

DESEMPENHO INTELECTUAL E CRENÇAS DISFUNCIONAIS EM CRIANÇAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Amanda Freire Amorim; Iasmin Amaral Moussa; Rosângela Kátia Sanches Mazzorana Ribeiro;
Rauni Jandé Roama-Alves; Ana Cristina Cardoso Gonsalves

DOI: 10.51207/2179-4057.20210024

RESUMO - O abuso sexual infantil pode gerar consequências que afetam a cognição em níveis intelectuais e socioemocionais. Desse modo, o presente estudo buscou avaliar a inteligência de um grupo de crianças que sofreu abuso sexual e relacioná-la com crenças disfuncionais. Foi realizado no Hospital Universitário Júlio Müller em Cuiabá, Mato Grosso, no Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual. A amostra foi constituída de 17 participantes, de 6 a 10 anos e 11 meses de idade ($M=8,1$ anos; $DP=1,4$). A eles, foram administrados o teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR), para avaliação da inteligência, e a Escala de Atribuições e Percepções de Crianças (CAPS), para avaliação das crenças disfuncionais. Por meio da análise das classificações obtidas no MPCR, não foram encontradas crianças com déficits intelectuais. Por meio da correlação de Spearman, constatou-se que houve correlações moderadas entre o MPCR e o CAPS, com médio e grande tamanhos de efeito, mas inversamente proporcionais. Ou seja, quanto maior foi o desempenho intelectual, menores foram as crenças disfuncionais, e vice-versa. Tais dados encontrados permitiram concluir que o investimento em processos educacionais e interventivos psicoterápicos que visem o atendimento a ambas as variáveis se torna um dos fatores protetivos a esse grupo clínico.

UNITERMOS: Abuso Sexual Infantil. Disfunção Cognitiva. Estudo de Correlação.

Amanda Freire Amorim – Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil.

Iasmin Amaral Moussa – Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil.

Rosângela Kátia Sanches Mazzorana Ribeiro – Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil.

Rauni Jandé Roama-Alves – Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Rondonópolis (UFR), Rondonópolis, MT, Brasil.

Ana Cristina Cardoso Gonsalves – Graduação em Medicina na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; Residência em Psiquiatria na Santa Casa de Campo Grande, MS; Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência pela Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Médica Brasileira, Cuiabá, MT, Brasil.

Correspondência

Rauni Jandé Roama-Alves

Universidade Federal de Mato Grosso. Rua Quarenta e Nove, 2367 – Boa Esperança – Cuiabá, MT, Brasil – CEP 78060-900

E-mail: rauniroama@gmail.com

INTRODUÇÃO

O abuso sexual contra crianças é uma forma de violência silenciosa, que muitas vezes acontece dentro de casas, escolas, igrejas ou comunidades e possui milhares de vítimas no mundo, de diversas classes sociais e culturas¹. Envolve vários fatores sociais, psicológicos e jurídicos, fazendo com que se torne um caso de extrema importância a ser tratado².

A Organização Mundial da Saúde (OMS) dividiu o abuso em quatro tipos: abuso físico, abuso emocional, negligência e abuso sexual³. O abuso físico é caracterizado pelo real dano físico ou possibilidade de um dano ao indivíduo por parte da pessoa responsável. O emocional é aquele que atrapalha o desenvolvimento afetivo, que influencia o ambiente de amparo, envolve atos de exposição ao ridículo, ameaças e intimidações, discriminação, rejeição e outras formas não físicas de tratamento hostil. A negligência diz respeito às falhas dos pais ou responsáveis em prover ao filho/filha condições de desenvolvimento em um ou mais âmbito da saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e condições de vida seguras. Isso, claro, quando os responsáveis têm condição de fazê-lo e não o fazem.

