



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

MESTRADO EM SAÚDE MENTAL E PSICOINTERVENÇÕES

Dissertação de Mestrado

ESTRATÉGIAS DE *COPING* ADOPTADAS PELAS MÃES DAS RAPARIGAS VÍTIMAS
DE VIOLÊNCIA SEXUAL COM SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NO CENTRO DE
ATENDIMENTO INTEGRADO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DO HOSPITAL
GERAL DE MAVALANE

Nome da estudante: Iolanda Alberto Dima Lumbela

Maputo, Março de 2026



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

MESTRADO EM SAÚDE MENTAL E PSICOINTERVENÇÕES

Dissertação de Mestrado

ESTRATÉGIAS DE *COPING* ADOPTADAS PELAS MÃES DAS RAPARIGAS VÍTIMAS
DE VIOLÊNCIA SEXUAL COM SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NO CENTRO DE
ATENDIMENTO INTEGRADO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DO HOSPITAL
GERAL DE MAVALANE

Dissertação apresentada a
coordenação do Mestrado em Saúde
Mental e Psicointervenção como
requisito parcial para a obtenção do
grau de mestre em saúde mental e
psicointervenção.

Nome da estudante: Iolanda Alberto Dima Lumbela

Supervisora: Prof^a. Dr^a. Palmira Fortunato dos Santos

Maputo, Março de 2026

Declaração de originalidade

Declaro que esta Dissertação nunca foi apresentada para a elaboração de qualquer grau ou num outro âmbito e que ela constitui o resultado do meu labor individual com orientação da Supervisora. Esta Dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Mental e Psicointervensões, da Universidade Eduardo Mondlane.

Maputo, Março de 2026

(Iolanda Alberto Dima Lumbela)

Agradecimentos

Agradeço a Deus, que com seu poder supremo, deu-me a devida força, sabedoria, serenidade e principalmente o amor para guiar minhas acções e atitudes durante esta caminhada.

À minha família que não somente me motivou, mas igualmente inspirou-me a seguir em diante nas dificuldades, que comemoraram comigo minhas vitórias tornando-as mais significativas. À vocês pai e mãe agradeço por tudo que sou, pelas doses de ternura e cobrança ao longo do meu desenvolvimento, vos amo incondicionalmente.

À minha querida e amada orientadora, Profa. Doutora Palmira Santos, pelos ensinamentos, apoio e estímulo a superação dos meus limites, pela paciência e dedicação ao ensinar, compartilhar as suas experiências e conhecimentos, os quais foram e são as bases sólidas e seguras de todo o processo de criação e elaboração deste trabalho.

Aos colegas e professores do Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psicointervensões, foram momentos ímpares tê-los ao meu lado no percurso destas vivências de Mestrando. Vocês serão inesquecíveis, cada qual com sua personalidade, o meu carinho e respeito.

A todas pessoas que directa ou indirectamente ajudaram na elaboração de trabalho compartilhando as suas experiências e dando apoio moral e técnico.

Eternos agradecimentos a todos!

Índice

Declaração de originalidade.....	i
Agradecimentos.....	ii
Resumo	vi
<i>Abstract</i>	vii
Lista de abreviaturas.....	viii
1. Introdução.....	1
2. Motivação.....	3
3. Problema	4
4. Hipóteses	6
5. Revisão bibliográfica	7
5.2. Enquadramento teórico.....	16
6. Objectivos	29
6.1. Geral.....	29
6.2. Específicos	29
7. Metodologia.....	30
7.1. Tipo de estudo.....	30
7.2. Local do estudo	31
7.3. Período do estudo	31
7.4. População do estudo, amostra, amostragem ou modo de selecção dos participantes	31
7.5. Critérios de inclusão e exclusão	32
7.6. Procedimentos, técnicas e instrumentos de recolha de dados	32
7.7. Plano de gestão e análise de dados	35
8. Considerações éticas	37
8.1. Normas éticas.....	37
8.2. Recrutamento e Consentimento informado	37
8.3. Avaliação de benefícios e riscos	37
8.4. Confidencialidade	38
9. Limitações do estudo	40
10. Resultados e discussão	42
10.1. Resultados.....	42
10.2. Discussão	53
11. Conclusões e recomendações.....	58
11.1. Conclusões	58
11.2. Sugestões	59
12. Referências	61

13.	Apêndices	70
13.1.	Instrumentos de recolha de dados.....	70
13.2.	Evidência de participação em eventos científicos	75
Anexos		76

Lista de Tabelas

Tabela 1. Médias, desvios-padrão e valores mínimo e máximo dos escores nos fatores do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> (IEC) entre as participantes	33
Tabela 2. Coeficientes de correlação de Spearman entre os níveis de sintomatologia depressiva (PHQ-9) e os escores médios das estratégias de <i>coping</i> do IEC entre as participantes	33
Tabela 3. Correlação entre nível de escolaridade e estratégias de <i>coping</i> utilizadas pelas mães	34
Tabela 4. Correlação de Spearman entre idade e estado civil e o nível de sintomatologia depressiva entre as participantes	35
Tabela 5. Medianas e resultados do teste de Mann–Whitney (U) para as estratégias de <i>coping</i> segundo níveis de depressão moderada e muito grave entre as participantes	37

Lista de Figuras

Gráfico 1. Distribuição das participantes por faixa etária	28
Gráfico 2. Distribuição das participantes por estado civil	29
Gráfico 3. Distribuição das participantes por nível de escolaridade	29
Gráfico 4. Distribuição das participantes por profissão	29
Gráfico 5. Distribuição das participantes por distrito de residência	31
Gráfico 6. Distribuição das participantes segundo filiação religiosa	31
Gráfico 7. Nível de sintomatologia depressiva entre as participantes	32

Resumo

A violência sexual é uma das maiores causas de morbidade e mortalidade em crianças e adolescentes no mundo, que não afecta somente as vítimas directas, mas também a sua rede de apoio, sobretudo as suas mães. As mães das vítimas de abuso sexual apresentam um risco alarmante de desenvolver problemas psiquiátricos, com maior incidência em comparação à população geral. O presente estudo visou identificar as estratégias de *coping* adoptadas pelas mães das raparigas vítimas de violência sexual com sintomatologia depressiva no Centro de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência (CAIVV) do Hospital Geral de Mavalane. O método de pesquisa aplicado foi quantitativo descritivo e contou com uma amostra de 30 mães de raparigas vítimas de violência sexual. Os dados foram recolhidos com recurso a três instrumentos: o FICA BEM, como instrumento de rastreio de saúde mental, o *PHQ-9*, para avaliação da depressão, e o Inventário de Estratégias de *Coping*. Adicionalmente, foi aplicado um questionário sociodemográfico. Os dados foram tratados com recurso ao pacote *SPSS* para análise descritiva. Os resultados apontam para a existência de níveis elevados de sintomatologia depressiva nas mães das raparigas vítimas de violência sexual. Observou-se predominância de estratégias adaptativas, como reavaliação positiva ($M = 13,8$), suporte social ($M = 12,6$) e resolução de problemas ($M = 11,4$), embora estratégias evitativas, como fuga/esquiva ($M = 11,8$), também tenham sido utilizadas. As mães com sintomas mais intensos de depressão recorrem tanto a mecanismos de evitação quanto a estratégias mais adaptativas, como autocontrolo e busca por apoio social, possivelmente como tentativas complementares para lidar com o impacto emocional do evento estressor. Recomenda-se a intensificação do atendimento psicológico aos familiares das vítimas de violência, sobretudo às mães, bem como a promoção de estudos que aprofundem esta temática.

Palavras-chave: Estratégias de *coping*; Mães das vítimas de violência sexual; Sintomatologia depressiva.

Abstract

Sexual violence is one of the leading causes of morbidity and mortality among children and adolescents worldwide, affecting not only the direct victims but also their support networks, particularly their mothers. Mothers of victims of sexual abuse face an alarmingly increased risk of developing psychiatric problems, with a higher prevalence compared to the general population. The present study aimed to identify the coping strategies adopted by mothers of girls who are victims of sexual violence and who present depressive symptomatology, attending the Integrated Care Centre for Victims of Violence (CAIVV) at Mavalane General Hospital. A quantitative descriptive research design was employed, with a sample of 30 mothers of girls who were victims of sexual violence. Data were collected using four instruments: FICA BEM, as a mental health screening tool; the PHQ-9, for the assessment of depression; the Coping Strategies Inventory; and a sociodemographic questionnaire. Data were analysed using SPSS for descriptive statistical analysis. The results indicate high levels of depressive symptomatology among the mothers of girls who are victims of sexual violence. A predominance of adaptive coping strategies was observed, including positive reappraisal ($M = 13.8$), social support ($M = 12.6$), and problem-solving ($M = 11.4$), although avoidant strategies, such as escape/avoidance ($M = 11.8$), were also significantly utilised. Mothers with more severe depressive symptoms reported using both avoidance mechanisms and more adaptive strategies, such as self-control and seeking social support, possibly as complementary attempts to cope with the emotional impact of the stressor. It is recommended that psychological support for families of victims of violence, particularly mothers, be strengthened, alongside the promotion of further research on this topic.

Keywords: Coping strategies; Mothers of victims of sexual violence; Depressive symptomatology.

Lista de abreviaturas

CAIVV	Centro de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência de Mavalane
CNBS	Comité de Nacional de Bioética para Saúde
HGM	Hospital Geral de Mavalane
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SNS	Sistema Nacional da Saúde
UNICEF	Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas
US	Unidade Sanitária
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
TEPT	Transtorno de stress pós-traumático
HCM	Hospital Central de Maputo

1. Introdução

A violência sexual contra crianças e adolescentes constitui uma grave violação dos direitos humanos e um importante problema de saúde pública, em virtude da sua elevada prevalência e das múltiplas repercussões que produz no desenvolvimento biopsicossocial das vítimas. As consequências deste fenómeno ultrapassam o momento da agressão e podem comprometer o funcionamento emocional, cognitivo, relacional e social ao longo do ciclo de vida, exigindo respostas integradas dos sistemas de saúde, justiça e protecção social (Dworkin & Schumacher, 2018; Wang et al., 2023).

Embora os efeitos da violência sexual sobre as vítimas directas estejam amplamente documentados, evidências recentes indicam que o impacto do trauma se estende à família, afectando particularmente as figuras cuidadoras. Entre estas, as mães assumem frequentemente um papel central no acolhimento, protecção e acompanhamento das crianças e adolescentes após a revelação do abuso, tornando-se também vulneráveis às repercussões emocionais associadas ao evento traumático (Cummings et al., 2008; D'Alessandro et al., 2014).

A revelação da violência sexual representa, para muitas famílias, um acontecimento disruptivo que altera significativamente as dinâmicas relacionais e as rotinas quotidianas. Para além do sofrimento decorrente do conhecimento da vitimização, as mães são frequentemente confrontadas com exigências adicionais relacionadas com a procura de cuidados de saúde, o acompanhamento psicológico da filha, a participação em processos legais e a necessidade de reorganização da vida familiar. Simultaneamente, enfrentam sentimentos intensos de culpa, medo, impotência e preocupação com o futuro da criança, factores que podem comprometer o seu bem-estar psicológico e aumentar a vulnerabilidade ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Thakur & Meena, 2019; Downing et al., 2021).

Neste contexto, a depressão materna assume particular relevância, não apenas pelos seus efeitos na saúde mental das mães, mas também pelas potenciais implicações na recuperação das vítimas. Estudos indicam que o sofrimento psicológico das figuras cuidadoras pode influenciar a qualidade do suporte emocional oferecido, a adesão aos processos terapêuticos e a capacidade de resposta às necessidades da criança, afectando o ajustamento psicossocial e o processo de recuperação após a experiência traumática (Garbarino & Kostelny, 1997; Dayton et al., 2010).

Paralelamente, as mães recorrem a diferentes estratégias para lidar com as exigências emocionais e práticas impostas pela situação. O conjunto destas estratégias, designado por *coping*, corresponde aos esforços cognitivos e comportamentais mobilizados para gerir circunstâncias percebidas como ameaçadoras ou superiores aos recursos disponíveis (Lazarus & Folkman, 1984). A forma como as mães avaliam a situação e os recursos de que dispõem pode influenciar tanto a intensidade do sofrimento psicológico quanto os mecanismos utilizados para o enfrentar.

Importa reconhecer que as estratégias de *coping* adoptadas nem sempre são homogêneas ou lineares. Em contextos de elevada carga emocional, é frequente a coexistência de respostas orientadas para a resolução de problemas, como a procura de ajuda especializada e a protecção da filha, com estratégias centradas na regulação emocional, incluindo a procura de suporte social, a reavaliação positiva e, por vezes, mecanismos evitativos. Compreender estes processos é fundamental para identificar factores de risco e de protecção associados à saúde mental materna.

Apesar da crescente produção científica sobre violência sexual, a maioria dos estudos continua centrada nas vítimas directas, permanecendo insuficientemente exploradas as repercussões psicológicas sobre os familiares, sobretudo em países de baixo e médio rendimento. No contexto moçambicano, a escassez de investigações sobre a saúde mental das mães de vítimas de violência sexual limita a compreensão das suas necessidades específicas e dificulta o desenvolvimento de intervenções psicossociais mais abrangentes e culturalmente adequadas.

Face a esta lacuna, o presente estudo centra-se na análise das estratégias de *coping* adoptadas por mães de raparigas vítimas de violência sexual com sintomatologia depressiva atendidas no Centro de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência do Hospital Geral de Mavalane. Ao explorar a relação entre depressão e *coping* neste grupo, pretende-se contribuir para o aprofundamento do conhecimento científico sobre os impactos indirectos da violência sexual e fornecer subsídios para o fortalecimento de práticas assistenciais que reconheçam a importância do cuidado à saúde mental das figuras cuidadoras.

Deste modo, a investigação parte do pressuposto de que a violência sexual produz efeitos que transcendem a vítima directa, repercutindo-se na saúde mental das mães e influenciando as estratégias mobilizadas para lidar com a experiência traumática. Compreender esta dinâmica constitui um passo fundamental para a construção de respostas mais integradas, capazes de promover o bem-estar da vítima e da sua rede primária de suporte.

2. Motivação

As estratégias de *coping* desempenham um papel importante no bem-estar psicológico, emocional e físico de todos que passam por situações stressoras. Compreender como as mães das vítimas de violência sexual lidam com o trauma vivenciado é essencial para desenvolver intervenções eficazes que promovem a recuperação e o funcionamento saudável.

Os motivos que impulsionaram a pesquisadora a realizar o presente estudo, prendem-se ao facto desta ter presenciado o sofrimento vivido pelas mães dessas vítimas e de se dar pouca atenção a este grupo. Ademais, a realização do estudo teve grande importância para a pesquisadora, permitindo-lhe aprimorar e aprofundar os seus conhecimentos sobre a matéria em questão e consolidar conhecimentos sobre metodologias de investigação científica.

É também um elemento motivador, saber que este estudo pode contribuir para compreensão desta problemática, impulsionar debates reflexivos na comunidade cognoscente e, por conseguinte impulsionar na tomada de decisões assertivas para o cuidado e atenção voltada a este grupo.

3. Problema

A violência sexual contra crianças e adolescentes constitui uma das formas mais graves de violação dos direitos humanos e representa um problema de grande relevância no campo da saúde pública. A magnitude deste fenómeno e a gravidade das suas consequências têm despertado crescente preocupação entre investigadores, profissionais de saúde e organizações internacionais. Evidências recentes indicam que uma proporção significativa da população infanto-juvenil é exposta a experiências de violência sexual ao longo da vida. Estimativas globais apontam que aproximadamente 18,9% das raparigas e 14,8% dos rapazes sofreram algum tipo de violência sexual antes dos 18 anos (Cagney *et al.*, 2025).

A experiência de abuso sexual durante a infância ou adolescência está associada a múltiplas repercussões que podem comprometer o desenvolvimento psicológico, emocional e social das vítimas. Estudos têm demonstrado uma relação consistente entre a exposição a este tipo de violência e o surgimento de diversas perturbações de saúde mental, incluindo depressão, ansiedade, Transtorno de Estresse Pós-Traumático e comportamentos autolesivos (Hailes *et al.*, 2019; Lo Iacono *et al.*, 2021). Para além das consequências individuais, a violência sexual pode também afectar o percurso educacional, as relações interpessoais e o desenvolvimento cognitivo das vítimas (Sousa *et al.*, 2023).

