

AVALIAÇÃO DO TRAUMA EM CASOS DE ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS

Sílvia Paiva

Mestranda em Medicina Legal
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - UP
silviagpaiva@hotmail.com

Ana Isabel Sani

Professora Auxiliar
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - UFP
anasani@ufp.pt

Resumo

Iniciamos este artigo com as catorze sugestões de Leventhal para a condução do processo de avaliação do trauma. De seguida, destacamos os factores complexos associados ao grau do trauma emocional que devem ser valorizados. Explicamos o desenrolar da entrevista inicial, envolvendo os pais; o encontro só com a criança; a forma de ajudar a criança a sentir-se confortável; como obter a informação e a importância de compreender a criança e a família. Além disso, abordamos o interesse de conhecer a vítima antes do trauma.

Palavras-chave

Criança, abuso sexual, trauma, avaliação

Abstract

This article begins with the fourteen Leventhal suggestions focused on the process of conducting a trauma evaluation. Then, we evidence the complex factors associated to the emotional trauma, which should be valorised. We continue, explaining the initial interview development, involving the parents; meeting with the child alone; helping the child to feel comfortable; gathering information and understanding the family and the child. Besides, we approach the importance of knowing the child before the trauma.

Key-words

Child, sexual abuse, trauma, evaluation

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objectivo geral sensibilizar técnicos e estudantes da área da saúde para o processo de avaliação do trauma em casos de abuso sexual de crianças. Em Portugal a violência sexual é um grave problema de saúde pública e, como tal, deve ser analisado com a maior atenção e rigor possíveis.

Hoje em dia há ainda dificuldades por parte dos profissionais que trabalham com estes casos; porquanto, as crianças têm receio de revelar o abuso com medo de represálias do agressor; as famílias temem denunciar um dos seus membros, tentando evitar as consequências negativas que daí poderão advir e, por outro lado, a sociedade evita encarar a real dimensão desta problemática, bem como envolver-se numa questão tão complexa.

Em suma, este artigo pretende simplificar a abordagem da avaliação do trauma, tendo em perspectiva as diferentes fases do processo, factores que condicionam o grau do traumatismo resultante da agressão, estratégias e sugestões de orientação da avaliação das vítimas de abuso sexual. Acresce que uma avaliação completa e adequada da situação pode contribuir positivamente para ultrapassar o trauma.

2. AVALIAÇÃO DO TRAUMA

A avaliação de uma suspeita de abuso sexual infantil é um desafio. Leventhal (2000) faz 14 sugestões para o terapeuta conduzir o processo de avaliação de suspeita de abuso sexual de uma criança: 1) deve apresentar-se à criança e aos pais e esclarecer o motivo da avaliação; 2) pode indicar a presença de outro profissional para registar a informação, enquanto que o próprio se dedica a escutar e observar as respostas da criança e dos pais; 3) os pais devem ser entrevistados separadamente, analisando a sua visão sobre a possível situação; 4) deve ouvir o relato completo dos factos, pedindo aos pais para contarem a “história” desde o início e compará-la com a “história” elaborada pelo médico; 5) determinar quem estava com a criança no momento da agressão; 6) levantar questões que podem ajudar a solucionar a situação, tais como: “acha possível que a sua criança tenha sido abusada sexualmente?”; “como pensa que a sua criança sofreu o abuso?”; “se magoasse a sua criança, era capaz de contar à sua esposa/marido?”. Para além de que o relacionamento dos pais deve também ser explorado, nomeadamente no que concerne à existência de discussões ou violência, bem como no que respeita ao consumo de drogas/ álcool; 7) observar o comportamento não verbal e verbal, tendo em conta que o rubor facial, choro, raiva inapropriada, tentativa de esconder más notícias, podem constituir sinais suspeitos; 8) não ignorar a relação pais-criança, realizando a entrevista aos pais, entrevista à criança, observando sessões de jogo, de interacção criança-pais, recorrendo a informações da assistente social e do médico psiquiatra; 9) rever os registos médicos: comparar as “histórias” registadas, confirmando a sua concordância. Colher dados adicionais, tais como: 10) rever raio-x com o radiologista (não se vislumbrando o interesse prático desta sugestão); 11) falar com o médico de família, com vista a determinar o seu parecer em relação a cada um dos pais, a relação entre eles e a relação pais-criança; 12) reunir com os clínicos e outros profissionais; 13) promover o “feedback” com os pais; ou seja, informar os pais; 14) estar atento aos clínicos, não ignorando os próprios sentimentos e os sentimentos dos colegas.