Por sua vez, o abuso sexual ocorre quando o adulto usa da criança ou do adolescente para garantir satisfação sexual, e abrange prejuízos físicos e emocionais na vida do abusado^{4,5}. Não se configura apenas com a relação sexual propriamente dita, mas carícias, manipulação da genitália, palavras obscenas, exposição indevida da imagem da criança, exposição dos órgãos genitais, sexo oral, anal ou genital⁶. Segundo o Centro de Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECA), a criança que é exposta a um ato sexual dessa natureza não possui maturidade biopsicossocial para concedê-lo, e extrapola seu limite de confiança e poder^{2,7,8}. O abuso pode advir de pessoas que deveriam mostrar segurança à criança, dessa forma, ele pode acontecer no âmbito intra ou extrafamiliar⁹.

Foi somente na década de 1980 que a temática acerca do abuso sexual surgiu como

problema de saúde pública no Brasil. Antes disso, os profissionais de saúde possuíam dificuldades mais intensas para tratar desse problema, e, se praticados contra crianças e adolescentes, era dificilmente identificado em âmbitos legais¹⁰. Infelizmente, é comum que o abuso sexual contra crianças seja feito sem força e sem deixar marcas, justamente para que se dificulte a identificação, podendo envolver relação sexual com penetração ou sem e atos como o exibicionismo e voyeurismo¹¹. Contudo, atualmente, é comum que os profissionais da saúde sejam os primeiros a notificar casos de abuso contra a criança e/ou adolescente, sendo obrigados a fazer a notificação em detrimento do código de ética das profissões¹².

Com o surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, a identificação passou a ser ainda mais consolidada e promulgada, e diversas instituições passaram a acolher esse tipo de violência, como: Conselho Tutelar, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, com o Disque 100, delegacias especializadas ou comuns, Polícia Federal para crimes internacionais e interestaduais e Polícia Rodoviária Federal por crimes nas rodovias federais⁷.

O abuso sexual contra crianças ocorre muitas vezes sem que ela perceba que está sendo violentada. Quando a criança já é maior e começa a compreender o que está acontecendo, o agressor utiliza acordos, chantagens e ameaças para que ela não delate. Dessa maneira, a criança pode ficar calada por anos, por sentir medo e vergonha, tornando-se refém de seu agressor. As crianças vítimas de abuso sexual podem apresentar prejuízos à saúde, traumas, sequelas e inaptidões (temporárias ou não)¹³.

Quando o abuso sexual não é identificado precocemente, pode causar danos à autoestima, produzir medos profundos e gerar outras diversas consequências que impactarão a vida adulta. Há possibilidades de que provoque déficits no desenvolvimento, por exemplo, da personalidade e nos diversos desempenhos cognitivos^{1,14,15}.

Especificamente as consequências em habilidades cognitivas podem variar em cada pessoa em decorrência da qualidade dos meios psíquicos que possui, que são estabelecidos por meio da interação e vivência pessoal, relação de objeto, identificação e modelo familiar. Porém, há conformidade de que o abuso sexual infantil representa um grande impacto, que causa desequilíbrio no desenvolvimento típico¹⁶. Dentre os prejuízos cognitivos intelectuais, pode-se ter: baixa no rendimento escolar, dificuldade de atenção e concentração, déficit de linguagem e de aprendizagem, desmotivação nas tarefas escolares, desmotivação geral^{1,17}.

Dentre os prejuízos cognitivos socioemocionais, pode-se observar a produção de crenças disfuncionais, com consequências que podem ser passageiras ou de longo prazo, levando até mesmo ao desenvolvimento de psicopatologias^{16,18}. Essas crenças representam um conteúdo cognitivo afetivo alterado que o sujeito apresenta sobre si a partir de esquemas disfuncionais; elas podem ser consideradas distorções cognitivas, que envolvem formas exageradas de interpretar determinada situação¹⁹.