O impacto deste fenómeno não se limita à pessoa directamente vitimada. A literatura tem evidenciado que a violência sexual produz efeitos significativos no sistema familiar, especialmente nos cuidadores primários. Entre estes, as mães assumem frequentemente um papel central no acompanhamento e na protecção da criança ou adolescente após a revelação do abuso. Este envolvimento intenso pode expô-las a elevados níveis de sofrimento psicológico, caracterizados por sentimentos de culpa, vergonha e impotência diante da incapacidade de evitar o ocorrido (Johnson *et al.*, 2019).

Este processo é frequentemente descrito como traumatização secundária ou trauma vicariante, situação em que indivíduos próximos da vítima desenvolvem sintomas psicológicos decorrentes da exposição indirecta ao trauma (Hoffman & Shrira, 2019). Investigações realizadas em diferentes contextos indicam que mães de crianças vítimas de abuso sexual apresentam maior probabilidade de desenvolver sintomatologia depressiva, ansiedade e Transtorno de Estresse Pós-Traumático quando comparadas com a população geral (Masilo & Davhana-Maselesele, 2017).

No contexto moçambicano, a violência sexual constitui igualmente um problema social relevante. Estudos indicam que aproximadamente uma em cada sete mulheres (14,3%) e um em cada doze homens (8,4%) sofreram violência sexual antes dos 18 anos. Dados institucionais também demonstram que milhares de mulheres e crianças recorrem anualmente a serviços de apoio em consequência de situações de violência, incluindo violência sexual. Estas evidências sugerem que crianças e adolescentes do sexo feminino apresentam maior vulnerabilidade a este tipo de agressão, frequentemente ocorrida em contextos familiares ou em ambientes onde existe proximidade entre a vítima e o agressor (*United Nations Children's Fund* [UNICEF], 2020).

Para além das consequências individuais e sociais, a vivência da violência pode afectar profundamente o funcionamento do sistema familiar. A literatura destaca que episódios de abuso sexual podem alterar o equilíbrio das relações familiares, interferindo no bem-estar emocional dos diferentes membros da família e influenciando o seu processo de desenvolvimento (Moré & Krenkel, 2014). Entre os familiares, as mães destacam-se como um dos grupos mais afectados, frequentemente apresentando níveis elevados de stress, sofrimento psicológico e redução do bem-estar após a revelação do abuso (Pincolini & Hutz, 2012).

Durante o estágio profissional realizado no Hospital Geral de Mavalane, especificamente no Centro de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência (CAIVV), observou-se que o atendimento institucional encontra-se predominantemente direccionado às vítimas primárias. Embora esta abordagem seja essencial, verificou-se que a atenção dedicada aos familiares, particularmente às mães, é limitada, apesar da elevada carga emocional associada à situação. Observou-se igualmente a escassez de estudos nacionais que analisem o impacto psicológico da violência sexual nos cuidadores, bem como a ausência de protocolos estruturados de apoio psicológico dirigidos às mães ou cuidadores das vítimas.

Diante desta lacuna, torna-se pertinente investigar de que forma as mães de raparigas vítimas de violência sexual enfrentam emocionalmente esta experiência e quais estratégias utilizam para lidar com o sofrimento associado. Assim, a presente dissertação procura contribuir para o aprofundamento do conhecimento científico sobre esta problemática no contexto moçambicano.

Neste sentido, a questão de investigação que orienta o estudo é:

Que estratégias de coping são adoptadas pelas mães de raparigas vítimas de violência sexual que apresentam sintomatologia depressiva?

4. Hipóteses

H1: As mães de raparigas que sofreram violência sexual desenvolveram a sintomatologia depressiva.

H2: As mães das raparigas vítimas de violência sexual adoptam estratégias de enfrentamento adaptativas.

5. Revisão bibliográfica

5.1.1. Violência sexual infantil

A violência sexual dirigida a crianças e adolescentes configura uma das violações mais graves dos direitos humanos e constitui simultaneamente um desafio significativo para os sistemas de saúde pública em escala global. Este fenómeno não se limita a episódios isolados, sendo antes compreendido como um processo complexo que engloba qualquer comportamento de natureza sexual imposto a uma criança ou adolescente sem consentimento válido. Tal imposição pode ocorrer através de coerção, manipulação emocional, intimidação ou exploração de relações de poder assimétricas. As formas de manifestação são diversas e incluem desde assédio verbal e exposição forçada a conteúdos pornográficos até práticas de contacto físico ou penetração não consentida, situações que produzem repercussões profundas no desenvolvimento psicológico e social das vítimas (Malta *et al.*, 2017; World Health Organization [WHO], 2022; United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights [OHCHR], 2026).

A interpretação da violência sexual como um fenómeno social estruturado é fundamental para orientar respostas eficazes. Para além do sofrimento individual provocado, o problema reflete dinâmicas mais amplas de desigualdade social, especialmente relacionadas com género, idade e relações hierárquicas de poder. Assim, a sua análise requer contributos de diferentes áreas do conhecimento, incluindo saúde pública, psicologia, sociologia e direito. Uma abordagem integrada permite compreender que a violência sexual é frequentemente sustentada por normas culturais permissivas, assim como por contextos familiares ou comunitários incapazes de assegurar a proteção adequada das crianças. Este enquadramento sistémico contribui igualmente para deslocar o foco da culpabilização da vítima para a responsabilização dos agressores e das estruturas sociais que perpetuam o fenómeno (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente [CONANDA], 2013; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2026).

A dimensão do problema é evidenciada por dados epidemiológicos recentes. Uma meta-análise global conduzida por Cagney *et al.* (2025), indica que a prevalência ao longo da vida da violência sexual atinge cerca de 18,9% entre mulheres e 14,8% entre homens. Estes valores evidenciam que milhões de crianças e adolescentes em diferentes regiões do mundo são expostos a experiências de violência sexual. Importa ainda considerar que a magnitude real do fenómeno tende a ser superior às estimativas disponíveis, uma vez que muitos casos permanecem ocultos devido ao medo de represálias, à vergonha e ao estigma social que

frequentemente acompanham este tipo de violência. Assim, longe de constituir um evento raro, a violência sexual deve ser entendida como uma experiência adversa relativamente comum na infância, com implicações relevantes para a saúde colectiva (Cagney *et al.*, 2025).

A investigação científica tem demonstrado de forma consistente que a vitimização sexual durante a infância está associada a consequências duradouras ao longo da vida. Um estudo longitudinal conduzido por Akinyemi *et al.* (2025) revelou que indivíduos expostos a abuso sexual infantil apresentam um aumento significativo na probabilidade de desenvolver depressão na idade adulta. Segundo os autores, uma única exposição ao abuso aumenta o risco de diagnóstico depressivo em cerca de 22,1 pontos percentuais, enquanto exposições repetidas elevam esse risco para aproximadamente 24,4 pontos percentuais. Além disso, os participantes com historial de vitimização reportaram maior número de dias com limitações na saúde física e mental, indicando que as consequências do trauma ultrapassam o domínio psicológico e podem manifestar-se também em queixas somáticas persistentes (Akinyemi *et al.*, 2025).

Outro aspecto relevante discutido na literatura refere-se à possibilidade de reprodução intergeracional da violência. Evidências sugerem que experiências traumáticas precoces podem influenciar padrões comportamentais ao longo da vida, contribuindo para maior envolvimento em comportamentos de risco, como consumo de substâncias ou relações interpessoais disfuncionais (Widom, 2017). Adicionalmente, estudos indicam que pessoas expostas a abuso sexual na infância apresentam maior probabilidade de revitimização em fases posteriores da vida (Webster, 2022; Efrati *et al.*, 2022). A revisão conduzida por Hailes *et al.* (2019) aponta igualmente para a possibilidade de que alguns sobreviventes desenvolvam comportamentos agressivos ou violentos, perpetuando ciclos de trauma que se estendem para além da geração directamente afectada (Hailes *et al.*, 2019).

A violência sexual assume características distintas conforme o tipo de relação existente entre vítima e agressor. A distinção entre violência intrafamiliar e extrafamiliar constitui uma classificação amplamente utilizada na literatura, embora não esgote a complexidade das dinâmicas envolvidas. Nos casos intrafamiliares, o agressor pertence ao núcleo familiar ou ocupa posição de confiança no ambiente doméstico, como padrastos ou cuidadores. Esta circunstância tende a intensificar o impacto psicológico do abuso, uma vez que a violência ocorre precisamente no espaço que deveria oferecer proteção e segurança. A proximidade relacional favorece também a repetição do abuso e contribui para a manutenção de um silêncio

imposto, dificultando a revelação e prolongando o sofrimento da vítima (Stelko-Pereira & Williams, 2019; Shahab *et al.*, 2025).

Por outro lado, a violência extrafamiliar ocorre quando o agressor não pertence ao círculo familiar directo. Nesses contextos, os perpetradores podem ser vizinhos, conhecidos da família ou indivíduos sem vínculo prévio com a vítima. Embora a ausência de relação familiar possa, em alguns casos, facilitar a revelação do abuso, as consequências emocionais permanecem profundas. A criança pode desenvolver sentimentos intensos de insegurança em relação ao ambiente social, passando a perceber o mundo exterior como ameaçador, o que pode conduzir ao isolamento social e a dificuldades na construção de relações de confiança (Latiff *et al.*, 2024; Dimitriou *et al.*, 2026).

Independentemente do contexto relacional, a assimetria de poder constitui o elemento central na dinâmica da violência sexual. O agressor explora sistematicamente a vulnerabilidade inerente à infância, seja ela física, emocional ou cognitiva, para impor a sua vontade. A manipulação psicológica é frequentemente utilizada para assegurar a cooperação ou o silêncio da vítima, recorrendo a estratégias como promessas, chantagem emocional ou ameaças. Estas práticas contribuem para gerar sentimentos de culpa e vergonha nas vítimas, factores que dificultam a denúncia e reforçam o impacto psicológico do abuso (Andana *et al.*, 2025; Breckenridge *et al.*, 2024).

A literatura aponta que a ocorrência de violência sexual resulta da interação entre múltiplos factores de risco. No plano individual, determinadas características podem aumentar a vulnerabilidade da criança, incluindo o sexo feminino, a presença de deficiência ou um historial prévio de vitimização. No entanto, é fundamental evitar interpretações que atribuam responsabilidade às vítimas, reconhecendo que tais factores representam apenas condições de vulnerabilidade exploradas pelos agressores (Groinig, 2025; Kinnunen, 2025).

No plano familiar, contextos caracterizados por negligência, violência doméstica, conflitos parentais persistentes ou consumo problemático de substâncias tendem a aumentar o risco de ocorrência de abuso. Nesses ambientes, a supervisão parental pode ser insuficiente e a comunicação familiar limitada, reduzindo a capacidade das crianças de identificar e relatar situações de risco. O modelo teórico proposto por Finkelhor (1986) permanece relevante ao destacar a ausência de um protector eficaz como elemento determinante na dinâmica da violência sexual infantil (Finkelhor, 1986).

Além dos factores familiares, variáveis estruturais e comunitárias também desempenham papel importante. Contextos marcados por pobreza, desigualdade de género e fragilidade das redes de apoio social podem favorecer a ocorrência de violência sexual. Em ambientes onde o acesso à educação e aos serviços de protecção é limitado, as crianças tornam-se mais vulneráveis à exploração. A persistência de normas culturais que silenciam ou minimizam a violência contribui ainda para dificultar a denúncia e perpetuar a impunidade dos agressores (Austin *et al.*, 2020; Zych & Marín-López, 2024).

As consequências psicológicas do abuso sexual na infância são amplas e frequentemente persistentes. A revisão sistemática conduzida por Alves *et al.* (2024) indica que a prevalência de TEPT entre crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual varia entre 20% e 70%. Este quadro clínico caracteriza-se por revivescência do trauma, comportamentos de evitação, alterações negativas na cognição e no humor e níveis elevados de hipervigilância (Nagtegaal e Boonmann, 2022; Alves *et al.*, 2024).

A depressão constitui igualmente uma consequência frequente da vitimização sexual. A quebra de confiança, associada a sentimentos de vergonha e culpa, pode contribuir para o desenvolvimento de sintomas depressivos persistentes. Em muitos casos, a depressão associada ao trauma apresenta maior gravidade e resistência ao tratamento quando comparada com quadros depressivos sem historial traumático. Comportamentos autolesivos e ideação suicida podem emergir como tentativas de lidar com sofrimento emocional intenso (Dworkin & Schumacher, 2018; Wang *et al.*, 2023).

Para além dos diagnósticos psiquiátricos formais, o abuso sexual pode comprometer processos fundamentais do desenvolvimento psicológico. A violação dos limites corporais e emocionais durante a infância pode afectar a construção da identidade e gerar dificuldades na formação de vínculos interpessoais seguros. Como resultado, sobreviventes podem alternar entre isolamento social e repetição de padrões relacionais disfuncionais ao longo da vida adulta (Trickett *et al.*, 2011; Arias *et al.*, 2025).

Os efeitos da violência sexual não se restringem à vítima directa, repercutindo-se em todo o sistema familiar. A revelação do abuso frequentemente desencadeia uma crise que altera profundamente a dinâmica familiar, exigindo reorganização emocional e funcional por parte dos cuidadores. Pais e familiares podem experimentar sentimentos intensos de choque, negação, raiva e tristeza, frequentemente acompanhados por culpa relacionada à percepção de falha na protecção da criança (Moré & Krenkel, 2014).

Após a revelação do abuso, a família passa frequentemente a enfrentar múltiplas exigências institucionais. A necessidade de acompanhar a criança a consultas médicas e psicológicas, participar em processos judiciais e lidar com mudanças comportamentais decorrentes do trauma pode gerar elevada sobrecarga emocional e prática para os cuidadores (Cyr *et al.*, 2013).

Neste contexto, as mães tendem a assumir papel central no processo de apoio à criança. Em muitos casos, são elas que recebem a revelação inicial do abuso, acompanham a vítima nos procedimentos legais e terapêuticos e assumem a responsabilidade diária pela gestão das consequências emocionais do trauma. Esta posição expõe-as a elevado risco de sofrimento psicológico (Elliott & Carnes, 2001).

A literatura descreve este fenómeno como traumatização secundária ou trauma secundário. Segundo Figley (2013), este processo ocorre quando indivíduos que mantêm contacto próximo com vítimas de trauma desenvolvem sintomas semelhantes aos experimentados pela própria vítima. Pensamentos intrusivos, ansiedade intensa e evitamento de estímulos relacionados com o trauma são manifestações frequentemente descritas.

O conceito de trauma vicariante aprofunda esta compreensão ao referir-se a alterações duradouras na visão de mundo do cuidador decorrentes da exposição prolongada ao sofrimento da vítima (McCann & Pearlman, 1990). Nesses casos, os cuidadores podem desenvolver percepções persistentes de insegurança e desconfiança em relação ao mundo, acompanhadas por sentimentos de incapacidade de proteger os seus filhos.

Investigações recentes, como as conduzidas por Willcott-Benoit e Cummings (2024) e O'Marah *et al.* (2025), demonstram que cuidadores de crianças traumatizadas podem apresentar sintomas associados a trauma secundário e fadiga por compaixão. Estes resultados reforçam a necessidade de considerar o impacto da violência sexual não apenas sobre a vítima, mas também sobre os adultos responsáveis pelo seu cuidado.

Entre as manifestações psicológicas observadas em cuidadores, a sintomatologia depressiva destaca-se pela sua frequência. A revelação do abuso pode desencadear sentimentos intensos de culpa, vergonha e impotência nas mães das vítimas. Estas emoções podem evoluir para quadros depressivos que comprometem significativamente o funcionamento diário.

O estudo de Spry *et al.* (2026) demonstrou que mulheres com historial de exposição a abuso sexual apresentam níveis elevados de sintomas depressivos ao longo da vida. Embora a investigação se concentre em vítimas directas, os resultados são relevantes para compreender

o sofrimento psicológico de mães que experienciam o trauma através da vitimização das suas filhas. A presença de depressão materna pode interferir directamente na capacidade de oferecer suporte emocional adequado à criança. Uma mãe deprimida pode apresentar menor sensibilidade às necessidades emocionais da filha, manifestando comportamentos de irritabilidade, retraimento ou apatia. Estas alterações podem comprometer o processo de recuperação psicológica da criança (Katz *et al.*, 2007).