Machado (2002) apresenta um protocolo de avaliação das situações de abuso sexual que se desenvolve em cinco etapas: avaliação dos factos e da sua veracidade; avaliação da sintoma-

tologia específica e das dinâmicas traumáticas; avaliação do ajustamento global; avaliação do funcionamento familiar e avaliação do risco.

De acordo com Magalhães (2002) compete ao psicólogo: a) avaliar a situação de risco psicológico e o grau de sofrimento emocional do menor; b) avaliar o significado real dos comportamentos que apresenta; c) analisar os graus de vinculação afectiva do menor em relação aos pais, representantes, irmãos ou outros; d) valorizar as informações por ele prestadas; e) determinar a sua capacidade para compreender o caso e o sentido de uma eventual intervenção; f) estabelecer um diagnóstico psicológico e solicitar, se necessário, o apoio da pedopsiquiatria; g) determinar as medidas a adoptar com o objectivo de minorar as consequências do abuso, diminuir o risco de recidiva e reintegrar o menor na família; h) construir um relatório pormenorizado sobre o caso; i) assegurar-se que os outros profissionais envolvidos serão informados sobre as suas observações e estar disponível para participar em discussões do caso e em audiências judiciais.

2.1. FACTORES ASSOCIADOS AO GRAU DO TRAUMA EMOCIONAL

Uma das primeiras tarefas consiste em avaliar se o abuso ocorreu efectivamente e, em caso afirmativo, qual a extensão do trauma. Vários factores complexos são tidos em conta na avaliação do grau do trauma emocional imediato ou a longo prazo, sofrido ou a sofrer por uma criança vítima de abuso sexual (Katz & Mazur, 1979 cit. por Everstine & Everstine, 1989): (1) *A idade da criança*: as crianças mais novas são mais vulneráveis ao trauma, enquanto que as mais velhas podem sentir maior mágoa. No entanto, Finkelhor e Browne (1986), contrapondo os anteriores autores defendem que algumas crianças mais novas podem ser protegidas dos efeitos negativos pela sua tenra idade, enquanto as outras são mais seriamente traumatizadas por serem mais conscientes dos malefícios resultantes da agressão; (2) *A condição psicológica da vítima*: as crianças com problemas emocionais prévios (ou mais vulneráveis, porque são oriundas de famílias disfuncionais) podem evidenciar mais problemas, como resultado de terem sido abusadas e, tais problemas, podem permanecer durante muito tempo; (3) *Conhecimento ou experiência sexual prévia*: a ausência destes pode aumentar a vulnerabilidade; (4) *Tipo de Agressão*: o tipo de agressão está relacionado com o trauma (severidade, violência). (5) *Repetição do Abuso*: o abuso sexual repetido ao longo de um determinado período de tempo é mais traumático do que um acontecimento isolado; (6) *O abusador estranho versus conhecido, de confiança*: a agressão à criança feita por uma pessoa que ela conhece e confia é bem mais traumático do que a agressão perpetrada por estranhos. Quanto maior for a distância emocional entre a criança e o agressor, menos trauma emocional pode resultar. Contudo, Finkelhor e Browne (1986) consideram que a proximidade familiar da criança com o agressor não reflecte necessariamente o grau de traição envolvido no abuso. Ser abusado por um vizinho de confiança pode ser mais devastador do que por um tio ou avô com quem a criança não mantinha uma relação próxima. Além disso, enquanto que o abuso levado a cabo por uma pessoa de confiança envolve traição, o abuso por um estranho, ou por uma pessoa mais distante, pode envolver mais medo. Estes factores podem ajudar a explicar que a distinção entre o agressor parente / não parente não é necessariamente um factor que permite prever o trauma, de uma forma consistente. Contudo, há estudos que indicam que ser abusado por pais ou padrastos tem um impacto mais negativo; (7) *Reacções dos outros*: o comportamento do agressor pode contribuir para transformar o trauma em culpa e vergonha por parte da criança. Aquelas crianças em que os pais, professores, amigos, vizinhos as compreendem e lhes dão amor, normalmente reve-