Crianças que sofreram abuso sexual e apresentam características disfuncionais como essas tendem a possuir uma visão de si e do mundo de forma negativa, a não acreditar em si e nas pessoas, a não confiar nos outros, a possuir vergonha de si mesmas, além de também apresentarem tendência à perda de vontade de viver, fazendo com que o suicídio seja uma das principais causas de mortes quando se tornam adolescentes²⁰.

Essas crenças podem fazer com que as crianças se sintam culpadas pelo que lhe aconteceu, que sejam diferentes das outras crianças de um modo pejorativo e que se sintam inferiores e inadequadas²¹. Também frequentemente apresentam sintomas de ansiedade²¹, bem como possuem quatro vezes mais chances de desenvolver quadros de depressão. Apresentam maiores prevalências de transtornos psiquiátricos, fazendo com que não tenham boa adaptação ao meio e possuam uma resposta psicológica diferente das outras crianças^{22,23}.

Desse modo, a partir do exposto, esse estudo buscou compreender até que ponto haveria prejuízos cognitivos intelectuais em um grupo de crianças que sofreram abuso sexual. A literatura aponta prejuízos cognitivos diversos, contudo, não apresenta a sua gravidade. Indagou-se aqui, especificamente, se seria de maneira global, alterando até mesmo a inteligência basal, a denominada "inteligência geral"²⁴. Indagou-se também se essa inteligência estaria relacionada com processamentos cognitivos em âmbitos socioemocionais, especificamente com crenças disfuncionais.

Como hipótese, esperava-se encontrar baixos níveis de desempenho no teste de inteligência, mas não de modo a indicar Deficiência Intelectual, bem como relações negativas entre tal construto e crenças disfuncionais, ou seja, quanto maior presença de uma, menor da outra, e vice-versa. Operacionalmente, então, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar a inteligência de um grupo de crianças que sofreu abuso sexual e relacionar essa variável com crenças disfuncionais.

MÉTODO

Participantes

A coleta dos dados foi realizada no Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM/UFMT), Cuiabá, MT, no Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PAVVS), vinculado à Unidade Psicossocial. Participaram da pesquisa 17 crianças, na faixa etária entre 6 e 10 anos e 11 meses de idade (M=8,2; DP=1,5), que foram abusadas sexualmente e iriam iniciar acompanhamento psicológico no referido programa.

Os critérios de inclusão foram: (a) ter entre 6 e 10 anos de idade; (b) possuir histórico de ter sido abusado(a) sexualmente; (c) não ter realizado acompanhamento psicoterápico em nenhum momento de sua vida. Foi adotado como critério de exclusão a não responsividade aos instrumentos aplicados.

Instrumentos

Escala de Atribuições e Percepções de Crianças/*Children's Attributions and Perceptions*

Scale (CAPS): visa mensurar questões específicas do abuso em crianças relacionadas a crenças disfuncionais. Constitui-se de uma entrevista semiestruturada, com 18 itens, em que a criança escolhe uma alternativa dentre cinco possíveis de respostas em uma escala Likert, que varia entre nunca (0) a sempre (4). Quatro aspectos são avaliados: sentimentos de diferença com relação aos pares; confiança nas pessoas; autoatribuição dos eventos negativos (autoculpabilização pelo abuso); e percepção de credibilidade dos outros em relação a si. Escores altos demonstram maior sentimento de diferença com relação aos pares, maior autoatribuição por eventos negativos, menor percepção de credibilidade e de confiança interpessoal, respectivamente.

A consistência interna do instrumento foi de 0,68 para a subescala de diferença em relação aos pares, 0,65 para subescala de autoatribuição de eventos negativos, 0,73 para subescala de credibilidade e de 0,64 para a subescala de confiança. Porém, encontra-se ainda em processo de validação e não apresenta notas de corte ou dados normativos até o presente momento²⁵.

Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR): considerado um dos testes mais utilizados para avaliação de inteligência em crianças de 5 a 11 anos. Foi construído a partir do referencial teórico bifatorial de Charles Spearman e tem como objetivo avaliar a capacidade intelectual geral (fator "g"). É constituído por três séries de 12 itens: A, Ab e B. Os itens são dispostos em ordem de dificuldade crescente a cada série, sendo a posterior mais difícil do que a anterior. A cada início de série são colocados itens mais fáceis, com o objetivo de introduzir o examinando a um novo tipo de raciocínio, que caracteriza a série. Os itens consistem em um desenho com um pedaço faltando, ao qual são apresentadas seis alternativas, sendo que uma delas o completa corretamente. A tarefa consiste em o examinando escolher a alternativa que considera correta. Quanto mais pontos obtiver, maior será sua classificação intelectual.

Foi utilizada a adaptação brasileira quanto ao modo de aplicação e uso das tabelas normativas.

A precisão do teste foi constatada de acordo com o método das metades e foram calculados os coeficientes de correlação de Spearman-Brown de cada item para cada sexo e faixa etária, de forma que para o sexo masculino encontrou-se coeficiente de 0,92 e para o sexo feminino 0,90. Sua validade também está atestada, por meio de estudos interculturais, clínicos e educacionais, e apresenta tabelas normativas brasileira de correção²⁴.

Procedimentos

Procedimentos éticos e de coleta de dados

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, sob o parecer de número 1.996.553, e pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), número 65726017.5.0000.5541.

Foi realizada junto ao PAVVS, do HUJM. Tal projeto apresenta a seguinte organização de funcionamento: a vítima de violência sexual é recebida, sem a necessidade de encaminhamentos prévios, na Recepção Central do Hospital, que a referencia para o Serviço Social da mesma instituição. Em seguida, são dados os encaminhamentos para realização da denúncia e aos atendimentos psicológico, de enfermagem e médico. Seus públicos-alvo são o de mulheres e de crianças, e a grande diferença no atendimento entre eles é de que a notificação e o atendimento às crianças são obrigatórios, já as mulheres podem optar ou não pelo acompanhamento.

Especificamente, a presente pesquisa envolveu as crianças. Primeiramente, ao chegarem para o atendimento psicológico inicial, eram acolhidas, bem como seu(s) familiar(es). Em seguida, apresentava-se o estudo para esses últimos, em uma sala separada da criança e preparada para a pesquisa. Por se tratar de uma investigação com seus filhos que eram menores de idade, deveriam, então, consenti-la. Caso aceitassem, era solicitada leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em um segundo momento, chamava-se a criança para a sala, e solicitava-se a retirada do(s) familiar(es). Apresentava-se a pesquisa a ela e, caso aceitasse participar, pedia-se sua anuência por meio da assinatura ao Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, respeitando-se assim a legislação vigente, quanto aos cuidados éticos da pesquisa com seres humanos, conforme Resolução 466/12 e 510/16 da CONEP. Após esse procedimento, por fim, administravam-se os instrumentos, de modo individual, em aproximadamente uma hora.

Procedimentos de análise dos dados

Para análise dos dados, foram obtidos os escores brutos, percentis e classificações do teste MPCR, de acordo com as tabelas normativas para população geral desse instrumento²⁴. A obtenção de dados da CAPS, por sua vez, foi feita somente por meio do levantamento de seus escores brutos (soma do total de pontos)²⁵. Esse último instrumental não apresenta análise interpretativa sobre esses escores, pois se encontra ainda em processo de validação.

Na sequência, os dados de cada instrumento foram submetidos ao procedimento de correlação de Spearman, que é uma medida não paramétrica que descreve a força da relação entre duas variáveis. Os valores de referência adotados foram de: correlação fraca, entre 0,00 e 0,30; correlação moderada, entre 0,30 e 0,70; correlação forte, entre 0,70 e 1,00²⁶. Foi adotado valor de significância de $p \leq 0,05$. Como medida do tamanho do efeito, foi utilizado o " r^2 ", cujos valores de referência foram: 0,01 para pequeno efeito, 0,09 para médio efeito e 0,25 para grande efeito²⁷.