Este fenómeno pode originar um processo de “contágio emocional”, no qual o sofrimento da mãe influencia o bem-estar psicológico da criança e vice-versa. A criança pode sentir-se responsável pela tristeza da mãe, agravando os seus próprios sintomas, enquanto a mãe pode sentir-se ainda mais inadequada ao observar as dificuldades da filha (Dozio *et al.*, 2020).

Depressão

A depressão constitui uma das perturbações mentais mais prevalentes e incapacitantes em todo o mundo, sendo reconhecida como um importante problema de saúde pública devido ao seu impacto no funcionamento individual, familiar e social. Caracteriza-se pela presença persistente de humor deprimido, perda de interesse ou prazer nas actividades habituais e comprometimento significativo do funcionamento quotidiano (APA, 2013).

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), o diagnóstico da Perturbação Depressiva Maior requer a presença de cinco ou mais sintomas durante um período mínimo de duas semanas, incluindo obrigatoriamente humor deprimido ou perda de interesse e prazer. Entre os sintomas mais frequentes destacam-se alterações do sono e do apetite, fadiga, dificuldades de concentração, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, lentificação ou agitação psicomotora e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio (APA, 2013).

A etiologia da depressão é multifactorial e resulta da interacção entre factores biológicos, psicológicos e sociais. Entre os factores biológicos incluem-se alterações neuroquímicas, predisposição genética e disfunções neuroendócrinas. No domínio psicológico, aspectos como estilos cognitivos negativos, baixa autoestima e dificuldades na regulação emocional têm sido associados ao desenvolvimento e manutenção da sintomatologia depressiva. Por sua vez, factores sociais, como experiências traumáticas, perdas significativas, condições socioeconómicas desfavoráveis e ausência de suporte social, constituem importantes factores de risco para o surgimento da perturbação (Beck & Alford, 2009).

A exposição a acontecimentos traumáticos é amplamente reconhecida como um dos principais factores associados ao desenvolvimento da depressão. Situações de violência, abuso, negligência e outras experiências adversas podem desencadear ou agravar sintomas depressivos, sobretudo quando envolvem ameaças à integridade física e emocional ou a ruptura de vínculos afectivos significativos (Dworkin & Schumacher, 2018; Wang et al., 2023).

No contexto da violência sexual, a depressão constitui uma consequência frequente tanto para as vítimas directas como para os familiares mais próximos. A quebra de confiança, associada a sentimentos de vergonha, culpa e impotência, pode contribuir para o desenvolvimento de sintomas depressivos persistentes. Em muitos casos, a depressão associada ao trauma apresenta maior gravidade e resistência ao tratamento quando comparada com quadros depressivos sem historial traumático. Adicionalmente, comportamentos autolesivos e ideação suicida podem emergir como tentativas de lidar com o sofrimento emocional intenso (Dworkin & Schumacher, 2018; Wang et al., 2023).

Embora grande parte da investigação se concentre nas vítimas directas da violência sexual, estudos recentes evidenciam que as mães e cuidadores principais também apresentam maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva. O impacto emocional decorrente da revelação do abuso, os sentimentos de culpa relacionados com a percepção de falha na protecção da criança, a necessidade de reorganização familiar e as exigências associadas ao acompanhamento institucional e judicial contribuem para um aumento significativo do sofrimento psicológico destas mulheres (Cummings et al., 2008; D'Alessandro et al., 2014; Kimberg & Wheeler, 2019).

A compreensão da depressão materna neste contexto pode ser complementada pelo conceito de stress vicário, segundo o qual a exposição indirecta ao sofrimento de uma pessoa significativa pode desencadear respostas emocionais intensas e persistentes. Assim, as mães podem desenvolver sintomas depressivos não apenas em consequência das mudanças ocorridas na dinâmica familiar, mas também devido à internalização do sofrimento e do trauma vivenciado pelas filhas (Widom, 1999; Levendosky & Graham-Bermann, 2001).

A avaliação da sintomatologia depressiva pode ser realizada através de diferentes instrumentos psicométricos. Entre os mais utilizados em contextos clínicos e de investigação destaca-se o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), desenvolvido por Kroenke, Spitzer e Williams (2001). Este instrumento é composto por nove itens correspondentes aos critérios diagnósticos

de depressão estabelecidos pelo DSM-IV e mantidos no DSM-5, permitindo avaliar a frequência dos sintomas nas duas semanas anteriores à sua aplicação.

Cada item do PHQ-9 é pontuado numa escala de quatro pontos, variando entre 0 (“nenhuma vez”) e 3 (“quase todos os dias”), resultando num escore total entre 0 e 27 pontos. Os escores permitem classificar a gravidade da sintomatologia depressiva em diferentes níveis: mínima (0–4), leve (5–9), moderada (10–14), moderadamente grave (15–19) e grave (20–27) (Kroenke et al., 2001). O instrumento apresenta propriedades psicométricas robustas e tem sido amplamente utilizado em diferentes contextos culturais e populacionais, incluindo estudos realizados em Moçambique (Cumbe et al., 2020).

Neste estudo, o PHQ-9 foi utilizado para avaliar a gravidade da sintomatologia depressiva nas mães de raparigas vítimas de violência sexual atendidas no Centro de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência do Hospital Geral de Mavalane. A escolha deste instrumento fundamentou-se na sua facilidade de aplicação, na sua validade psicométrica e na possibilidade de quantificar os sintomas depressivos, permitindo analisar a sua relação com as estratégias de coping adoptadas pelas participantes.

Considerando que a depressão constitui uma das principais manifestações de sofrimento psicológico descritas em cuidadores de vítimas de violência sexual, a sua avaliação mostrou-se essencial para a compreensão das respostas emocionais das mães participantes deste estudo e da sua relação com as estratégias de *coping* mobilizadas perante a experiência traumática vivenciada pelas filhas.

Síntese crítica

Por esta razão, intervenções eficazes devem considerar simultaneamente as necessidades da criança e dos seus cuidadores. Uma abordagem centrada na díade mãe-filho permite compreender a interdependência emocional existente entre ambos e promover estratégias de recuperação mais abrangentes. A violência sexual contra crianças e adolescentes constitui um fenómeno complexo cujas repercussões ultrapassam a vítima directa, afectando profundamente a saúde mental e o funcionamento familiar. O reconhecimento deste impacto sistémico é essencial para o desenvolvimento de respostas terapêuticas e sociais adequadas.

A promoção da saúde mental das mães e cuidadores deve ser entendida como componente fundamental das intervenções destinadas às vítimas de violência sexual. O fortalecimento das redes de apoio social, a oferta de acompanhamento psicológico e o desenvolvimento de

estratégias de *coping* adaptativas representam medidas essenciais para favorecer a recuperação familiar e interromper ciclos de trauma.

5.2. Enquadramento teórico

Este estudo inscreve-se no campo da saúde mental e da psicologia do trauma, procurando compreender a sintomatologia depressiva e as estratégias de *coping* mobilizadas por mães de raparigas vítimas de violência sexual. Para interpretar este fenómeno de forma consistente, torna-se necessário recorrer a referenciais teóricos capazes de explicar, por um lado, os efeitos emocionais da exposição indirecta ao trauma e, por outro, os mecanismos psicológicos utilizados para lidar com situações de elevada sobrecarga emocional. Neste sentido, o enquadramento teórico da investigação apoia-se em quatro eixos principais: a teoria do *stress* pós-traumático, a teoria do apego, o conceito de *stress* vicário e o modelo transaccional do *stress* e *coping* de Lazarus e Folkman.

Teoria do stress pós-traumático

A teoria do stress pós-traumático oferece um quadro conceptual relevante para compreender as respostas emocionais desencadeadas por eventos traumáticos e as suas repercussões no funcionamento psicológico. Embora inicialmente desenvolvida para explicar as reacções observadas em indivíduos directamente expostos a acontecimentos extremos, esta perspectiva tem sido progressivamente ampliada para incluir os efeitos da exposição indirecta ao trauma, particularmente em contextos caracterizados por forte envolvimento afectivo com a vítima (Herman, 1997; Van der Kolk, 2014).

De acordo com o *DSM-5*, a Perturbação de Stress Pós-Traumático pode desenvolver-se após a exposição directa ou indirecta a eventos que envolvam ameaça à vida, lesão grave ou violência sexual. Para além da experiência directa, o manual reconhece que a tomada de conhecimento de um evento traumático ocorrido com um familiar próximo ou pessoa significativa pode desencadear respostas traumáticas clinicamente relevantes (APA, 2013).

Os sintomas associados ao stress pós-traumático organizam-se em quatro grupos principais: intrusão, evitamento, alterações negativas nas cognições e no humor e alterações da activação e reactividade. Os sintomas de intrusão incluem memórias recorrentes e involuntárias do evento traumático, pensamentos persistentes e sofrimento intenso perante estímulos associados ao trauma. O evitamento manifesta-se pela tentativa de afastar pensamentos, emoções, pessoas ou contextos relacionados com a experiência traumática. As alterações cognitivas e emocionais incluem sentimentos persistentes de culpa, medo, vergonha, desesperança e dificuldade em experienciar emoções positivas. Por fim, as alterações da activação podem expressar-se através

de hipervigilância, irritabilidade, perturbações do sono e resposta exagerada de sobressalto (APA, 2013).

Autores como Herman (1997) e Van der Kolk (2014) destacam que as experiências traumáticas podem produzir alterações persistentes no funcionamento emocional, cognitivo e relacional, afectando a percepção de segurança, o sentimento de controlo interno e a capacidade de regulação afectiva. Segundo estes autores, o trauma não se limita ao evento em si, mas implica uma reorganização profunda da forma como o indivíduo interpreta a si próprio, os outros e o mundo.

No contexto da violência sexual contra crianças e adolescentes, o impacto traumático ultrapassa frequentemente a vítima directa e estende-se aos membros da família, sobretudo às mães. Estas mulheres não vivenciam o abuso sexual como observadoras distantes, mas como figuras emocionalmente implicadas na experiência traumática da filha. A revelação da violência sexual pode desencadear um processo de desorganização emocional marcado por sentimentos intensos de culpa, impotência, tristeza, medo e preocupação constante com a segurança da criança (Manion et al., 1996).

Além do sofrimento associado ao conhecimento do abuso, as mães enfrentam exigências adicionais relacionadas com a protecção da filha, o acompanhamento médico e psicológico, a participação em procedimentos legais e a reorganização da dinâmica familiar. Estas responsabilidades, associadas à exposição contínua ao sofrimento da vítima, podem favorecer o desenvolvimento de respostas compatíveis com quadros de sofrimento traumático secundário, incluindo hipervigilância, evitamento, revivescência mental do evento e sintomatologia depressiva (Mangold et al., 2022).

Sob esta perspectiva, a depressão materna pode ser compreendida não apenas como uma perturbação isolada do humor, mas também como uma expressão de desregulação emocional associada à exposição indirecta ao trauma. A presença de sintomas depressivos pode reflectir a internalização do sofrimento da filha, a percepção de falha na função protectora e a ruptura das expectativas relativas à segurança e ao desenvolvimento saudável da criança (Manion et al., 1996; Mangold et al., 2022).

Adicionalmente, esta teoria fornece um enquadramento útil para compreender a intensidade e a complexidade das respostas emocionais observadas nas mães. Situações como pensamentos intrusivos sobre o abuso, preocupação constante com novos episódios de vitimização, evitamento de contextos que remetam ao evento traumático e sofrimento relacionado com o

sentimento de culpa podem ser interpretadas à luz dos mecanismos descritos pela teoria do stress pós-traumático (Carmassi et al., 2021).

Deste modo, este referencial sustenta a compreensão de que a violência sexual produz repercussões que transcendem a vítima directa, afectando profundamente as figuras cuidadoras. Reconhecer o sofrimento traumático das mães torna-se fundamental para o desenvolvimento de intervenções integradas que contemplem não apenas a recuperação da vítima, mas também o bem-estar psicológico da família como um todo.

Teoria do apego

A teoria do apego, inicialmente desenvolvida por John Bowlby (1969) e posteriormente aprofundada por Mary Ainsworth (1978), constitui um dos principais referenciais para a compreensão do desenvolvimento socioemocional e da influência das relações precoces na saúde mental ao longo do ciclo vital. Esta perspectiva sustenta que os seres humanos possuem uma predisposição biológica para estabelecer vínculos afectivos com figuras cuidadoras significativas, particularmente em situações de ameaça, medo ou sofrimento.

Segundo Bowlby (1969), as primeiras interações entre a criança e o cuidador principal contribuem para a construção de modelos internos de funcionamento, entendidos como representações cognitivas e emocionais sobre si própria, sobre os outros e sobre a disponibilidade do ambiente para responder às suas necessidades. A qualidade dessas experiências relacionais influencia a forma como o indivíduo desenvolve sentimentos de segurança, confiança, autoestima e capacidade de regulação emocional.

Ainsworth (1978), através do procedimento da Situação Estranha, identificou diferentes padrões de apego, nomeadamente o apego seguro, inseguro-evitante, inseguro-ambivalente e, posteriormente, o apego desorganizado. Crianças com apego seguro tendem a perceber a figura cuidadora como uma base segura, a partir da qual podem explorar o ambiente e para a qual recorrem em momentos de stress. Em contrapartida, vínculos inseguros ou desorganizados estão frequentemente associados a maiores dificuldades na regulação emocional e na adaptação a situações adversas (Ainsworth et al., 1978).

Neste enquadramento teórico, a figura cuidadora desempenha duas funções fundamentais: a de base segura, que promove a exploração e o desenvolvimento da autonomia, e a de refúgio seguro, que oferece protecção, conforto e regulação emocional perante situações de ameaça (Bowlby, 1988). Estas funções tornam-se particularmente relevantes em contextos de violência

e trauma, nos quais a criança necessita de apoio emocional consistente para reconstruir o seu sentimento de segurança.

Quando ocorre um evento traumático, como a violência sexual, o sistema de apego pode ser profundamente afectado. A experiência traumática compromete a percepção de segurança relacional da criança, podendo intensificar a necessidade de proximidade e protecção por parte da figura cuidadora. Simultaneamente, a revelação do abuso impõe desafios significativos à mãe, que pode vivenciar sentimentos de culpa, impotência, tristeza e fracasso na sua função protectora (Kwako et al., 2010).

Deste modo, a violência sexual não afecta apenas a vítima directa, mas também a relação mãe-filha enquanto espaço privilegiado de protecção, segurança e regulação emocional. O impacto do trauma pode alterar a dinâmica vincular, conduzindo a mudanças nos padrões de interacção e na disponibilidade emocional da mãe para responder às necessidades da filha (Ensink et al., 2020).

A literatura evidencia que o sofrimento psicológico materno, especialmente quando associado à sintomatologia depressiva, pode comprometer a sensibilidade e a responsividade da mãe. Mães com depressão tendem a apresentar menor disponibilidade afectiva, dificuldades na comunicação emocional, respostas inconsistentes aos sinais da criança e maior probabilidade de retraimento ou distanciamento emocional (Mikulincer et al., 2015). Estas alterações podem fragilizar a função de base segura, essencial para o processo de recuperação e adaptação da vítima.

Adicionalmente, a depressão materna pode influenciar negativamente a capacidade de validar as emoções da filha, oferecer suporte emocional adequado e participar activamente no processo terapêutico. A ausência de um vínculo seguro e de uma relação protectora consistente pode aumentar a vulnerabilidade da criança a dificuldades emocionais e comportamentais, comprometendo o seu ajustamento psicossocial a longo prazo (Dayton et al., 2010; Katz et al., 2007).

Por outro lado, estudos sugerem que, em algumas situações, a revelação da violência sexual pode fortalecer o vínculo mãe-filha, sobretudo quando a mãe consegue oferecer apoio emocional, acreditar no relato da criança e adoptar medidas protectoras eficazes. Nestes casos, a relação vincular funciona como um importante factor de protecção, favorecendo a recuperação emocional e reduzindo o impacto negativo do trauma (Cyr et al., 2013).

Assim, a teoria do apego oferece um enquadramento conceptual relevante para compreender que a violência sexual representa não apenas um evento traumático individual, mas também uma experiência relacional que afecta profundamente o funcionamento afectivo da díade mãe-filha. Neste sentido, o estudo da sintomatologia depressiva e das estratégias de coping adoptadas pelas mães deve considerar a qualidade da relação vincular e o modo como o trauma reorganiza os processos de cuidado, protecção e regulação emocional.

