes Vítimas de Violência Sexual*.
- Lei n. 13.431, de 4 de abril de 2017. (2017). Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=13431&ano=2017&ato=c57oXQU5EeZpWT7de>
- Masson, J. M. (Ed.). (1986). *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess 1887–1904* (V. Ribeiro, Trad). Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1985).
- Paiva, L. D. (2017). *Protocolo de humanização do atendimento às vítimas de violência sexual: evolução e possíveis melhorias*. [Dissertação de bacharelado, Fundação João Pinheiro]. Repositório Digital de Monografias da EG/FJP. <http://monografias.fjp.mg.gov.br/handle/mono/2312>
- Sanderson, C. (2008). *Abuso Sexual em Crianças: Fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais*. M. Books.
- Santos, M. E. P., & Macedo, E. B. (2020). Atendimento Psicossocial a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual: uma revisão de literatura. *Polêmica – Revista Eletrônica da UERJ*, 20(2), 22–41. <https://doi.org/10.12957/polemica.2020.60207>
- Silva Júnior, A. P. (2006). *Dano psíquico em crianças vítimas de abuso sexual sem comprovação de ato libidinoso ou conjunção carnal*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UNB. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/2513>
- Silva, D. G., Gava, L. L., & Dell'Aglio, D. D. (2013). Sintomas e quadros psicopatológicos em supostas vítimas de abuso sexual: uma visão a partir da psicologia positiva. *Aletheia*, 40, 58–73. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100006)