RESULTADOS

De acordo com a administração dos critérios de inclusão, toda criança que foi incluída não foi excluída. A Tabela 1 mostra os dados brutos, percentis e as classificações obtidos no MPCR e os dados brutos obtidos na CAPS. Pôde ser observado que nenhuma das crianças investigadas apresentou indicativos de Deficiência

Intelectual. As classificações obtidas no MPCR variaram entre "III-" e "I", que representam desempenhos "intelectualmente médio" e "intelectualmente superior", respectivamente.

Em relação à análise de correlação entre os dados brutos de ambos os testes, verificou-se o valor de -0,37 ($p=0,15$), ou seja, correlação negativa e moderada, não significativa, mas com médio tamanho de efeito de 0,13. Já a correlação entre os percentis da MPCR e os dados brutos da CAPS foi de -0,53 ($p=0,03$), novamente correlação negativa e moderada, mas dessa vez significativa e com grande tamanho de efeito de 0,28.

DISCUSSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo avaliar a inteligência de um grupo de crianças que sofreram abuso sexual e relacionar essa variável com crenças disfuncionais. De modo geral, verificou-se que o grupo não apresentou déficits intelectuais, bem como foi encontrada relação entre as variáveis. Teve-se que, quanto menos desenvolvidas foram as funções cognitivas intelectuais da criança, maiores foram as chances de ela apresentar funções cognitivas socioemocionais de crenças disfuncionais, e vice-versa. Esses dados confirmaram a hipótese levantada nesse estudo.

A literatura tem apontado o impacto extremamente negativo na cognição intelectual decorrente da exposição a traumas no desenvolvimento intelectual, incluindo o abuso sexual infantil. Na maioria desses casos, observa-se minimamente uma modificação na aptidão da aprendizagem e concentração, de modo a influenciar o bom rendimento escolar da criança e em outros âmbitos de sua vida, mas não de modo a prejudicar uma Deficiência Intelectual²⁸.

Dessa maneira, de acordo com os resultados encontrados aqui, esse último dado foi confirmado nessa pesquisa. Contudo, o instrumento utilizado avalia parte de todo um arcabouço teórico e empírico sobre a inteligência daquilo que é mais aceito pela comunidade científica atualmente. Sugere-se que em estudos futuros adotem-se testes mais amplos, que envolvam

Tabela 1 - Distribuição das idades e resultados dos participantes no teste RMPC e CAPS.					
Participantes	Idade	Bruto Raven	Percentil Raven	Classificação Raven	Bruto CAPS
1	9,5	27	80	II	42
2	10,11	31	80	II	34
3	8,6	29	95	I	32
4	6,4	19	80	II	29
5	6,10	30	99	I	27
6	9,9	23	50	III +	53
7	7,8	22	80	II	50
8	8,11	21	60	III +	53
9	7,9	21	70	III +	29
10	9,11	28	75	II	48
11	9,7	27	80	II	35
12	6,5	17	70	III +	39
13	6,4	14	40	III -	61
14	10,9	29	70	III +	42
15	6,9	26	95	I	52
16	8,9	31	95	I	32
17	7,11	15	30	III -	40
Média	8,2	24,1	73,4		41
DP	1,5	5,5	19,4		10,2

I: Intelectualmente superior; II: Definidamente acima da média na capacidade intelectual; III + : Intelectualmente médio; III - : Intelectualmente médio.

outras habilidades cognitivas, para além do "fator g", por exemplo, que possuam como base teórica a teoria CHC²⁹. Assim, especificidades sobre prejuízos cognitivos intelectuais poderão ser mais bem investigadas e comparadas com os déficits apontados na literatura, como os atencionais.