Stress vicário e sofrimento indirecto

O conceito de stress vicário constitui um importante referencial teórico para compreender o impacto psicológico da exposição indirecta ao trauma, particularmente em indivíduos que mantêm vínculos afectivos próximos com pessoas traumatizadas. Esta perspectiva parte do pressuposto de que a proximidade emocional com uma vítima de violência pode desencadear alterações significativas no funcionamento psicológico de quem acompanha, cuida ou testemunha o seu sofrimento (Figley, 1995).

Inicialmente, o conceito de stress vicário foi desenvolvido para descrever as consequências emocionais observadas em profissionais que trabalham directamente com vítimas de trauma, como psicólogos, assistentes sociais e profissionais de saúde. No entanto, investigações posteriores demonstraram que este fenómeno também pode ocorrer em familiares e cuidadores informais, sobretudo quando existe forte envolvimento afectivo e exposição contínua ao sofrimento da vítima (Bennett & Christian, 2023).

Embora existam diferenças conceptuais entre os termos stress vicário, traumatização secundária e fadiga por compaixão, estes constructos partilham a ideia central de que a exposição indirecta ao trauma pode produzir respostas emocionais semelhantes às observadas em indivíduos directamente afectados pelo evento traumático (Figley, 1995). Nesse sentido, o sofrimento psicológico emerge não da experiência directa da violência, mas da identificação emocional e da internalização da dor da pessoa traumatizada.

Autores como Widom (1999) e Levendosky e Graham-Bermann (2001) contribuíram para ampliar a compreensão deste fenómeno ao demonstrar que a exposição repetida ao sofrimento de vítimas de violência pode produzir efeitos emocionais cumulativos nos cuidadores. Estes efeitos incluem alterações na percepção de segurança, aumento da vulnerabilidade emocional, sentimentos persistentes de medo e dificuldades na regulação afectiva (Bennett & Christian, 2023).

No contexto da violência sexual contra crianças e adolescentes, as mães constituem um grupo particularmente vulnerável ao desenvolvimento de stress vicário. A revelação do abuso desencadeia um processo complexo de sofrimento emocional, marcado pela necessidade de conciliar o impacto da notícia com as exigências de cuidado, protecção e apoio à filha. Neste cenário, as mães não actuam como observadoras externas, mas como participantes activas de uma experiência traumática que afecta profundamente a dinâmica familiar e os vínculos afectivos. O stress vicário pode manifestar-se através de sentimentos persistentes de angústia, medo, tristeza, culpa, irritabilidade e desorganização emocional. Adicionalmente, podem surgir sintomas como pensamentos intrusivos relacionados com o abuso, hipervigilância, preocupação constante com a segurança da filha, dificuldades de sono, fadiga emocional e sensação de incapacidade para lidar com as exigências do quotidiano (Emirza & Bayrak, 2024).

A pressão para manter o funcionamento familiar, responder às exigências institucionais, participar em processos judiciais e garantir a protecção futura da criança contribui para o agravamento da sobrecarga emocional materna. Quando associadas à escassez de apoio social e institucional, estas exigências podem aumentar o risco de desenvolvimento de sintomatologia depressiva e outras formas de sofrimento psicológico (Bennett & Christian, 2023).

Importa salientar que o impacto do stress vicário não depende exclusivamente da gravidade do evento traumático, mas também de factores individuais e contextuais, tais como a qualidade da relação mãe-filha, a história prévia de trauma, as estratégias de coping disponíveis e a presença de redes de apoio social. Mães que dispõem de recursos emocionais adequados e de suporte familiar e institucional tendem a apresentar maior capacidade de adaptação e menor vulnerabilidade ao sofrimento traumático secundário (Emirza & Bayrak, 2024).

A pertinência desta abordagem para o presente estudo reside no facto de permitir compreender por que razão mães de raparigas vítimas de violência sexual podem desenvolver sintomatologia depressiva, mesmo não tendo sido directamente expostas ao abuso. Neste contexto, o sofrimento psicológico emerge da imersão emocional prolongada no trauma da filha, da partilha da sua dor e da internalização das consequências da violência. Assim, o conceito de stress vicário possibilita compreender a depressão materna como uma resposta relacional ao trauma, e não apenas como expressão de vulnerabilidade individual. Esta perspectiva reforça a necessidade de intervenções psicossociais que considerem as mães como vítimas indirectas da violência sexual, reconhecendo a importância do cuidado à saúde mental das figuras cuidadoras para promover a recuperação integral das crianças e adolescentes afectadas.

Modelo transaccional do stress e coping

A compreensão das respostas psicológicas das mães perante a violência sexual sofrida pelas suas filhas exige uma abordagem que reconheça o carácter dinâmico e contextual do sofrimento humano. Neste sentido, o modelo transaccional do stress e coping, desenvolvido por Richard Lazarus e Susan Folkman (1984), constitui um importante referencial teórico para analisar os processos de adaptação mobilizados diante de experiências altamente stressantes.

Segundo esta perspectiva, o stress não resulta exclusivamente das características objectivas do evento, nem constitui uma resposta automática do indivíduo. Pelo contrário, emerge da interacção entre a pessoa e o ambiente, sendo determinado pela forma como a situação é avaliada e pelos recursos percebidos para lidar com ela (Lazarus & Folkman, 1984). Assim, um mesmo acontecimento pode ser interpretado de formas distintas por diferentes indivíduos, produzindo respostas emocionais e comportamentais variadas.

O *coping*, por sua vez, é definido como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais constantemente modificados para gerir exigências internas ou externas consideradas excessivas ou superiores aos recursos pessoais disponíveis (Lazarus & Folkman, 1984). Nesta abordagem, o coping não deve ser entendido como um traço fixo de personalidade, mas como um processo dinâmico e flexível, influenciado pelas características do contexto, pelas experiências prévias, pelos recursos individuais e pelas redes de apoio social (Stanisławski, 2019).

O modelo transaccional pressupõe que a resposta ao stress ocorre através de um processo contínuo de avaliação cognitiva, composto por duas etapas centrais: a avaliação primária e a avaliação secundária. Na avaliação primária, o indivíduo interpreta o significado do evento e determina se este representa uma situação irrelevante, benéfica ou potencialmente stressante. Quando a situação é percebida como stressante, pode ser avaliada como dano ou perda, ameaça ou desafio. O dano refere-se às consequências negativas já ocorridas; a ameaça corresponde à antecipação de prejuízos futuros; e o desafio relaciona-se com a percepção de que, apesar das dificuldades, existem possibilidades de adaptação e crescimento pessoal (Lazarus & Folkman, 1984).

Na avaliação secundária, o indivíduo analisa os recursos disponíveis para enfrentar a situação, considerando aspectos como capacidades pessoais, apoio social, recursos financeiros, acesso a serviços especializados e experiências anteriores de enfrentamento. A forma como estes recursos são percebidos influencia directamente a escolha das estratégias de coping e a intensidade das respostas emocionais (Stanisławski, 2019).

Importa destacar que este processo é contínuo e dinâmico, uma vez que as avaliações podem ser constantemente revistas à medida que novas informações surgem ou que as circunstâncias se modificam. Este processo, denominado reavaliação cognitiva, permite ajustar as estratégias de coping em função das mudanças ocorridas no ambiente e das respostas obtidas (Lazarus & Folkman, 1984).

No contexto da violência sexual contra crianças e adolescentes, a revelação do abuso constitui um evento altamente stressante para as mães, desencadeando múltiplas exigências emocionais, familiares, sociais e institucionais. A interpretação que a mãe faz da situação, bem como a percepção dos recursos disponíveis para enfrentá-la, influenciam directamente a forma como irá responder ao sofrimento da filha e ao seu próprio sofrimento psicológico.

Lazarus e Folkman (1984) distinguem, de forma clássica, duas grandes funções do *coping*: o *coping* focalizado no problema e o *coping* focalizado na emoção.

O *coping* focalizado no problema envolve esforços dirigidos à modificação da situação geradora de stress ou das suas consequências. Inclui estratégias orientadas para a acção, como a procura de apoio institucional, a denúncia do agressor, a reorganização da rotina familiar, a busca de informações e a implementação de medidas de protecção da criança.

Por sua vez, o *coping* focalizado na emoção compreende estratégias destinadas a regular o sofrimento emocional associado ao evento stressor. Estas estratégias incluem a procura de suporte social, a expressão emocional, o autocontrolo, a reavaliação positiva e, em alguns casos, mecanismos de evitamento, como a negação e a fuga/esquiva (Lazarus & Folkman, 1984).

Importa salientar que nenhuma estratégia de *coping* é, por si só, intrinsecamente adaptativa ou desadaptativa. A eficácia de cada estratégia depende das características da situação e do contexto em que é utilizada. Em circunstâncias altamente complexas e emocionalmente exigentes, como a violência sexual, é comum que diferentes estratégias coexistam e sejam mobilizadas simultaneamente (Stanisławski, 2019).

Estudos indicam que mães de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual tendem a recorrer tanto a estratégias orientadas para a resolução de problemas quanto a mecanismos de regulação emocional, numa tentativa de lidar com a sobrecarga associada ao cuidado, à protecção da vítima e às exigências institucionais decorrentes da situação (Spătaru et al., 2024). A utilização de estratégias adaptativas, como a procura de apoio social e a reavaliação positiva,

tem sido associada a melhores indicadores de ajustamento psicológico, enquanto o uso predominante de estratégias evitativas pode contribuir para o agravamento da sintomatologia depressiva e para a manutenção do sofrimento emocional.

Neste sentido, o modelo transaccional do stress e *coping* apresenta particular relevância para a presente investigação, na medida em que permite compreender as estratégias mobilizadas pelas mães não como respostas aleatórias, mas como tentativas de adaptação face a uma experiência profundamente desorganizadora. Este enquadramento teórico possibilita analisar a relação entre sintomatologia depressiva e estratégias de *coping*, reconhecendo a complexidade das respostas emocionais e comportamentais desenvolvidas pelas mães de raparigas vítimas de violência sexual.

Outras dimensões do coping relevantes para o estudo

Embora a distinção clássica entre coping focalizado no problema e coping focalizado na emoção constitua um dos principais contributos do modelo transaccional de Lazarus e Folkman (1984), investigações posteriores ampliaram a compreensão deste construto, reconhecendo a diversidade e a complexidade das estratégias utilizadas pelos indivíduos perante situações de elevada exigência emocional.

Entre os desenvolvimentos mais relevantes destaca-se a diferenciação entre coping de aproximação e *coping* de evitação. Esta perspectiva enfatiza a direcção das respostas adoptadas face ao evento stressor, permitindo uma compreensão mais aprofundada dos mecanismos de adaptação mobilizados em contextos traumáticos (Merrill et al., 2001).

O *coping* de aproximação engloba estratégias orientadas para o confronto activo da situação, caracterizadas pela procura de soluções, pela busca de apoio e pela tentativa de atribuir significado à experiência vivida. Entre estas estratégias incluem-se a resolução de problemas, a procura de informação, a expressão emocional, a reavaliação positiva e a mobilização de recursos sociais. De forma geral, estas respostas favorecem a adaptação psicológica, uma vez que promovem maior percepção de controlo e facilitam a integração da experiência traumática (Merrill et al., 2001).

Por outro lado, o *coping* de evitação refere-se a estratégias orientadas para o afastamento físico, cognitivo ou emocional do problema. Estas incluem comportamentos de negação, distanciamento, minimização do impacto do evento, supressão de pensamentos e emoções, fuga psicológica e evitamento de situações que remetam ao trauma. Embora estas estratégias

possam proporcionar alívio emocional temporário, a sua utilização persistente tende a associar-se a maior sofrimento psicológico e a piores desfechos em termos de saúde mental (Merrill et al., 2001).

No contexto da violência sexual contra crianças e adolescentes, esta distinção assume particular relevância, uma vez que as mães podem recorrer simultaneamente a estratégias de aproximação e de evitação. Em determinados momentos, procuram apoio institucional, acompanham a filha nos serviços de saúde, participam nos processos legais e implementam medidas de protecção. Noutros, podem evitar pensar no abuso, afastar-se emocionalmente do sofrimento ou reprimir sentimentos intensos de culpa, medo e impotência.

A coexistência destas estratégias não deve ser interpretada como sinal de inconsistência ou fragilidade individual, mas como expressão da complexidade inerente ao enfrentamento de situações traumáticas. O recurso simultâneo a diferentes formas de *coping* reflecte as tentativas contínuas de adaptação a uma experiência que desafia profundamente os recursos emocionais, familiares e sociais disponíveis (Tremblay et al., 1999).

Importa salientar que as estratégias evitativas podem desempenhar uma função protectora em fases iniciais do trauma, permitindo uma redução temporária da sobrecarga emocional. No entanto, quando utilizadas de forma predominante e prolongada, podem dificultar o processamento emocional da experiência, comprometer a procura de ajuda e favorecer a manutenção ou agravamento da sintomatologia depressiva e de outras manifestações de sofrimento psicológico (Merrill et al., 2001).

Outra dimensão particularmente relevante para esta investigação é o *coping* social, entendido como a mobilização de recursos interpessoais para lidar com situações adversas. Esta forma de enfrentamento envolve a procura de apoio emocional, aconselhamento, ajuda prática, validação das experiências vividas e partilha de responsabilidades com familiares, amigos, profissionais de saúde, grupos comunitários ou instituições religiosas.

A literatura tem demonstrado que o suporte social constitui um importante factor de protecção em contextos de trauma, contribuindo para reduzir sentimentos de isolamento, desesperança e sobrecarga emocional. Adicionalmente, a percepção de disponibilidade de apoio favorece o desenvolvimento de estratégias adaptativas, aumenta a sensação de segurança e fortalece a capacidade de enfrentar situações stressantes (Emirza & Bayrak, 2024).

No caso das mães de raparigas vítimas de violência sexual, o *coping* social assume particular importância devido às múltiplas exigências decorrentes da experiência traumática. O acesso a redes de apoio pode facilitar a gestão das responsabilidades associadas ao cuidado da filha, ao acompanhamento institucional e à reorganização da dinâmica familiar. Além disso, o suporte recebido pode contribuir para a redução dos sentimentos de culpa e para a reconstrução do sentido de competência parental.

Contudo, a eficácia do *coping* social depende não apenas da existência de redes de apoio, mas também da qualidade das interações estabelecidas. Respostas marcadas por julgamento, culpabilização ou descrédito em relação ao relato da vítima podem agravar o sofrimento materno e limitar a procura de ajuda. Em contrapartida, ambientes acolhedores e relações baseadas na confiança e na empatia favorecem o ajustamento psicológico e promovem maior resiliência face à adversidade (Emirza & Bayrak, 2024).

Neste estudo, a consideração destas dimensões adicionais do *coping* permite compreender de forma mais abrangente as estratégias mobilizadas pelas mães diante da violência sexual sofrida pelas filhas. A análise integrada das respostas de aproximação, evitação e procura de suporte social contribui para uma interpretação mais sensível da relação entre os mecanismos de enfrentamento e a sintomatologia depressiva, reconhecendo a natureza dinâmica, multifacetada e relacional do processo de adaptação ao trauma.

Articulação entre depressão e coping no contexto do estudo

A compreensão da relação entre sintomatologia depressiva e estratégias de coping em mães de raparigas vítimas de violência sexual exige uma abordagem integradora, capaz de considerar a complexidade das experiências emocionais, relacionais e contextuais envolvidas. Nenhum referencial teórico, isoladamente, é suficiente para explicar a multiplicidade de factores que influenciam o sofrimento materno e as respostas adoptadas perante o trauma. Nesse sentido, a articulação entre as teorias do stress pós-traumático, do stress vicário, do apego e do modelo transaccional do stress e *coping* permite construir uma compreensão mais abrangente do fenómeno investigado.

A teoria do stress pós-traumático fornece uma base conceptual para compreender como a exposição indirecta a um evento traumático pode desencadear respostas emocionais intensas e persistentes. Embora as mães não tenham vivenciado directamente a violência sexual, a revelação do abuso, a exposição contínua ao sofrimento da filha e a necessidade de reorganização da vida familiar podem desencadear reacções compatíveis com sofrimento

traumático secundário, incluindo hipervigilância, medo persistente, pensamentos intrusivos, culpa e alterações do humor (Carmassi et al., 2021; Van der Kolk, 2014).