lam um menor trauma; (8) *Não ser acreditada ou acarinhada*: uma criança que não é levada a sério ou acarinhada pelos pais ou adultos que cuidam dela, sofre maior trauma emocional do que aquelas que o são; (9) *Terapia*: tal como os adultos, as crianças vítimas de abuso sexual que recebem psicoterapia têm mais probabilidade de recuperar do trauma, do que as que não recebem qualquer tipo de tratamento.

Finkelhor e Browne (1986) assinalam também o *género do agressor* como possível potenciador do trauma emocional. Acresce que, a análise de múltiplas variáveis de Finkelhor mostra que a *idade do agressor* constitui o segundo factor mais importante para prever o trauma. Deste modo, sugere que as vítimas se sentem mais traumatizadas quando o abuso é perpetrado por adultos, do que quando se trata de agressores adolescentes.

Cameron (2000), no seu estudo com sobreviventes de abuso sexual infantil, detectou aspectos que aumentam o trauma do abuso sexual, entre os quais as ameaças, a duplicidade de papéis, o jogo, a humilhação, os problemas respiratórios e o induzir sentimentos de prazer. Isto destrói as assunções da criança relativas a si própria e ao mundo.

Furniss (1993) acrescenta a ideia de que o grau de segredo é outro factor que pode estar positivamente relacionado com o dano psicológico no abuso sexual da criança.

2.2. A ENTREVISTA INICIAL

Os primeiros contactos com a criança e a família constituem momentos de sensibilidade extrema, que podem ser cruciais na determinação da direcção da intervenção e no subsequente tratamento (Everstine & Everstine, 1989).

2.2.1. ENVOLVER OS PAIS

A avaliação do funcionamento familiar é fundamental para permitir a compreensão do contexto de ocorrência do abuso (incesto), como para avaliar o suporte à criança (Machado, 2002), determinando, conseqüentemente, o sucesso do tratamento.

De acordo com Friedrich (2002) existem três domínios do funcionamento da criança essenciais para integrar o processo de avaliação: a qualidade da vinculação pais-criança, factores de desregulação nos pais e na criança e o desenvolvimento da criança. A teoria da vinculação define a relação da criança com os seus pais como um vínculo de base biológica, sendo este uma conexão instintiva. Pode-se concluir que se a forma como os pais cuidam da criança pode ir da sensibilidade e habilidade à insensibilidade e incapacidade, o resultado da vinculação também pode ser variado. A desregulação remete para as duas sequelas mais comuns resultantes dos maus-tratos, a perturbação pós-stress traumático (PPST) e problemas de comportamento sexual. A PPST é uma perturbação de ansiedade, habitualmente definida a partir da coexistência de um grupo de três sintomas – reviver regularmente o acontecimento penoso, evitação/sensibilidade e hiperactivação – que persistem durante pelo menos um mês, em indivíduos que sobreviveram a um evento traumático (Davidson, Nutt & Zohar, 2000). O comportamento sexual está fortemente relacionado com o contexto familiar. As variáveis deste contexto incluem todas as formas de maus-tratos, para além do abuso sexual, como violência familiar, stress e sexualidade da família (Friedrich, 2002).

A capacidade do terapeuta para compreender a criança, para a perceber correctamente e, finalmente, para se comportar de uma maneira organizada e consistente, são factores essenciais no processo de avaliação.