Verificou-se também relações significativas e negativas entre as variáveis inteligência e crenças disfuncionais. Desse modo, esse dado vai a favor da literatura, que aponta resultados semelhantes para a população geral³⁰. Porém, em casos de abuso esse achado se torna preocupante, pois essa população apresenta diversificados prejuízos em níveis físicos, emocionais e cognitivos que podem, então, estar relacionados em algum nível. Ou seja, pensando-se em casos principalmente de Deficiência Intelectual, é provável que crenças disfuncionais estejam

mais frequentemente presentes e que, unidas aos outros prejuízos do abuso, favoreçam sintomas mais intensos de depressão e ansiedade. Tais sintomas são previstos em larga escala em estudos de crianças que sofreram abuso sexual^{20,31}. Essa análise reforça a atenção em nível multiprofissional para esses casos.

Sabe-se que crianças que apresentam dificuldades em capacidades cognitivas intelectuais, muitas vezes, sofrem com as represálias dos colegas de escola e até mesmo com as de professores e familiares, que podem ver suas dificuldades como uma incompetência. Tal fato pode influenciar para que desenvolvam o sentimento de vergonha de si, apresentem baixa autoestima, crie mais crenças disfuncionais, gerando em ciclo altamente aversivo^{1,19}.

Processos clínicos que busquem o desenvolvimento de habilidades como o autoconceito,

habilidades sociais e inteligência emocional, dentre outras, a depender das demandas do caso, para a criança e todos os envolvidos em seu cuidado, se fazem fundamentais para sua Saúde Mental. Principalmente, se ela tiver sofrido abuso sexual, como reforçado também pelos dados encontrados aqui.

É também interessante observar que muito provavelmente a estimulação de habilidades cognitivas intelectuais pode ser uma das diversas vias no tratamento das vítimas de abuso sexual infantil, tendo em vista que um bom desempenho nessa área pode auxiliar na redução da presença de crenças disfuncionais, já que são variáveis correlacionadas, como o presente estudo também demonstrou. Como exemplo de intervenção, há a Reabilitação Neuropsicológica, que tem demonstrado impactos importantes sobre a inteligência quando estimulados seus componentes cognitivos de Funções Executivas, principalmente Memória de Trabalho e Atenção³².

Nota-se que é cada vez mais urgente empregar atendimento a essas vítimas e, mais do que isso, trabalhar à prevenção de abuso. Nesse sentido, outra estratégia que pode ser adotada em âmbitos psicológicos é a de desenvolvimento de intervenções institucionais, como o trabalho da Educação Sexual³³. Torna-se imperativo a instrução de crianças sobre a temática, de modo a oferecer recursos comportamentais para que, minimamente, haja autoproteção.

Como também encontrado aqui, as consequências de se tornar vítima de abuso sexual podem ser avassaladoras nas mais diversas esferas cognitivas de funcionamento. Para essas crianças, é muito importante que haja atenuação dos sentimentos de autculpa, de diferença entre seus pares, bem como os de vergonha. Caso sejam realizados os acompanhamentos adequados, que visem o melhoramento de seus

desempenhos socioemocionais e intelectuais, em níveis institucionais e clínicos, essas crenças poderão modificar-se em sentimentos de autoestima, confiança nos outros, melhora na autoimagem e na autoconfiança, fundamentais para um desenvolvimento saudável. Tais mudanças tenderão afastar a criança de uma infância patológica, de forma a prevenir quadros futuros que possam ser mais graves.

Por fim, considerou-se como limitação do estudo o tamanho reduzido da amostra. Portanto, os resultados devem ser interpretados com cautela, sendo relevante considerar uma agenda de novos estudos mais robustos que possam contribuir com a temática do abuso sexual, desempenho intelectual e as crenças disfuncionais em crianças. Espera-se também que esta pesquisa sirva como estímulo para a área da Saúde Mental, da educação e da justiça, a fim de que haja maior eficácia na prevenção e no tratamento de vítimas desse tipo de violência.