Complementarmente, o conceito de stress vicário permite compreender os mecanismos pelos quais a proximidade afectiva com a vítima favorece a internalização do sofrimento. A dor da filha, as incertezas quanto ao futuro e a responsabilidade percebida pela sua protecção tornam as mães particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Nesta perspectiva, o sofrimento psicológico materno emerge da imersão emocional prolongada no trauma da filha, sendo compreendido como uma resposta relacional ao evento traumático e não apenas como manifestação de vulnerabilidade individual (Figley, 1995; Bennett & Christian, 2023).

A teoria do apego acrescenta uma dimensão relacional fundamental a esta análise, ao evidenciar que a violência sexual afecta não apenas a vítima, mas também a qualidade do vínculo mãe-filha. A mãe desempenha um papel central enquanto figura de protecção e base segura, sendo responsável por oferecer suporte emocional, validar a experiência da criança e contribuir para a reconstrução do sentimento de segurança. Contudo, quando a mãe apresenta sofrimento psicológico significativo, a sua capacidade de exercer essas funções pode ser comprometida, afectando negativamente a dinâmica vincular e o processo de recuperação da filha (Bowlby, 1969; Mikulincer et al., 2015).

Neste contexto, a sintomatologia depressiva materna pode traduzir-se em menor disponibilidade afectiva, dificuldades na regulação emocional, sentimentos de impotência e redução da capacidade de resposta às necessidades da criança. Simultaneamente, a percepção de não conseguir desempenhar adequadamente o papel de cuidadora pode intensificar sentimentos de culpa e inadequação, contribuindo para a manutenção do sofrimento emocional.

Por sua vez, o modelo transaccional do stress e *coping* de Lazarus e Folkman (1984) permite compreender como as mães interpretam e respondem às exigências decorrentes da violência sexual. Segundo esta perspectiva, as estratégias de coping resultam da avaliação cognitiva do acontecimento e da percepção dos recursos disponíveis para enfrentá-lo. Assim, a forma como a mãe interpreta a violência sofrida pela filha, bem como a percepção do seu nível de controlo sobre a situação, influencia directamente as respostas emocionais e comportamentais adoptadas.

Neste quadro, a sintomatologia depressiva pode ser compreendida como resultado de um processo complexo, no qual trauma, vínculo afectivo, sobrecarga emocional e percepção de

descontrolo se interligam e se reforçam mutuamente. A intensidade do sofrimento materno não depende exclusivamente da gravidade do evento traumático, mas também da forma como este é significado, das estratégias mobilizadas para lidar com a situação e da disponibilidade de recursos pessoais, familiares e institucionais.

As estratégias de *coping*, por sua vez, representam os esforços cognitivos e comportamentais utilizados para gerir as exigências emocionais e práticas decorrentes da experiência traumática. Estratégias focalizadas no problema, como a procura de ajuda especializada, a denúncia do agressor e a implementação de medidas de protecção, podem favorecer a percepção de controlo e promover a adaptação. Em contrapartida, estratégias centradas na emoção, como a procura de suporte social e a reavaliação positiva, podem contribuir para a regulação do sofrimento psicológico. No entanto, o recurso predominante a estratégias evitativas, como a fuga/esquiva e a negação, tende a associar-se a maiores níveis de sintomatologia depressiva e a piores indicadores de ajustamento emocional (Stanisławski, 2019).

Desta forma, o enquadramento teórico adoptado sustenta a hipótese de que a experiência de violência sexual vivida pela filha pode repercutir-se significativamente na saúde mental materna, influenciando o tipo de estratégias de *coping* mobilizadas. Simultaneamente, permite compreender que a relação entre depressão e *coping* é dinâmica e bidireccional: a presença de sintomas depressivos pode condicionar a escolha das estratégias de enfrentamento, ao mesmo tempo que determinadas estratégias podem contribuir para reduzir ou intensificar o sofrimento psicológico.

A articulação entre os diferentes referenciais teóricos oferece, assim, uma base consistente para interpretar os resultados do presente estudo, evitando leituras reducionistas centradas exclusivamente na patologia individual. Ao integrar perspectivas sobre trauma, vínculo afectivo e adaptação ao stress, torna-se possível compreender a sintomatologia depressiva materna como parte de um processo relacional mais amplo, marcado pela interacção entre factores emocionais, familiares e contextuais.

Para além da sua função descritiva, este enquadramento assume igualmente um papel analítico e interventivo. Os modelos teóricos utilizados orientam a interpretação dos achados e oferecem fundamentos para o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais integradas, capazes de reconhecer as mães como vítimas indirectas da violência sexual e de promover cuidados que contemplem simultaneamente a recuperação da criança e o bem-estar psicológico da sua rede primária de suporte.

6. Objectivos

6.1. Geral

- Avaliar as estratégias de *coping* adoptadas pelas mães das raparigas vítimas de violência sexual com sintomatologia depressiva no CAIVV do Hospital Geral de Mavalane.

6.2. Específicos

- Identificar o nível de sintomatologia depressiva em mães de raparigas vítimas de violência sexual.
- Descrever as estratégias de *coping* adoptadas pelas mães das raparigas vítimas de violência sexual com sintomatologia depressiva.
- Correlacionar os níveis de gravidade da depressão identificada e o tipo de mecanismo de *coping* utilizado pelas mães.

7. Metodologia

7.1. Tipo de estudo

Para responder aos objectivos propostos, foi delineado um estudo de abordagem quantitativa, com um desenho transversal de natureza descritiva e correlacional. A opção por uma abordagem quantitativa fundamenta-se na necessidade de mensurar de forma objectiva fenómenos psicológicos específicos, nomeadamente a presença e intensidade da sintomatologia depressiva e os tipos de estratégias de *coping* adoptadas pelas participantes. Este tipo de abordagem permite transformar fenómenos subjectivos em variáveis mensuráveis, possibilitando a análise estatística e a identificação de padrões e associações entre diferentes dimensões do fenómeno em estudo (Cooper *et al.*, 2012; Field, 2024; Stanisławski, 2019).

O desenho transversal caracteriza-se pela recolha de dados num único momento temporal, permitindo obter uma “fotografia” da situação das participantes no período em que o estudo foi realizado. Embora este tipo de desenho não permita estabelecer relações de causalidade entre as variáveis, é particularmente adequado para descrever fenómenos psicológicos e sociais em populações específicas e explorar relações estatísticas entre variáveis de interesse (Setia, 2016; Siedlecki, 2020). Neste estudo, o desenho transversal possibilitou avaliar simultaneamente a presença de sintomatologia depressiva nas mães participantes e as estratégias de *coping* mobilizadas para lidar com a experiência traumática vivida pelas suas filhas.

A natureza descritiva do estudo permitiu caracterizar o perfil das participantes e identificar os níveis de sintomatologia depressiva existentes no grupo investigado, bem como mapear as estratégias de *coping* mais frequentemente utilizadas. Este tipo de análise fornece informações importantes sobre a distribuição das variáveis estudadas e contribui para uma compreensão mais detalhada do fenómeno no contexto específico em que ocorre (Sokratis *et al.*, 2017; Acebes-Sánchez *et al.*, 2019).

A componente correlacional teve como objectivo examinar a existência de relações estatisticamente significativas entre a sintomatologia depressiva e as estratégias de *coping* utilizadas pelas participantes. A análise correlacional permite identificar padrões de associação entre variáveis psicológicas, possibilitando compreender se determinados tipos de estratégias de enfrentamento estão relacionados com níveis mais elevados ou mais reduzidos de sintomatologia depressiva. Desta forma, torna-se possível explorar de que maneira as respostas

cognitivas e comportamentais das mães podem estar associadas ao seu estado emocional (Curtis *et al.*, 2016; Bianca *et al.*, 2022).

Assim, o delineamento metodológico adotado mostrou-se adequado para alcançar os objectivos da investigação, uma vez que permitiu descrever o fenómeno estudado e explorar possíveis relações entre a sintomatologia depressiva e as estratégias de *coping* mobilizadas pelas mães de raparigas vítimas de violência sexual.

7.2. Local do estudo

O estudo foi realizado no CAIVV do Hospital Geral de Mavalane. Esta unidade sanitária está localizada na Av. FPLM, na cidade de Maputo. Possui uma capacidade de 390.670, de acordo com o censo de 2017. O CAIVV é um serviço que conta com uma equipa multidisciplinar composta por médico legista, médicos clínicos gerais, psicólogos, assistente social, agentes da polícia e procuradores, que oferece atendimento integrado a vítimas de violência sexual, psicológica e física. O centro funciona todos os dias, incluindo fins-de-semana, no horário das 7h30 às 19h30. Atende à população da cidade de Maputo e também funciona como centro escola. A porta de entrada para os usuários que procuram o centro é a polícia, a comunidade e outras unidades de saúde da região periférica.

7.3. Período do estudo

A recolha de dados decorreu no período de Agosto à Dezembro de 2024 após a autorização para a sua realização (a longevidade do período de recolha de dados deveu-se à crise pós-eleitoral vivenciada no país).

7.4. População do estudo, amostra, amostragem ou modo de selecção dos participantes

7.4.1. População do estudo

A população do estudo foi composta por mães das raparigas vítimas de violência sexual atendidas no CAIVV de Mavalane. Sendo que CAIVV atende por ano uma média de 132 raparigas vítimas de violência sexual.

7.4.2. Amostra

A amostra foi definida por conveniência e incluiu mães que, após a obtenção do consentimento informado, participaram na avaliação inicial e apresentaram sintomatologia depressiva moderada ou grave, conforme identificado na triagem realizada no âmbito do estudo. Desta forma, participaram 30 mães. O tamanho amostral alcançado atende às recomendações mínimas para estudos quantitativos descritivos e correlacionais exploratórios, garantindo validade estatística básica (Field, 2024). Além disso, considerando a população estimada de cerca de 132 mães elegíveis por ano no serviço, o tamanho obtido é consistente com o número de participantes disponíveis no período previsto de coleta.

7.5. Critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

- Ser mãe de rapariga vítima de violência sexual atendida no CAIVV do HGM;
- Apresentar pelo menos a pontuação moderada na sintomatologia depressiva;
- Aceitar fazer parte do estudo e conceder o consentimento livre e informado.

Foram considerados como critérios de exclusão:

- Apresentar sintomatologia depressiva leve.
- Apresentar uma condição médica incapacitante e/ou linguística.
- Exigir recompensa monetária.

7.6. Procedimentos, técnicas e instrumentos de recolha de dados

7.6.1. Procedimentos

A realização do estudo foi precedida pela submissão do projecto ao Comité Institucional de Bioética para a Saúde da Faculdade de Medicina e do Hospital Central de Maputo (CIBS-FM-HCM), tendo sido obtida a respectiva aprovação para a sua implementação. Após este parecer favorável, estabeleceu-se articulação com a instituição hospitalar e com os profissionais envolvidos, com vista à organização das etapas subsequentes do trabalho de campo.

Posteriormente, procedeu-se ao convite dirigido às potenciais participantes, sendo-lhes apresentada uma explicação detalhada sobre os objectivos, procedimentos e relevância do estudo. Este momento inicial permitiu clarificar todas as informações necessárias, favorecendo um ambiente de confiança, transparência e compreensão mútua entre investigadora e

participantes. Foram igualmente fornecidos esclarecimentos sobre os instrumentos a serem utilizados durante o processo de recolha de dados.

As participantes que manifestaram interesse em integrar o estudo formalizaram a sua participação mediante a assinatura do termo de consentimento livre e informado. Após este procedimento, deu-se início à aplicação dos instrumentos de recolha de dados, realizada de forma individual, em ambiente reservado e seguro, garantindo as condições adequadas de privacidade e confidencialidade.

7.6.2. Instrumentos de recolha de dados

No processo de recolha de dados, foram utilizados 1 questionário de dados sociodemográficos e 3 instrumentos de avaliação: Fica Bem, PHQ-9 e o Inventário de Estratégias de *coping* de Folkman e Lazarus.

O questionário sociodemográfico foi desenvolvido para o presente estudo, com o objectivo de caracterizar as participantes em termos de variáveis pessoais, familiares e socioeconómicas.

O "Fica Bem" foi usado como um rastreador de doenças mentais. Ele é rápido e pode ser aplicado por profissionais de saúde não especializados em saúde mental. O objectivo é identificar sinais e sintomas de problemas de saúde mental, como ansiedade, depressão e *stress*. É utilizado em populações a partir dos 11 anos de idade até adultos e foi validado para a população moçambicana. No entanto, é importante destacar que o "Fica Bem" não é um diagnóstico médico, mas uma triagem para indicação de uma avaliação mais aprofundada (Lovero *et al.*, 2021).

Para a avaliação da sintomatologia depressiva, recorreu-se ao *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), um instrumento amplamente utilizado na prática clínica e em investigação, reconhecido pela sua robustez psicométrica e facilidade de aplicação. Este questionário integra nove itens que operacionalizam os principais critérios diagnósticos de depressão, permitindo uma avaliação estruturada da frequência dos sintomas num período de referência correspondente às duas semanas que antecedem a aplicação. A configuração do PHQ-9 baseia-se nos critérios estabelecidos pelo DSM-IV, possibilitando não apenas a identificação de manifestações depressivas, mas também a sua diferenciação em termos de gravidade. A interpretação dos resultados assenta na frequência com que os sintomas são reportados, sendo esta dimensão central para a classificação dos quadros clínicos. Assim, a presença recorrente de um conjunto significativo de sintomas ao longo do período quinzenal constitui um indicador

relevante de comprometimento emocional. De forma mais específica, a identificação de um quadro compatível com depressão major ocorre quando cinco ou mais dos nove sintomas avaliados estão presentes na maior parte dos dias durante as duas semanas anteriores, sendo obrigatória a inclusão de pelo menos um dos sintomas nucleares, nomeadamente humor deprimido ou perda de interesse ou prazer. Por sua vez, a depressão menor é considerada quando entre dois e quatro sintomas se manifestam com frequência semelhante no mesmo intervalo temporal, mantendo-se igualmente a exigência de um dos sintomas centrais. Esta distinção permite uma leitura diferenciada da intensidade da sintomatologia depressiva (Cumbe *et al.*, 2020).

No contexto deste estudo, a utilização do PHQ-9 mostrou-se particularmente pertinente, na medida em que possibilitou a quantificação dos níveis de depressão nas participantes, servindo de base para a análise da sua associação com as estratégias de *coping* identificadas. A sua aplicação contribuiu, assim, para uma avaliação mais objectiva e sistematizada da dimensão emocional em análise, reforçando a consistência metodológica da investigação.

O Inventário de *coping* de Folkman e Lazarus (1984), utilizado na versão adaptada para o português por Savóia *et al.*, (1996), embora sem validação específica para o contexto moçambicano, é um instrumento de avaliação que mede estratégias de enfrentamento ou adaptação diante de situações de *stress*. Ele busca identificar como uma pessoa lida com desafios e estímulos negativos, em termos de estratégias cognitivas e comportamentais. O inventário permite compreender os recursos e capacidades de enfrentamento de indivíduos, fornecendo informações valiosas para o desenvolvimento de intervenções psicológicas adequadas.

No estudo destes dois autores, a escala consiste em 8 diferentes “factores”, sugeridos pela análise factorial, cada um avaliando a extensão com que um sujeito utiliza estratégias de *coping*. São os seguintes os factores encontrados:

- Factor 1 - confronto (itens 46, 7, 17, 28, 34 e 6);
- Factor 2 - afastamento (itens 44, 13, 41, 21, 15 e 12);
- Fator 3 - autocontrolo (itens 14, 43, 10, 35, 54, 62 e 63);
- Factor 4 - suporte social (itens 8, 31, 42, 45, 18 e 22);
- Factor 5 - aceitação de responsabilidade (itens 9, 29, 51 e 25);
- Factor 6 - fuga-esquiva (itens 58, 11, 59, 33, 40, 50, 47 e 16);
- Factor 7 - resolução de problemas (itens 49, 26, 1, 39, 48 e 52);

- Factor 8 - reavaliação positiva (itens 23, 30, 36, 38, 60, 56 e 20).

7.7. Plano de gestão e análise de dados

7.7.1. Gestão de dados

Todos os dados colhidos foram armazenados em formato electrónico numa base de dados do Excel. Após a limpeza, organização e revisão constates e, a não constatação de anormalidades nos dados, deu-se iniciou com o processo de análise estatística no SPSS V. 22.0. Ressalta-se que somente a estudante, o técnico de estatística e a supervisora tiveram acesso aos dados e o tratamento esteve dos mesmos integrantes.