De acordo com Everstine e Everstine (1989), quando o trauma sexual é desconhecido para os pais, é necessário lidar-se com precaução. Se os pais forem informados que a criança foi vítima de abuso sexual, é importante excluí-la do encontro. Confrontações emocionais ou cenas de agressividade podem, muitas vezes, ser tão confusas e traumáticas para a criança como o próprio abuso, pelo que é necessário tomar precauções. O terapeuta deve ter em consideração se um ou ambos os pais foram vítimas, em crianças, de um trauma sexual, podendo ser necessário discutir questões intergeracionais sensíveis e complexas, que pode não ser apropriado serem discutidas na presença da criança já injuriada. Outra razão para manter a criança afastada do encontro com os pais, particularmente nos casos de abuso intrafamiliar, consiste em prevenir a criança de ser forçada a contradizer a versão do acontecimento contado pelo familiar. Contudo, se a criança insistir em ter os pais presentes, é recomendável que se respeite os seus desejos, a não ser que haja uma suspeita muito grande de que o próprio pai tenha sido o abusador e, neste caso, deve ser entrevistada isoladamente. Se, de início, for difícil falar apenas com a criança, uma boa estratégia pode consistir em juntar os pais e a criança numa conversa normal e, depois, questionar a criança se está disposta a falar sozinha com o terapeuta.

2.2.2. ENCONTRO SÓ COM A CRIANÇA

Everstine e Everstine (1989) referem que uma das vantagens de entrevistar a criança sozinha consiste em protegê-la de comentários como “eu disse-te para não ires sozinha”, evitando que a criança se sinta culpada. Nesta perspectiva, a avaliação dos factos deverá decorrer apenas com a presença da criança e do terapeuta, especialmente se a revelação ainda não sucedeu, de modo a evitar pressões ou constrangimentos pela presença de outras pessoas (Machado, 2002). O terapeuta deve considerar que a pessoa que abusou da criança possa ser um membro de confiança da família, cuja identidade a criança tenha medo de revelar, na presença dos pais. A criança pode ter alguma dificuldade em falar, porque na verdade foi vítima de agressão ou foi participante curiosa do seu início. Infelizmente, o abuso sexual resulta, por vezes, de uma curiosidade inocente da criança ou de um sentimento de falta de atenção dos adultos. A entrevista de revelação deve ser planeada cuidadosamente, devendo-se antecipadamente determinar como proceder caso a criança revele o abuso (Machado, 2002).

Everstine e Everstine (1989) mencionam, também, que a maioria das crianças sente um grande alívio quando são capazes de dizer a um adulto o que é que se passa com elas e o adulto a entende, o que significa que foram compreendidas e que consideram que não fizeram nada errado. Em suma, serve para negar alguns factos, tais como: o ofensor ter seduzido a criança a cooperar, ou como uma forma de prevenir que a criança denunciase a agressão. Algumas frases normalmente usadas pelos agressores, com o objectivo de silenciar as vítimas, podem ser: “se dizes, eu volto e mato-te”; “os teus pais não te amarão mais se descobrirem o que nós fizemos”. Estas frases são frequentemente bem sucedidas, no que respeita a silenciar a criança e em autocolpabilizar-se. Quanto mais privada se sentir a criança do amor e atenção dos pais mais este sentimento de culpa se acentua.

É extremamente importante escutar as crianças. Burkhardt (1995) realça que, frequentemente, é dito à criança o que pensar e o que fazer. Assim, é possível antecipar como é que

as crianças devem reagir em situações sociais, mesmo abusivas, porque desenvolvem um raciocínio social sobre os adultos e a autoridade.

A vítima de abuso sexual pode simplesmente ter medo de falar com um adulto estranho e de não ser ouvida ou acreditada. Por outro lado, o entrevistador pode possuir características físicas que lembrem o agressor, ou a criança ter medo de se meter em problemas. Por isso, é fundamental que o terapeuta conheça os seus motivos para ter medo, e tente trabalhá-lo (Morgan, 1995).