CONCLUSÃO

Dentre os principais resultados obtidos, teve-se que, quanto menos desenvolvida a inteligência de crianças que sofreram abuso, maiores foram suas chances de apresentar crenças disfuncionais, e vice-versa. A literatura aponta que um histórico de traumas pode conseqüentemente favorecer déficits cognitivos, em âmbitos intelectuais e socioemocionais. A presente pesquisa não encontrou crianças que sofreram abuso com indícios de Deficiência Intelectual, o que era esperado, porém é interessante que se verifique o hiato lançado aqui e visto em outras investigações de que déficits em outras habilidades cognitivas intelectuais podem se fazer presentes. Desse modo, o investimento em processos educacionais e interventivos psicoterápicos que visem o atendimento a todas essas demandas se torna um dos fatores protetivos a esse grupo clínico.

SUMMARYIntellectual performance and dysfunctional beliefs
in children victims of sexual abuse

Sexual abuse against children can have consequences that affect cognition at an intellectual and socio-emotional levels. Thus, the present study sought to assess the intelligence of a group of children who suffered sexual abuse and to relate it to dysfunctional beliefs. It was carried out at the Júlio Müller University Hospital in Cuiabá, Mato Grosso, in the Program of Assistance to Victims of Sexual Violence. The sample consisted of 17 participants, aged from 6 to 10 years and 11 months old ($M=8.1$ years; $SD=1.4$). Was administered the Raven's Progressive Color Matrices (RPCM) test, to assess intelligence, and the Scale of Attributions and Perceptions of Children (CAPS), to assess dysfunctional beliefs. Through the analysis of the classifications obtained in the RPCM, children with intellectual deficits were not found. Through Spearman's correlation, it was found that there were moderate correlations between RPCM and CAPS, with medium and large effect sizes, but inversely proportional. In other words, the higher the intellectual performance, the lower the dysfunctional beliefs, and vice versa. Results provided enough information to conclude that investments in educational process and interventional psychotherapeutic that seeks the accomplishment of both variables becomes one of the protective factors for this clinical group.

KEYWORDS: Child Sexual Abuse. Child Sexual Abuse. Child Sexual Abuse.

REFERÊNCIAS

1. Monteiro BC. Transtorno de estresse pós-traumático: uma consequência da violência sexual na infância [Monografia]. Brasília: Universidade de Brasília; 2015.
2. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Abuso e Exploração Sexual e suas Famílias: referências para a atuação do psicólogo. Brasília: CFP; 2009.
3. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
4. Hohendorff JV, Habigzang LF, Koller SH. Violência sexual contra os meninos: teoria e intervenção. Curitiba: Juruá; 2014.
5. Projeto Ação Educativa Contra a Exploração e o Abuso Sexual de Crianças e Adolescentes em União da Vitória. Abuso e Exploração sexual de Crianças e Adolescentes. A Infância pede Socorro! União da Vitória: Projeto Ação Educativa Contra a Exploração e o Abuso Sexual de Crianças e Adolescentes em União da Vitória; 2017.
6. Chammas D. Crimes sexuais contra crianças e adolescentes: a vulnerabilidade em evidência. *Consulex*. 2012;16(368):30-1.
7. Brasil. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes: identificação e enfrentamento. 1ª ed. Brasília: Ministério Público do Distrito Federal e Territórios; 2015.
8. Centro de Defesa da Criança e do Adolescente Yves de Roussan (Cedeca). Qual a diferença entre abuso e exploração sexual? [Internet]. Disponível em: <https://www.fundobrasil.org.br/projeto/centro-de-defesa-da-crianca-e-do-adolescente-yves-de-roussan-cedeca/>
9. Inoue SRV, Ristum M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. *Estud Psicol (Campinas)*. 2008;25(1):11-21.