7.7.2. Análise de dados

Os dados colectados foram digitados e organizados em uma planilha eletrónica no *Microsoft Excel* e posteriormente exportados para o software IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 22, para análise estatística. Inicialmente, foram realizadas análises descritivas para caracterizar a amostra em termos de variáveis sociodemográficas e clínicas, por meio de frequências absolutas e relativas (%) para variáveis categóricas (como estado civil, escolaridade, religião, profissão, residência e níveis de gravidade da depressão) e medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo) para variáveis numéricas (como idade e escores dos instrumentos).

Para descrever os níveis de sintomatologia depressiva, foram apresentadas as frequências e percentuais das participantes em cada categoria do PHQ-9 (leve, moderada e grave), bem como a média e o desvio padrão do escore total do PHQ-9.

Para as estratégias de *coping*, foram calculados os escores médios, desvios padrão, mínimo e máximo dos oito fatores do Inventário de Estratégias de *Coping* (IEC), permitindo identificar as estratégias mais e menos utilizadas pelas participantes.

Para avaliar a associação entre os níveis de sintomatologia depressiva (escore total do PHQ-9) e as estratégias de *coping* (escores médios dos fatores do IEC), foi realizada análise de correlação, utilizando o Coeficiente de *Spearman*, em virtude da natureza ordinal das variáveis e da ausência de garantia de normalidade nos dados. O nível de significância adotado para todas as análises foi de 5% ($p < 0,05$).

Para comparar as estratégias de *coping* entre as mães com diferentes níveis de depressão, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann–Whitney U. A escolha desse teste se justifica por tratar-se de dois grupos independentes (depressão moderada e muito grave) e por não haver garantia de normalidade na distribuição dos escores dos fatores do Inventário de Estratégias de *Coping* (IEC), que são derivados de escalas psicométricas. Além disso, o tamanho reduzido da amostra ($n = 30$) não atende aos pressupostos necessários para análises paramétricas como o teste t de Student para amostras independentes. Dessa forma, o uso de um teste não paramétrico como o Mann–Whitney U oferece maior robustez estatística e adequação ao delineamento do estudo e à natureza dos dados coletados

Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos para facilitar a compreensão e a visualização dos dados.

7.7.3. Variáveis

Objetivos	Variáveis	Instrumentos
Avaliar o nível de sintomatologia depressiva em mães de raparigas vítimas de violência sexual.	Sintomatologia depressiva.	FICA BEM PHQ-9
Descrever as estratégias de <i>coping</i> adotadas pelas mães das raparigas vítimas de violência sexual com sintomatologia depressiva.	Estratégias de <i>coping</i> .	Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>
Correlacionar os níveis de gravidade da depressão identificada e o tipo de mecanismo de <i>coping</i> utilizado pelas mães.	Correlação dos níveis da depressão e estratégia de <i>coping</i> .	PHQ-9 + IEC
Variáveis sociodemográficas	Idade, estado civil, escolaridade, profissão, residência/ morada, religião.	

8. Considerações éticas

8.1. Normas éticas

Sendo um estudo sensível e que envolveu experiências traumáticas, tornou-se importante levar em consideração a ética e o bem-estar dos participantes, como a privacidade e a confidencialidade dos dados pessoais.

O projecto de investigação foi previamente encaminhado para avaliação ética junto do Comité Institucional de Bioética para a Saúde da Faculdade de Medicina e do Hospital Central de Maputo (CIBS-FM-HCM), tendo recebido parecer favorável para a sua implementação. Na sequência desta aprovação, foi formalizada a comunicação com a instituição onde decorreu o estudo, mediante apresentação do documento de autorização, assegurando as condições necessárias para a realização da recolha de dados.

8.2. Recrutamento e Consentimento informado

O recrutamento das participantes e a recolha de dados decorreram de forma integrada. Após o consentimento informado, todas as mães participaram numa avaliação inicial, na qual foi aplicado o instrumento “Fica Bem”, utilizado como ferramenta de rastreio de saúde mental.

Com base nesta avaliação inicial, foram identificadas as participantes com indicativos de sintomatologia depressiva, que foram posteriormente avaliadas quanto à gravidade dos sintomas através do *PHQ-9*.

As participantes que apresentaram sintomatologia depressiva moderada a grave constituíram o grupo de interesse para análise aprofundada, sendo-lhes aplicado o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus.

8.3. Avaliação de benefícios e riscos

A investigadora responsável pelo estudo não possui nenhuma relação de interesse conflitante, sendo o mesmo desenvolvido exclusivamente com o objectivo de obter um grau académico. Embora as participantes não tenham recebido benefícios directos ao participarem da pesquisa, as informações fornecidas por elas podem contribuir significativamente para a melhoria do atendimento prestado aos cuidadores das meninas e dos seus familiares vítimas de violência sexual. Os resultados obtidos serão compartilhados integralmente com todas as mães que participarem do estudo, além de serem disponibilizados aos funcionários do Centro de Apoio

Integrado às Vítimas de Violência (CAIVV) de Mavalane e outros colegas envolvidos no atendimento às vítimas de violência. Essa ampla divulgação dos resultados visa promover a disseminação do conhecimento adquirido, encorajando a reflexão e o aprimoramento das práticas de apoio e assistência às vítimas. Portanto, o estudo é conduzido de forma isenta de interesses pessoais ou institucionais conflitantes, buscando contribuir efetivamente para a qualidade do cuidado e suporte oferecidos aos cuidadores das jovens que enfrentaram situações de violência sexual. A pesquisa contribuirá para a compreensão desse fenómeno específico, fornecendo subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias de apoio mais eficazes para as famílias afetadas.

Quanto aos riscos houve possibilidade de viés na colecta de dados por meio de questionários auto administrados, pois as participantes podem responder de forma superficial ou leviana. Para minimizar essa questão, os questionários foram anónimos e o investigador esteve presente durante a administração, proporcionando esclarecimentos sobre as questões, quando necessário. Apesar dessas limitações, medidas foram implementadas para mitigar possíveis distorções nos dados, visando obter informações valiosas que pudessem contribuir para a compreensão e melhoria do atendimento às vítimas e seus cuidadores. O estudo reconhece essas restrições como desafios a serem superados e buscou realizar o trabalho da maneira mais rigorosa e abrangente possível dentro das limitações delineadas

8.4. Confidencialidade

A investigação respeitou integralmente os princípios éticos aplicáveis à investigação com seres humanos, nomeadamente os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e confidencialidade. Considerando a natureza sensível da temática abordada e a vulnerabilidade emocional das participantes, foram adoptadas medidas específicas para garantir a protecção da sua privacidade e bem-estar ao longo de todas as fases do estudo.

A participação no estudo foi voluntária, tendo sido assegurado a todas as participantes o direito de recusar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo no acesso aos serviços prestados pelo Centro de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência (CAIVV). Antes da recolha de dados, as participantes receberam informações claras e detalhadas sobre os objectivos da investigação, os procedimentos envolvidos, os potenciais riscos e benefícios, bem como sobre as garantias de confidencialidade e anonimato. Após o esclarecimento de todas as dúvidas, foi solicitado o consentimento livre e esclarecido por escrito.

Para garantir a confidencialidade das informações prestadas, foram implementadas medidas rigorosas de protecção dos dados. Todas as entrevistas foram realizadas em ambientes privados e reservados, assegurando condições adequadas de segurança, conforto e privacidade, de modo a favorecer a livre expressão das participantes e minimizar o risco de exposição indevida.

Os termos de consentimento informado, devidamente assinados, foram armazenados separadamente dos instrumentos de recolha de dados, em arquivo físico específico, mantido em local seguro e de acesso restrito exclusivamente à investigadora e à supervisão do estudo. Esta separação visou impedir qualquer associação entre a identidade das participantes e as informações recolhidas.

Adicionalmente, não foram registados nomes, contactos ou quaisquer outros elementos que permitissem a identificação directa das participantes nos formulários de recolha de dados. Em substituição, foi utilizado um sistema de codificação alfanumérica, através da atribuição de números de identificação únicos (ID) a cada participante. Este procedimento garantiu o anonimato e assegurou que a identidade das mães permanecesse dissociada dos dados analisados e de quaisquer relatórios, apresentações ou publicações resultantes da investigação.

A confidencialidade foi rigorosamente mantida em todas as etapas do estudo, desde a recolha, armazenamento e processamento dos dados até à sua análise e divulgação. Os resultados foram apresentados exclusivamente de forma agregada, impossibilitando a identificação individual das participantes.

Reconhecendo o potencial impacto emocional associado à abordagem de experiências relacionadas com a violência sexual, a investigadora adoptou uma postura empática, acolhedora e não julgadora durante todo o processo de recolha de dados. Sempre que necessário, as participantes foram orientadas para os serviços de apoio psicológico disponíveis no CAIVV.

Deste modo, todas as precauções adoptadas tiveram como objectivo salvaguardar a dignidade, a privacidade e o bem-estar das participantes, promovendo um ambiente de confiança e segurança que permitisse a partilha das suas experiências com o máximo respeito e sensibilidade.

9. Limitações do estudo

Apesar da relevância científica e prática do presente estudo, algumas limitações devem ser reconhecidas, uma vez que podem influenciar a interpretação e a generalização dos resultados.

Em primeiro lugar, destaca-se o reduzido tamanho da amostra, constituída por 30 participantes, o que limita a representatividade dos achados e restringe a possibilidade de generalização para outras populações e contextos. Adicionalmente, a dimensão amostral reduzida pode ter condicionado a realização de análises estatísticas mais robustas, limitando a identificação de associações ou diferenças que poderiam contribuir para uma compreensão mais aprofundada do fenómeno investigado.

Outra limitação refere-se ao delineamento transversal adoptado, que possibilitou a avaliação das participantes num único momento temporal. Consequentemente, não foi possível estabelecer relações de causalidade entre a sintomatologia depressiva e as estratégias de *coping* identificadas, nem acompanhar a evolução destas variáveis ao longo do tempo.

Verificou-se igualmente escassez de literatura nacional e regional sobre a saúde mental de mães de vítimas de violência sexual, particularmente no contexto moçambicano. Esta limitação dificultou a comparação dos resultados com estudos realizados em contextos socioculturais semelhantes, exigindo maior recurso à literatura internacional, cujas especificidades podem não reflectir integralmente a realidade local.

Importa ainda considerar que a amostra foi constituída por mães previamente seleccionadas através do instrumento FICA BEM e, posteriormente, avaliadas com o Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Embora estes instrumentos permitam identificar a presença e a gravidade da sintomatologia depressiva, não possibilitam determinar a origem específica dos sintomas apresentados. Assim, é possível que a sintomatologia depressiva observada esteja associada, total ou parcialmente, a outros factores de natureza pessoal, familiar, social ou económica, e não exclusivamente à experiência de ter uma filha vítima de violência sexual.

Adicionalmente, a utilização exclusiva de uma abordagem quantitativa limitou a compreensão aprofundada das experiências subjectivas das participantes, nomeadamente dos significados atribuídos ao trauma, das dinâmicas familiares e dos factores contextuais que influenciam a adopção de determinadas estratégias de coping.

Neste sentido, recomenda-se que futuras investigações adoptem delineamentos longitudinais e metodologias mistas, combinando abordagens quantitativas e qualitativas. A inclusão de

entrevistas ou grupos focais poderá contribuir para uma compreensão mais abrangente das experiências maternas, permitindo explorar de forma mais aprofundada a relação entre a violência sexual, a sintomatologia depressiva e as estratégias de coping mobilizadas pelas mães.

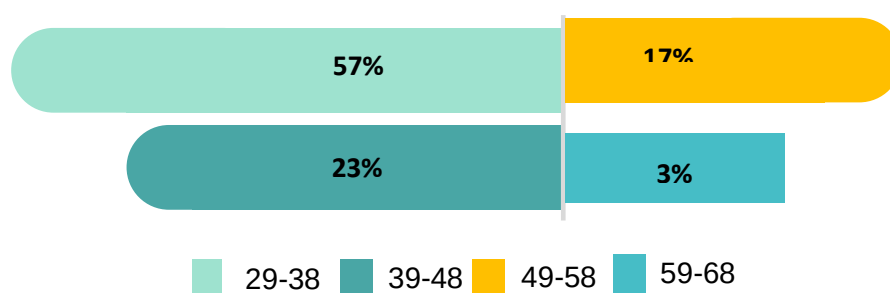
10. Resultados e discussão

10.1. Resultados

Esta secção apresenta os resultados obtidos a partir da análise dos dados coletados junto às 30 mães de raparigas vítimas de violência sexual atendidas no Centro de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência (CAIVV) do Hospital Geral de Mavalane. Os resultados são apresentados em consonância com os objectivos específicos do estudo, abordando inicialmente a caracterização sociodemográfica das participantes, seguida da avaliação dos níveis de sintomatologia depressiva, da descrição das estratégias de *coping* mais utilizadas e, por fim, da análise da correlação entre os níveis de depressão e os tipos de estratégias de enfrentamento adotadas. Os dados são apresentados em forma de tabelas e gráficos para facilitar a compreensão e a visualização das principais tendências observadas na amostra.

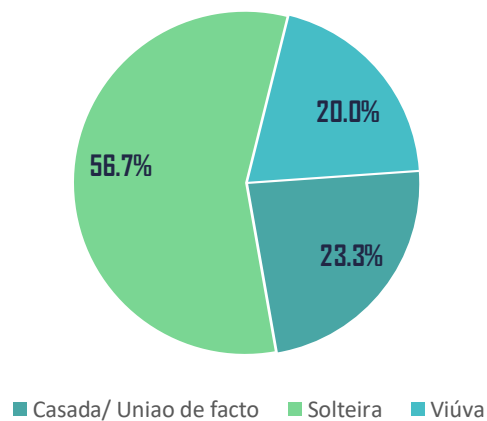
10.1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Gráfico 1. Distribuição das participantes por faixa etária.



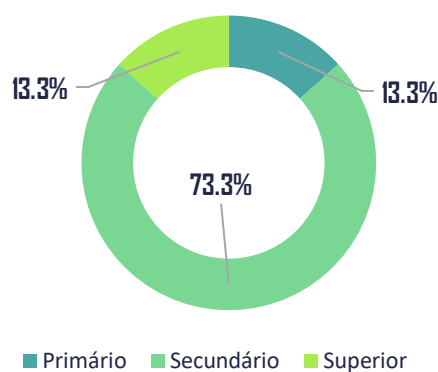
A distribuição das participantes por faixa etária é apresentada no gráfico 1. Observa-se que a maioria das mães encontrava-se entre 29 e 38 anos (57%), seguida das faixas de 39 a 48 anos (23%), 49 a 58 anos (17%) e 59 a 68 anos (3%).

Gráfico 2: Distribuição das participantes por estado civil.



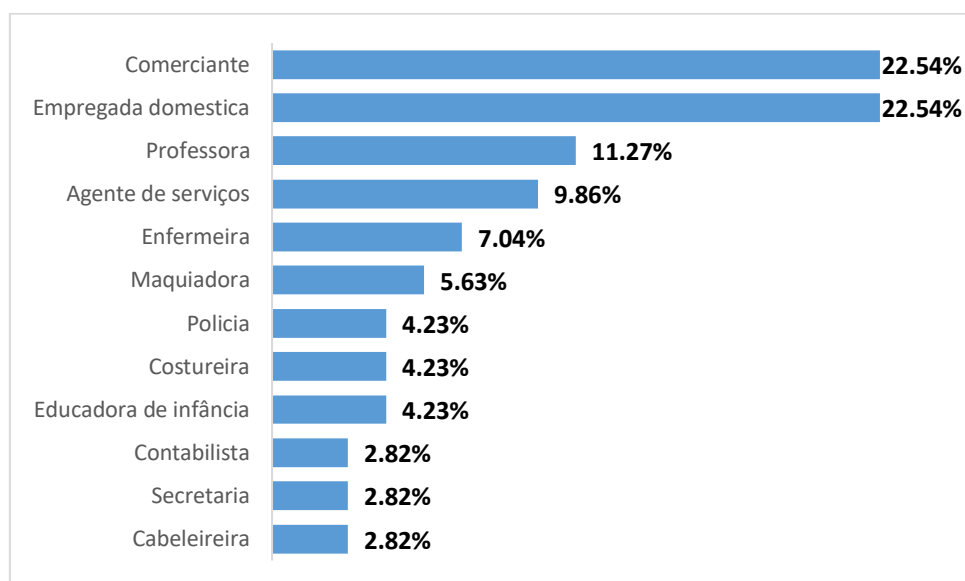
Quanto ao estado civil, conforme ilustrado no gráfico 2, mais da metade das participantes (56,7%) era solteira, enquanto 23,3% eram casadas/ em união de facto e 20% viúvas.