2.2.3. AJUDAR A CRIANÇA A SENTIR-SE CONFORTÁVEL

Machado (2002) refere que é recomendado haver um momento, no início da entrevista, direccionado ao estabelecimento da sua relação com a criança, seguido de questões mais focalizadas, tendo o cuidado de começar a entrevista por questões mais indirectas (e.g., "Descreve-me as pessoas que vivem em tua casa"), avançando para questões cada vez mais específicas (e.g., "Tens alguma ideia acerca da preocupação da tua mãe?"). Segundo Everstine e Everstine (1989) desde a primeira entrevista o terapeuta deve comunicar claramente com a criança vitimada, dando-lhe sinais de que esta não fez nada de mal e que tudo o que aconteceu é da responsabilidade do adulto que a molestou. O terapeuta necessita também de assegurar à criança que a descoberta do abuso apenas significa que existe possibilidade para a ajudar, em vez do medo da sua separação dos pais ou culpa inculcados pelo agressor. Durante a primeira entrevista a criança deve saber que tem liberdade para falar sobre o que aconteceu, mas que também não há problema se não o quiser fazer. Se esse for o caso, não se deve forçar, mas sim começar uma actividade como o desenho ou brincar com bonecos. Esta dinâmica é importante para estabelecer confiança e bom relacionamento com a criança, durante os encontros iniciais. O clínico, para além de permitir que a criança escolha o tipo de actividade que quer fazer, pode também deixar que esta escolha um local de encontro fora do gabinete. Se a consulta for no gabinete, deve perguntar à criança se prefere que a porta esteja aberta ou fechada.

2.2.4. OBTER INFORMAÇÃO

A criança pode-se sentir confortável em descrever o que lhe aconteceu através do uso de bonecos com formas anatomicamente correctas, ou pode preferir fazer um desenho em vez de falar sobre o evento. Quando utilizados estes bonecos, devem ser apresentados vestidos, juntamente com outros materiais (Furniss, 1993) e inicialmente, não devem ser colocadas questões sobre o abuso, mas antes a identificação das partes do corpo (Machado, 2002). Em alguns casos de trauma severo, mesmo estes bonecos podem ser assustadores, especialmente em crianças pequenas. Nestes casos extremos, o clínico deve permitir-lhe comunicar e tratar a ansiedade (Furniss, 1993), podendo também deixá-la escolher uma actividade ou um jogo neutro. Contudo, na maioria dos casos, o terapeuta pode pedir à criança para escolher um dos vários bonecos para demonstrar o que aconteceu (Everstine & Everstine, 1989). Na observação da criança o terapeuta deve estar atento a detalhes que signifiquem que esta teve um encontro sexual com um adulto (e.g., um menino de 7 anos que descreve a erecção e ejaculação do pénis, provavelmente foi abusado). Os testes projectivos são, também, meios frequentemente úteis para colher informação, quando a criança está demasiado amedrontada para falar livremente (Everstine & Everstine, 1989), bem como o

desenho da família, do seu pior pesadelo ou a coisa mais terrível que poderia ver através de um buraco de fechadura (Furniss, 1996).

2.2.5. COMPREENDER A CRIANÇA

Podem ser necessárias duas a quatro sessões de avaliação, antes da criança começar a falar sobre o seu trauma, e mesmo nesta altura a expressão pode tomar forma através de jogo simbólico (Everstine & Everstine, 1989). Durante estas sessões esta pode estar a observar ou a testar o terapeuta, para ver se é um adulto seguro e de confiança. Durante os primeiros encontros com a criança vitimada o clínico necessita de ser extremamente sensível em relação ao tipo de relacionamento da criança com o seu agressor, porque o agressor pode ser alguém que a criança confiou ou amou, e esta pode vê-lo como fonte de suporte emocional ou alimentar. Além disso, a criança pode ter sido repetidamente abusada durante um período de tempo, e o terapeuta deve considerar que a criança pode estar confusa ou ambivalente sobre o que aconteceu, podendo ter receio de perder esse relacionamento com o agressor.

Morgan (1995) refere que o objectivo da entrevista é criar oportunidade de falar e obter informação, com o mínimo trauma para a criança. Assim, é importante estabelecer por parte do terapeuta, um nível de confiança e comunicação, devendo começar por revelar a sua identidade, qual o seu trabalho e perguntar à criança se sabe porque está ali. A seguir, pode pedir à criança para criar uma lista com coisas de que gosta e outras de que não gosta. A exploração da resolução de problemas, a discussão de privacidade e de regras de segurança, poderão ser outros aspectos a considerar. Responder às emoções e questões da criança é um ponto crítico na entrevista, sendo importante que o terapeuta responda com honestidade e de acordo com o que está a observar. Furniss (1993) sugere que no momento da revelação, a melhor forma de desculpabilizar a criança, rompendo o círculo do segredo e permitindo que esta fale sobre a sua experiência, passa por dizer “É tudo responsabilidade do ..., mas tu foste envolvida, podes contar-me como foi isso?”.