10. Lima JS, Deslandes SF. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. *Interface (Botucatu)*. 2011;15(38):819-32.
11. Araújo MF. Violência e abuso sexual na família. *Psicol Estud*. 2002;7(2):3-11.
12. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990. Brasília: Saraiva; 2003.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
14. Florentino BRB. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. *Fractal Rev Psicol*. 2015;27(2): 139-44.
15. Azevedo MA. Consequências Psicológicas da vitimização de Criança e Adolescentes. In: Azevedo MA, Guerra VNA, orgs. Crianças Vitimizadas: a Síndrome do Pequeno Poder. São Paulo: Iglu; 1989. p. 143-63.
16. Lima IVB, Diolina J. Consequências Psicológicas do abuso Sexual na Infância e Adolescência: Uma Ferida Invisível. *AJES*; 2013. Disponível em: <http://www.site.ajes.edu.br/direito/arquivos/20131030201243.pdf>
17. Arredondo Ossandón V. Guía Básica de Prevención del Abuso Sexual Infantil. Programa Regional de Prevención del Maltrato Infantil. Viña del Mar: ONG Paicabí; 2002.
18. Moura AS, Koller SH. A criança na visão de homens acusados de abuso sexual: um estudo sobre distorções cognitivas. *Psico-USF*. 2008;13(1):85-94.
19. Know.net enciclopédia temática. Crença Disfuncional. Ciências Sociais e Humanas – Psicologia [Internet]. [acesso 2016 Set 9]. Disponível em: <http://know.net/ciencsociais/human/psicologia/crenca-disfuncional/>
20. Gonçalves J, Silva JVA. Terapia Cognitivo-Comportamental em situação de Abuso Sexual: um Estudo de Caso. *Rev Psicol Diversid Saúde*. 2018;7(3):423-32.
21. Habigzang LF, Stroehrer FH, Hatzenberger R, Cunha RC, Ramos MS, Koller SH. Grupoterapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(Supl. 1):70-8.
22. Gaudiano BA, Zimmerman M. The relationship between childhood trauma history and the psychotic subtype of major depression. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;121(6):462-70.
23. Barlow DH, Durand VM. *Psicopatologia: uma abordagem integrada*. São Paulo: Cengage Learning; 2008.
24. Angelini W, Alves ICB, Custódio EM, Duarte WF, Duarte JLM. *Manual das matrizes progressivas coloridas de Raven: Escala especial*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
25. Mannarino AP, Cohen JA, Berman SR. The children's attributions and perceptions scale: A new measure of sexual abuse-related factors. *J Clin Child Psychol*. 1994; 23(2):204-11.
26. Cronk BC. *How to use SPSS: A step-by-step guide to analysis and interpretation*. New York: Routledge; 2017.
27. Mertler CA, Reinhart RV. *Advanced and multivariate statistical methods: Practical application and interpretation*. New York: Routledge; 2016.
28. Marques NM. Fatores clínicos e de risco associados ao desempenho cognitivo em crianças vítimas de abuso sexual [Dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2015.
29. Popovici DV, Buică-Belciu C. Self-concept pattern in adolescent students with intellectual disability. *Procedia Soc Behav Sci*. 2013; 78:516-20.
30. Caemmerer JM, Keith TZ, Reynolds MR. Beyond individual intelligence tests: Application of Cattell-Horn-Carroll Theory. *Intelligence*. 2020;79:101433.
31. Cohen JA, Mannarino AP. Addressing attributions in treating abused children. *Child Maltreat*. 2002;7(1):81-4.
32. Jaeggi SM, Buschkuhl M, Jonides J, Perrig WJ. Improving fluid intelligence with training on working memory. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2008;105(19):6829-33.
33. Santos BR, Ippolito R. *Guia de referência: construindo uma cultura de prevenção à violência sexual*. São Paulo: Childhood-Instituto WCF-Brasil: Prefeitura da Cidade de São Paulo: Secretaria de Educação; 2009.

Trabalho realizado na Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT, Brasil.

Conflito de interesses: As autoras declaram não haver.

Artigo recebido: 12/1/2021

Aprovado: 3/6/2021 ■