Gráfico 3: Distribuição das participantes por nível de escolaridade.



Em relação ao nível de escolaridade (Gráfico 3), 73,3% das mães possuíam o ensino secundário completo, 13,3% haviam concluído o ensino primário e 13,3% tinham nível superior completo.

Gráfico 4: Distribuição das participantes por profissão

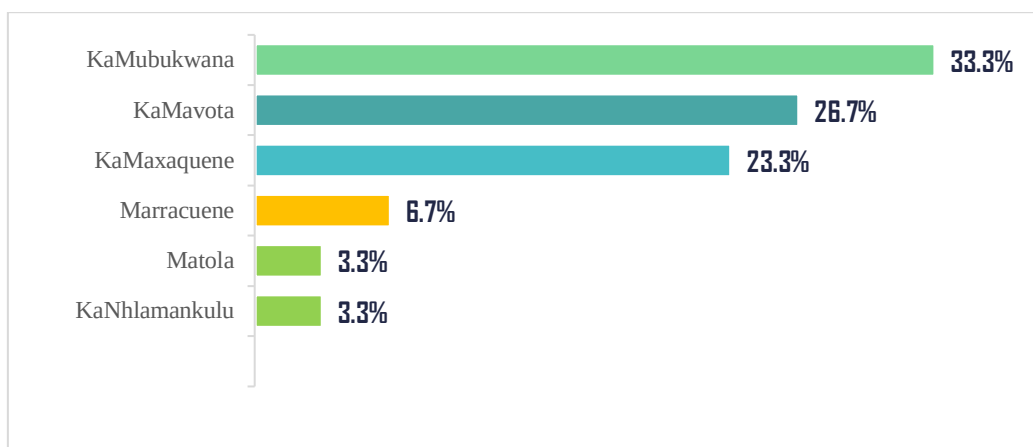


A distribuição profissional revela um predomínio de ocupações frequentemente associadas a contextos laborais de informalidade e baixa estabilidade, destacando-se a elevada presença de empregadas domésticas (22,54%) e comerciantes (22,54%). Esses dados sugerem que uma parte significativa das participantes está inserida em atividades economicamente vulneráveis, o que pode influenciar sua disponibilidade emocional, financeira e social no processo de apoio às filhas que apresentam sintomatologia depressiva após a experiência de violência sexual.

As percentagens associadas a profissões como professora (11,27%) e agente de serviços (9,86%) indicam que uma parte das mães exerce funções formais ou semi-formais, podendo, potencialmente, ter maior acesso a recursos institucionais e redes de apoio. Já profissões como enfermeira (7,04%) e maquiadora (5,63%) demonstram uma presença reduzida, mas relevante, de mulheres inseridas em setores específicos com níveis distintos de exigência técnica e estabilidade.

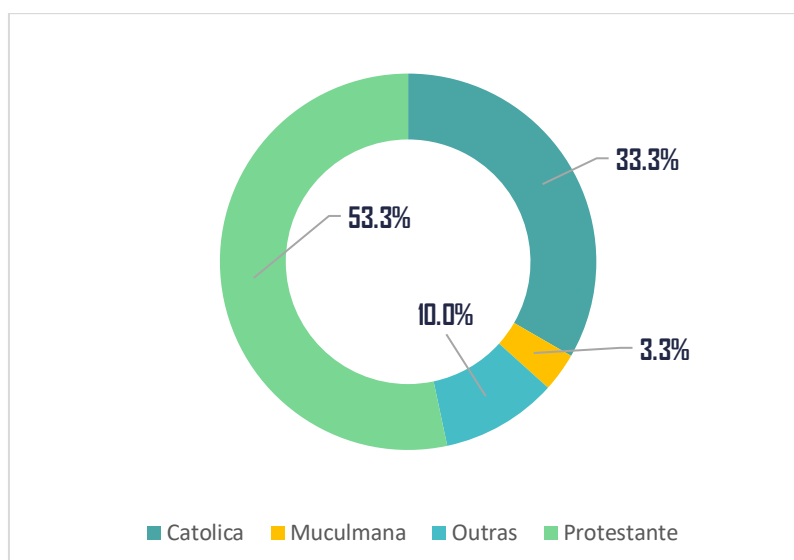
As categorias com percentagens mais baixas, educadora de infância, costureira e polícia (4,23% cada), bem como cabeleireira, secretária e contabilista (2,82% cada) evidenciam a diversidade ocupacional entre as mães, indicando que o fenómeno em estudo atravessa distintos perfis socioeconómicos e profissionais.

Gráfico 5: Distribuição das participantes por distrito de Residência



A distribuição das participantes segundo o distrito de residência é apresentada no gráfico 5. Verifica-se que a maior parte das mães (33,3%) reside no distrito de KaMubukwana, enquanto (26,7%) residem no distrito de KaMavota, (23,3%) reside no distrito de KaMaxaquene, (6,7%) reside no distrito de Marracuene e os demais (6,6%) residem nos distritos de Matola, KaNhlamankulu.

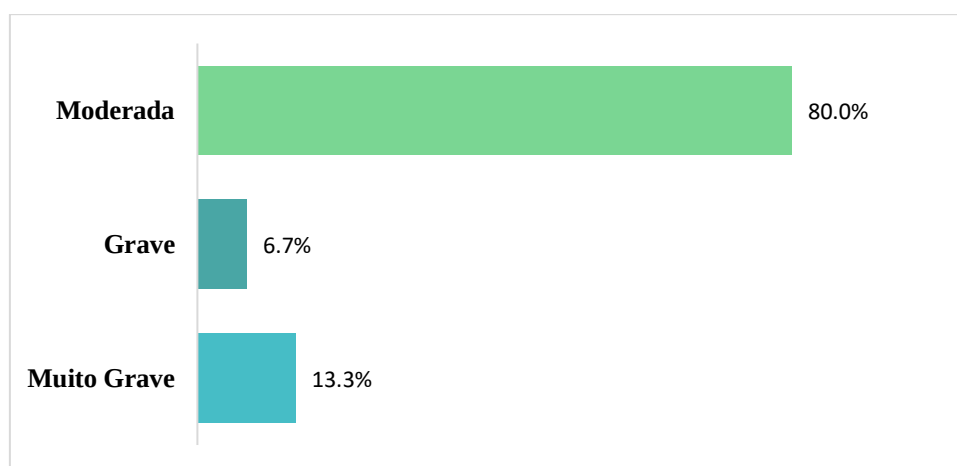
Gráfico 6: Distribuição das participantes segundo filiação religiosa.



Em relação à filiação religiosa, ilustrada no gráfico 6, observou-se que 53,3% das participantes declararam-se protestantes, 33,3% afirmaram ser Católicas, 3,3% Muçulmanas e 10% afirmaram seguir outra religião.

10.1.2. Nível de sintomatologia depressiva

Gráfico 7: Nível de sintomatologia depressiva



Das 30 mães participantes do estudo, 80% apresentaram sintomas depressivos classificados como Moderados, enquanto 6,7% apresentaram sintomatologia Grave e 13,3% apresentaram sintomas Muito Graves, de acordo com os pontos de corte do PHQ-9. O escore total médio do PHQ-9 foi de 11,0 (DP = 4,8), com valores mínimos e máximos variando entre 10 e 25. Estes achados sugerem que a maioria das mães apresenta um quadro significativo de sintomatologia depressiva, compatível com a gravidade do contexto de violência vivenciado por suas filhas. A distribuição dos níveis de depressão pode ser visualizada no gráfico 7.

10.1.3. Estratégias de *coping*

Tabela 1 apresenta as médias, desvios padrão, valores mínimos e máximos dos escores obtidos nos oito factores do Inventário de Estratégias de *Coping* (IEC), aplicados às 30 mães participantes. Observa-se que a estratégia mais utilizada foi a reavaliação positiva (média = 13,8; DP = 3,7), seguida de suporte social (média = 12,6; DP = 3,5), fuga/esquiva (média = 11,8; DP = 3,8), resolução de problemas (média = 11,4; DP = 3,2) e autocontrole (média = 11,2; DP = 3,7). Por outro lado, as estratégias menos empregadas foram confronto (média = 10,0; DP = 3,4), afastamento (média = 7,9; DP = 3,6) e aceitação de responsabilidade (média = 6,8; DP = 3,0).

Esse padrão indica uma predominância do uso de estratégias adaptativas e pró-ativas, como reavaliação positiva, resolução de problemas e busca de apoio social, que estão associadas a maior enfrentamento activo do stressor. Por outro lado, o menor uso de estratégias como aceitação de responsabilidade e afastamento sugere menor tendência a mecanismos de enfrentamento passivo ou evitativo. Contudo, a média relativamente alta para fuga/esquiva indica que também estão presentes, de forma significativa, mecanismos de evitação, possivelmente relacionados ao impacto emocional intenso do contexto vivido.

Tabela 1. Médias, desvios padrão, valores mínimo e máximo dos escores nos fatores do Inventário de Estratégias de *Coping* (IEC) entre as participantes.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Confronto	3	16	10,0	3,4
Afastamento	2	17	7,9	3,6
Autocontrole	2	18	11,2	3,7
Social	6	20	12,6	3,5
Aceitação	2	13	6,8	3,0
Fuga/esquiva	4	19	11,8	3,8
Reavaliação positiva	6	21	13,8	3,7
Resolução de problemas	7	17	11,4	3,2

1. Correlação dos níveis de depressão com as estratégias de *coping*

Tabela 2. Coeficientes de correlação de Spearman entre os níveis de sintomatologia depressiva (PHQ-9) e os escores médios das estratégias de *coping* do IEC entre as participantes

	Nível de Depressão	Confronto	Afastamento	Autocontrole	Social	Aceitação	Fuga/esquiva	Reavaliação positiva	Resolução de problemas
Nível de Depressão	1								
Confronto	,250	1							
Afastamento	,200		1						
Autoconhecimento	,142	,038		1					
Social	,471	,849			1				
Aceitação	,211	,406*	,467*			1			
Fuga/Esquiva	,282	,032	,012				1		
Reavaliação positiva	,317	,421*	-,270	,172				1	
Resolução de problemas	,100	,026	,164	,381					1
	,055	,176	,258	,575**	,107				
	,781	,371	,185	,001	,589				
	,039	,441*	,214	,499**	,432*	,607**			
	,844	,019	,274	,007	,022	,001			
	,125	,201	,224	,482**	-,056	,391*	,296		
	,526	,305	,251	,009	,775	,040	,126		
	,013	,007	-,248	,165	,362	,080	,303	,450*	
	,950	,973	,212	,410	,063	,691	,125	,018	

Nota: $p < 0,05$ indica significância estatística; $p < 0,01$ indica significância altamente estatística.

A Tabela 2 apresenta as correlações de Spearman entre os níveis de sintomatologia depressiva (escore total do PHQ-9) e os escores médios das estratégias de *coping*. Observou-se uma correlação positiva significativa entre os níveis de depressão e a estratégia *fuga/esquiva* ($r_s = 0,44$; $p = 0,019$), indicando que mães com maior gravidade dos sintomas depressivos tendem a recorrer mais a mecanismos de evitação. Também foram encontradas correlações positivas significativas entre a depressão e as estratégias *autocontrole* ($r_s = 0,41$; $p = 0,032$) e *suporte social* ($r_s = 0,42$; $p = 0,026$), sugerindo que níveis mais elevados de sintomatologia depressiva estão associados a maior uso dessas estratégias. Não foram identificadas correlações significativas entre os níveis de depressão e as estratégias de *reavaliação positiva* ou *resolução de problemas*.

Tabela 3: Correlação entre escolaridade e estratégias de *coping* usadas pelas mães.

	Escolaridade	CONFRONTO	AFASTAMENTO	AUTOCONTROLE	SOCIAL	ACEITAÇÃO	FUGA/ESQUIVA	REAValiação POSITIVA	RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS
Escolaridade	1								
CONFRONTO	-,108 ,689	1							
AFASTAMENTO	,149 ,582	-,086 ,752	1						
AUTOCONTROLE	-,455 ,077	,243 ,364	,317 ,232	1					
SOCIAL	-,128 ,636	,429 ,097	-,775** ,000	,007 ,980	1				
ACEITAÇÃO	-,679** ,004	,207 ,443	,283 ,289	,668** ,005	-,024 ,930	1			
FUGA/ESQUIVA	-,414 ,110	,351 ,183	,027 ,921	,447 ,083	,384 ,142	,673** ,004	1		
REAValiação POSITIVA	-,293 ,270	,040 ,882	,577* ,019	,638** ,008	-,321 ,225	,381 ,146	,282 ,291	1	
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	,037 ,895	-,154 ,583	-,214 ,443	-,199 ,477	,253 ,363	-,113 ,690	,240 ,389	,282 ,308	1

A Tabela 3, mostra a correlação de Spearman entre o nível de escolaridade das mães e as estratégias de *coping*. Observou-se correlação negativa significativa entre escolaridade e *aceitação de responsabilidade* ($r_s = -0,679$; $p = 0,004$), indicando que, à medida que aumenta o nível de escolaridade, há menor uso dessa estratégia. Verificou-se também correlação positiva significativa entre escolaridade e *autocontrole* ($r_s = 0,638$; $p = 0,008$) e entre escolaridade e *reavaliação positiva* ($r_s = 0,577$; $p = 0,019$). As demais estratégias não apresentaram correlação significativa com a escolaridade.

Tabela 4. Correlação de Spearman entre idade e estado civil vs. nível de sintomatologia depressiva entre as participantes.

	Estado civil	Nível de Depressão
Estado civil	1	-0,133 0,624
Nível de Depressão	-0,133 0,624	1
	Idade	Nível de Depressão
Idade	1	-0,429 0,097
Nível de Depressão	-0,429 0,097	1

A Tabela 4, apresenta a correlação entre idade e nível de depressão (PHQ-9). O coeficiente de Spearman encontrado foi $r = -0,429$ ($p = 0,097$), indicando uma associação negativa moderada, na qual mães mais jovens tendem a apresentar maiores escores de depressão. Contudo, a correlação não atingiu significância estatística ($p > 0,05$), devendo o resultado ser interpretado com cautela.

Por outro lado, apresenta a correlação entre estado civil e níveis de depressão. O coeficiente de Spearman foi $r = -0,133$ ($p = 0,624$), o que demonstra ausência de correlação significativa entre as variáveis.

1.1.Comparação das estratégias de enfrentamento segundo a gravidade dos sintomas depressivos.

Com o objectivo de verificar se existem diferenças no uso das estratégias de *coping* entre as mães com diferentes níveis de sintomatologia depressiva, foi realizado o teste não paramétrico de Mann–Whitney, comparando os escores dos oito factores do IEC entre os grupos com depressão moderada e muito grave. Os resultados estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 5. Medianas e resultados do teste de Mann–Whitney (U) para as estratégias de *coping* segundo níveis de depressão moderada e muito grave entre as participantes

Estratégia de <i>coping</i>	Mediana (Moderada)	Mediana (Grave)	U	p
Confronto	11,50	11,00	1,454	,483
Afastamento	7,50	12,50	1,741	,419
Autocontrole	10,00	15,00	3,149	,207
Suporte social	13,50	12,00	1,287	,526
Aceitação	6,00	8,50	1,134	0,567
Fuga/Esquiva	11,50	10,50	,370	831
Reavaliação positiva	13,00	15,50	3,415	,181
Resolução de problemas	10,00	11,00	2,710	,258

Nota: $p < 0,05$ indica diferença estatisticamente significativa.

A **Tabela 3** apresenta os resultados do teste de Mann–Whitney comparando as estratégias de *coping* entre mães com depressão moderada e muito grave. Nenhuma das oito estratégias avaliadas apresentou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p > 0,05$ para todos os fatores). Observa-se, no entanto, algumas tendências nos valores medianos: mães com depressão muito grave obtiveram medianas ligeiramente mais elevadas nas estratégias de *autocontrole* (mediana = 15,0 vs. 10,0) e *reavaliação positiva* (mediana = 15,5 vs. 13,0) em relação ao grupo moderado, sugerindo maior uso de estratégias ativas de regulação emocional nos casos de sintomatologia mais intensa. Por outro lado, o grupo moderado apresentou mediana mais alta na estratégia de *suporte social* (13,5 vs. 12,0). Apesar dessas variações nas medianas, as diferenças não atingiram significância estatística, o que sugere que, na presente amostra, o padrão geral de uso das estratégias de *coping* foi semelhante entre os níveis de depressão avaliados.