Quando a criança conta a sua “história”, a pessoa de confiança deve falar com ela sobre os próximos passos (Furniss, 1993). Se está perante uma pré-adolescente ou adolescente jovem, outros profissionais devem ser envolvidos rapidamente, bem como a família, devendo esta ser informada no mesmo dia. Esta revelação à família deve acontecer logo que a rede profissional tenha planeado a intervenção; no entanto, o profissional deve estar consciente de que a revelação inicial é, muitas vezes, apenas uma revelação parcial.

Segundo Furniss (1993) qualquer intervenção profissional deve evitar o dano secundário, antes de tratar o dano primário causado pelo próprio abuso. O dano secundário das crianças abusadas sexualmente acontece em cinco níveis: 1) Estigmatização social; 2) Traumatismo no processo interdisciplinar (quando são arrastadas para conflitos institucionais estruturais e conflitos nas redes profissionais); 3) Traumatismo no processo familiar-profissional (acontece como resultado da escolha da intervenção profissional básica e através de mudanças de forma básica da intervenção pelas famílias); 4) Traumatismo no processo familiar (falta de crença na criança e negação por parte do agressor e da família, castigar e acusar a criança pelos problemas familiares resultantes); 5) Traumatismo no processo individual (o comportamento, sexualizado ou de vítima da criança torna-a mais vulnerável e incapaz de se proteger das consequências deste, podendo conduzir à revitimização). Além disso, o dano secundário também acontece pela ausência de intervenção dos profissionais.

2.2.6. COMPREENDER A FAMÍLIA

O encontro familiar, como evento revelador do abuso, deve responder a cinco áreas (Furniss, 1993): 1) estabelecer os factos do abuso e esclarecer aquilo que realmente aconteceu; 2) ajudar o abusador, no caso de ser membro principal da família, a assumir total responsabilidade pelo acto, na presença dos outros membros da família, retirando da criança qualquer responsabilidade pelo abuso; 3) ajudar os pais a acordarem o grau do seu envolvimento como pais, em igualdade de circunstâncias; 4) falar abertamente, na presença de todos, sobre a eventual separação da família; 5) estabelecer um contrato terapêutico que defina o grau de contacto entre os membros da família, as visitas nos casos de separação, os profissionais envolvidos e os possíveis planos a longo prazo para a família. Em casos de abuso extrafamiliar, é importante rever os detalhes do abuso sexual, pelo menos uma vez com os pais, de modo a estabelecer os factos, ajudando os pais e a criança a falarem abertamente sobre a situação, se necessário. Depois de um período inicial de conversas, o abuso só deve ser mencionado se a criança desenvolver um comportamento perturbador, decorrente da experiência, para que esta possa esquecer e continuar uma vida normal.

A avaliação da família e do sistema de suporte são necessários, antes do tratamento da criança iniciar (Everstine & Everstine, 1989). A vitimação pode ter resultado da procura, por parte da criança, do afecto do adulto. Uma forma de avaliar os recursos ou suportes disponíveis para a criança é saber como e a quem a criança revelou o abuso sexual, e o que foi feito pela família desde a revelação. O tempo que a criança demorou a revelar a situação abusiva, pode ser determinante para a escolha dos recursos emocionais disponíveis.

2.2.7. A CRIANÇA ANTES DO TRAUMA

Everstine e Everstine (1989) mencionam que na avaliação inicial da possível vítima de abuso sexual, o terapeuta deve recolher informação sobre o seu comportamento antes do suposto trauma. Esta informação irá ajudar o terapeuta a conduzir a entrevista com sensibilidade e eficácia (Morgan, 1995). O clínico deve ter consentimento para obter informação da escola que a criança frequenta, do pediatra, do ATL, e de outros locais importantes. Além destes, Morgan (1995) acrescenta o contacto com a polícia, com a comissão de protecção de crianças e com a pessoa que denunciou o abuso. A informação de outros membros da família, para além dos pais, também é importante. Deve ser questionado como é que a criança lida com a ansiedade ou stress e, também, sobre o seu nível de funcionamento cognitivo, emocional e intelectual. Com este tipo de informação o terapeuta pode começar a avaliar se o seu actual comportamento é consistente com o seu padrão comportamental anterior (Everstine & Everstine, 1989). Importa, pois, ficar com uma ideia do mundo da criança, das pessoas que fazem parte da sua vida, dos interesses da criança, das atitudes e comportamentos da família, entre outras informações psicossociais (Morgan, 1995).

3. CONCLUSÃO

A avaliação do trauma associado ao abuso constitui um processo complexo e exigente que envolve a criança, a família e o clínico. Uma das primeiras tarefas complicadas, consiste em determinar se o abuso ocorreu efectivamente. Se tal aconteceu, importa analisar a extensão

do trauma que está relacionada com uma série de factores complexos associados à criança, ao agressor e ao suporte da família e da actuação dos profissionais envolvidos.

A entrevista inicial com a criança e a família são momentos cruciais na determinação do tipo de intervenção e tratamento a implementar. A compreensão, por parte dos pais, da situação de abuso é fundamental para o sucesso do tratamento. Numa fase inicial, a entrevista com a criança deve ser separada do encontro com os pais, particularmente nos casos de abuso intrafamiliar, ou quando os pais desconhecem a situação de abuso. Na entrevista com a criança o terapeuta deve ajudá-la a sentir-se confortável, estabelecer elevados níveis de confiança e um bom relacionamento. Na obtenção de informação, este pode utilizar várias técnicas, dependendo do caso em questão, tais como o jogo, a manipulação de bonecos humanos ou animais, testes projectivos, e bonecos anatómicos. O terapeuta necessita de observar o seu comportamento, criar a oportunidade para esta comunicar, ser sensível ao seu relacionamento com o agressor, de modo a compreendê-la e lidar com ela com o mínimo de trauma, evitando o dano secundário. O encontro com a família é fundamental para o estabelecimento dos factos, apoio ao agressor (se pertencer à família nuclear) no que respeita ao assumir da sua responsabilidade, definição de limites, criação de diálogo aberto e organização de objectivos, a longo prazo. Durante a avaliação inicial o terapeuta, também, deve colher informação sobre o comportamento da criança, antes do suposto trauma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FINKELHOR, D. & Browne, A.** (1986). Impact of Child Sexual Abuse. In: A. C. Donnelly & K. Oates (Ed.) *Classic Papers in Child Abuse*. Thousand Oaks, Sage Publications, Inc., pp. 217-238.
- BURKHARDT, S. A.** (1995). How Children Respond to Perpetrators. In: S. A. Burkhardt & A. F. Rotatori (Ed.) *Treatment & Prevention of Childhood Sexual Abuse: A Child Generated Model*. Washington, DC, Taylor & Francis, pp. 63-101.
- CAMERON, C.** (2000). *Resolving Childhood Trauma: A Long-Term Study of Abuse Survivors*. Thousand Oaks, Sage Publications, Inc.
- DAVIDSON, J., Nutt, D. & Zohar, J.** (2000). *Post-Traumatic Stress Disorder*. London, Martin Dunitz Ltd.
- EVERSTINE, D. S. & Everstine, L.** (1989). *Sexual Trauma in Children and Adolescents: Dynamics and Treatment*. New York, Brunner/ Mazel, Inc.
- FRIEDRICH** (2002). *Psychological Assessment of Sexually Abused Children and Their Families*. Thousand Oaks, Sage Publications, Inc.
- FURNISS, T.** (1993). *Abuso Sexual da Criança: uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- LEVENTHAL, J. M.** (2000). Thinking Clearly About Evaluations of Suspected Child Abuse. In: *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5(1), pp. 139-147.
- MACHADO, C.** (2002). Abuso sexual de crianças. In: C. Machado & R. A. Gonçalves (Ed.), *Violência e vítimas de crimes*. Coimbra, Quarteto Editora, pp. 39-93.
- MAGALHÃES, T.** (2002). *Maus Tratos em crianças e jovens*. Coimbra, Quarteto Editora.
- MORGAN, M.** (1995). *How to Interview Sexual Abuse Victims: Including the Use of Anatomical Dolls*. Thousand Oaks, Sage Publications.