Em síntese, os resultados obtidos permitiram caracterizar a amostra como composta maioritariamente por mulheres adultas, com baixa escolaridade e inseridas em contextos socioeconômicos vulneráveis. Identificaram-se níveis elevados de sintomatologia depressiva, predominando quadros moderados e graves. As estratégias de *coping* mais utilizadas foram a

reavaliação positiva e a busca de suporte social, enquanto a aceitação de responsabilidade e o afastamento foram menos empregados.

As análises de correlação evidenciaram que maiores níveis de escolaridade associaram-se ao uso de estratégias mais adaptativas, como autocontrole e reavaliação positiva, e menor uso de aceitação de responsabilidade. Também se observou uma tendência de mães mais jovens apresentarem maiores escores de depressão, ainda que sem significância estatística, e ausência de associação entre estado civil e sintomatologia depressiva.

A comparação entre níveis de depressão indicou padrões semelhantes de *coping* entre os grupos, sem diferenças estatísticas significativas. Esses achados fornecem uma base sólida para a discussão, permitindo relacionar os resultados às evidências científicas existentes e às implicações práticas para o cuidado psicológico das mães de raparigas vítimas de violência sexual.

10.2. Discussão

10.2.1. Sintomatologia depressiva das mães

A avaliação do estado emocional das participantes revelou um padrão expressivo de sofrimento psicológico entre as mães incluídas na amostra. Dos 30 casos analisados, verificou-se que a maioria apresentava manifestações depressivas situadas no nível moderado (80%). Os restantes casos distribuíram-se entre quadros classificados como graves (6,7%) e muito graves (13,3%), o que sugere um impacto emocional significativo associado à experiência traumática vivenciada pelas suas filhas, de acordo com os pontos de corte do PHQ-9.

Não houve registos de participantes com sintomas leves, pois estas não atendiam aos critérios de inclusão. O escore total médio do PHQ-9 foi de 11,0 (DP = 4,8), com valores mínimos e máximos variando entre 10 e 25. Estes achados sugerem que a maioria das mães apresenta um quadro significativo de sintomatologia depressiva, compatível com a gravidade do contexto de violência vivenciado por suas filhas. Sobre a depressão, a literatura aponta que a principal manifestação é caracterizada por tristeza vital, baixa vitalidade e a perda de interesse ou prazer nas actividades diárias (Nóbrega, Leal, & Marques, 2016 citados em Konzen & Zacharias, 2021).

Portanto, os achados deste estudo vão de acordo com algumas constatações existentes na literatura, pois postula-se que, a sintomatologia depressiva é uma manifestação comum em mães que lidam com o trauma e as consequências da violência sexual sofrida por suas filhas. Estudos têm apontado para uma maior propensão das mães de vítimas de violência sexual em desenvolver sintomas de depressão, comparadas às mães de crianças não expostas a esse tipo de traumático evento (Cummings *et al.*, 2008; D'Alessandro *et al.*, 2014). Esse quadro pode ser explicado pelo impacto emocional significativo que a violência sexual exerce sobre as mães, que podem experimentar sentimentos de culpa, vergonha, tristeza e ansiedade em relação ao ocorrido com suas filhas (Thakur & Meena, 2019).

Ainda na mesma linha, aponta-se que a interacção materno-filial é essencial para a recuperação e o bem-estar psicossocial das vítimas de violência sexual. No entanto, quando as mães apresentam sinais de depressão, essa interacção pode ser prejudicada, comprometendo a comunicação emocional, o suporte afectivo e a sensação de segurança das raparigas (Garbarino & Kostelny, 1997; Dayton *et al.*, 2010). Além disso, a presença de uma mãe deprimida pode aumentar o risco de problemas de ajustamento emocional e desenvolvimento psicológico nas vítimas de violência sexual (Katz *et al.*, 2007).

No que diz respeito às mães de crianças que sofreram abuso sexual, é frequente a presença de sentimentos intensos de culpa, muitas vezes associados à percepção de não terem identificado sinais de risco nem conseguido impedir a ocorrência da vitimização (Downing *et al.*, 2021). Este tipo de experiência tende a fragilizar significativamente o equilíbrio psicológico destas mulheres, tornando-as mais vulneráveis ao desenvolvimento de problemas de saúde mental. Consequentemente, verifica-se uma maior probabilidade de surgimento de sintomas e perturbações psiquiátricas ao longo do tempo, quando comparadas com a população geral (Dworkin & Schumacher, 2018; Mathews & Collin-Vézina, 2019).

Evidência empírica reforça esta tendência. Num estudo conduzido por Kimberg e Wheeler (2019), observou-se que uma proporção significativa de mães de crianças vitimizadas apresentava sintomatologia relevante, incluindo cerca de 40% com perturbação de *stress* pós-traumático e aproximadamente 30% com sintomas de ansiedade e depressão. Adicionalmente, os dados indicam que estas mães apresentam um risco substancialmente mais elevado de depressão com ideação suicida, sendo cerca de 1,75 vezes superior ao verificado em mães cujos filhos não foram expostos a abuso sexual.

Por outro lado, a teoria do apego, desenvolvida por John Bowlby (1969) e Mary Ainsworth (1978), destaca a importância dos vínculos afectivos entre mães e filhas e como um evento traumático, como a violência sexual, pode afectar negativamente esse vínculo. A experiência de ter uma filha vítima de violência sexual pode abalar profundamente o sistema de apego entre mãe e filha, resultando em sentimentos de culpa, tristeza e desesperança, que podem se manifestar como sintomatologia depressiva nas mães.

Também, a teoria do *stress* vicário argumenta que as mães das raparigas vítimas de violência sexual podem vivenciar um *stress* significativo devido ao sofrimento de suas filhas. Autores como Cathy Spatz Widom (1999) e Levendosky e Graham-Bermann (2001) têm estudado o *stress* vicário em mães de crianças vítimas de abuso, evidenciando os múltiplos impactos emocionais decorrentes desse tipo de situação. O *stress* vicário pode contribuir para o desenvolvimento de sintomas depressivos nas mães, uma vez que elas compartilham da dor e do sofrimento de suas filhas, internalizando a violência vivenciada por elas.

Portanto, percebe-se desta discussão que as mães das vítimas de violência sexual apresentam riscos acentuados de desenvolver problemas psiquiátricos sérios, onde a depressão apresenta-se como destaque e, que serve então de elemento crucial para perceber o quão abuso sexual

não só deixa marcas para as vítimas primárias, mas também as pessoas ao redor, sobretudo as mães. Daí a necessidade de se tomar uma atenção especial a este grupo.

10.2.2. Estratégias de *coping* adoptadas pelas mães

No que concerne às estratégias de enfrentamento, os dados evidenciaram uma predominância do uso de estratégias adaptativas e pró-activas, como reavaliação positiva, resolução de problemas e busca de apoio social, que estão associadas a maior enfrentamento activo do stressor. Por outro lado, o menor uso de estratégias como aceitação de responsabilidade e afastamento sugere menor tendência a mecanismos de enfrentamento passivo ou evitativo. Contudo, a média relativamente alta para fuga/esquiva indica que também estão presentes, de forma significativa, mecanismos de evitação, possivelmente relacionados ao impacto emocional intenso do contexto vivido.

Os resultados obtidos evidenciam alinhamento com a literatura, indicando que a revelação de situações de violência sexual implica uma reconfiguração profunda do quotidiano materno. Para além do impacto emocional imediato, as mães passam a lidar com exigências adicionais, como o acompanhamento em intervenções psicológicas, a participação em processos legais e a gestão do receio de novos episódios de vitimização (Dobke *et al.*, 2010; Inoue & Ristum, 2010). Nesta óptica, Elliott e Carnes (2001) estabelecem um paralelo com contextos de doença crónica, destacando processos semelhantes de ajustamento, nomeadamente a ruptura das expectativas iniciais em relação ao desenvolvimento da criança e a necessidade de reorganização contínua dos cuidados.

Inseridas num cenário de elevada exigência emocional, as mães do CAIVV recorrem a diferentes formas de enfrentamento para responder às múltiplas demandas impostas pela situação. Tal como evidenciado nos resultados deste estudo, verificou-se predominância de estratégias associadas à reavaliação positiva, sugerindo um esforço activo de atribuição de significado à experiência vivida. Este padrão indica que, perante a insuficiência dos recursos habituais, as participantes mobilizam respostas adaptativas que vão além das estratégias quotidianas (Inoue & Ristum, 2010). Importa salientar que a forma como estas mulheres interpretam a experiência de violência e reagem às suas consequências influencia directamente o processo de recuperação das vítimas (Anggraini *et al.*, 2018; Cyr *et al.*, 2013), sendo igualmente associada à adesão ao tratamento e ao ajustamento psicossocial da criança (Daignault *et al.*, 2018; Lima & Alberto, 2016; Van Toledo & Seymour, 2016).

A análise dos dados sugere que as estratégias adoptadas pelas mães não seguem categorias rígidas, mas distribuem-se ao longo de um continuum de respostas. Por um lado, observam-se comportamentos orientados para a redução de riscos e protecção da criança, nomeadamente através do reforço da vigilância e da reorganização dos contextos de interacção. Por outro, verifica-se a mobilização de recursos voltados à regulação emocional materna, evidenciada pelo recurso a estratégias como aceitação, suporte social e práticas de autocuidado. Este padrão é consistente com o enquadramento proposto por Inoue e Ristum (2010), embora os dados do estudo sugiram uma interdependência mais dinâmica entre estas dimensões do que uma separação categorial estrita.

Em simultâneo, os resultados evidenciam que estas estratégias não se limitam à resolução do problema imediato, mas incluem também esforços de adaptação psicológica face à experiência traumática. A presença de estratégias como reavaliação positiva e procura de suporte social reforça a ideia de que o *coping* materno envolve processos de reconstrução de sentido e reorganização emocional. Tal dinâmica confirma a natureza multifacetada do enfrentamento em contextos de elevada carga emocional, nos quais coexistem respostas orientadas para a ação e mecanismos de regulação interna (Sufredini *et al.*, 2021).

10.2.3. O nível de gravidade da depressão como elemento ambivalente para o tipo de mecanismo

Os resultados do estudo também evidenciam um padrão de ambivalência emocional que encontra suporte na literatura especializada. A revelação da violência sexual tende a desencadear reacções intensas nas mães, que podem oscilar entre sentimentos de culpa, desconfiança e vulnerabilidade, particularmente quando percecionam ausência de apoio familiar ou institucional. Investigações realizadas em contextos semelhantes indicam que estas respostas emocionais influenciam directamente a forma como as mães se posicionam perante a situação, podendo dificultar a gestão do problema e a tomada de decisões consistentes (Lima & Alberto, 2016).

Neste quadro, a forma como a experiência é interpretada assume um papel central, uma vez que condiciona as atitudes adoptadas face ao ocorrido. Algumas mães tendem a assumir uma postura protectora, traduzida em acções como a denúncia e o afastamento do agressor, enquanto outras podem manifestar hesitação, dúvida ou dificuldade em validar o relato da criança. Estas respostas divergentes não devem ser entendidas como falhas individuais, mas como expressões

de um processo emocional complexo, marcado por conflitos internos e pela tentativa de conciliar diferentes vínculos afetivos (Santos & Dell’Aglío, 2010).

Adicionalmente, o recurso a estratégias de evitamento tem sido associado a desfechos psicológicos menos favoráveis. Estudos sugerem que a tendência para evitar o confronto com a realidade do abuso pode contribuir para o agravamento de sintomas como *stress* pós-traumático, depressão e dissociação. Para além disso, tais estratégias podem comprometer a capacidade de avaliar adequadamente as necessidades da criança, reduzindo a probabilidade de procura de apoio especializado e de oferta de suporte emocional adequado (Cyr *et al.*, 2013; Daignault *et al.*, 2018). Outro aspecto relevante refere-se à ambivalência afectiva dirigida ao agressor, sobretudo quando este integra o contexto familiar. Nestas situações, podem coexistir sentimentos contraditórios, como raiva, afecto e dúvida, dificultando a tomada de decisões claras e consistentes. A quebra de confiança e a reconfiguração dos vínculos afetivos geram um estado de desorganização emocional que se manifesta em insegurança, medo e dificuldade em definir posicionamentos firmes perante a situação (Santos & Dell’Aglío, 2010).

Para além disso, o sentimento de culpa não se limita à percepção de falha na protecção da criança, estendendo-se também à relação previamente estabelecida com o agressor. Esta dimensão agrava o sofrimento materno, uma vez que implica uma revisão crítica das próprias escolhas e relações, frequentemente acompanhada de sentimentos de vergonha e perda de referência emocional. Consequentemente, podem emergir respostas como negação, busca de explicações externas ou dependência de soluções consideradas “mágicas”, como forma de lidar com a realidade vivida (Lima & Alberto, 2016).

Por outro lado, importa reconhecer que as respostas maternas são também influenciadas pelas condições contextuais, nomeadamente pelo apoio disponível ao nível familiar, social e institucional. A percepção de segurança e de suporte pode facilitar a adopção de medidas protectivas, como a denúncia do agressor e o afastamento de situações de risco, contribuindo para uma maior capacidade de resposta face à violência (Lima & Alberto, 2016).

Por fim, a literatura aponta que a revelação do abuso pode produzir efeitos distintos na relação mãe-filha. Em alguns casos, observa-se um distanciamento emocional, associado à dificuldade em lidar com o ocorrido; noutros, verifica-se um reforço do vínculo, traduzido em maior proximidade, atenção e envolvimento no cuidado. Esta variabilidade evidencia que o impacto da violência sexual não segue um padrão único, sendo mediado por factores emocionais, relacionais e contextuais (Santos & Dell’Aglío, 2010).

11. Conclusões e recomendações

11.1. Conclusões

A violência sexual é um problema de saúde pública e, a sua ocorrência traz efeitos devastadores e alarmante não só para as vítimas primárias, mas para todo ciclo destas, sobretudo as suas mães, que apresentam riscos significativos de desenvolver declínios e problemas psiquiátricos.

No desenvolvimento do estudo, apurou-se que, das mães participantes do estudo, 80% apresentaram sintomas depressivos classificados como Moderados, enquanto 6,7% apresentaram sintomatologia Grave e 13,3% apresentaram sintomas Muito Graves, de acordo com os pontos de corte do PHQ-9. Estes achados sugerem que a maioria das mães apresenta um quadro significativo de sintomatologia depressiva, compatível com a gravidade do contexto de violência vivenciado por suas filhas.

Relativamente às estratégias de *coping* adoptadas pelas participantes do estudo, notou-se uma predominância do uso de estratégias adaptativas e pró-activas, como reavaliação positiva, resolução de problemas e busca de apoio social, que estão associadas a maior enfrentamento activo do stressor. Por outro lado, o menor uso de estratégias como aceitação de responsabilidade e afastamento sugere menor tendência a mecanismos de enfrentamento passivo ou evitativo. Contudo, a média relativamente alta para fuga/esquiva indica que também estão presentes, de forma significativa, mecanismos de evitação, possivelmente relacionados ao impacto emocional intenso do contexto vivido. Estes achados mostram a complexidade e o impacto vivenciado por estas mães perante a situação stressora pela qual atravessam, daí a necessidade de se olhar para cada caso com uma particularidade, pois as reações podem ser diferentes.

Quanto a análise correlacional, observou-se uma correlacção positiva significativa entre os níveis de depressão e a estratégia *fuga/esquiva* ($r_s = 0,44$; $p = 0,019$), indicando que mães com maior gravidade dos sintomas depressivos tendem a recorrer mais a mecanismos de evitação. Também foram encontradas correlações positivas significativas entre a depressão e as estratégias *autocontrole* ($r_s = 0,41$; $p = 0,032$) e *suporte social* ($r_s = 0,42$; $p = 0,026$), sugerindo que níveis mais elevados de sintomatologia depressiva estão associados a maior uso dessas estratégias. Esses resultados indicam que mães com sintomas mais intensos recorrem tanto a mecanismos de evitação quanto a estratégias mais adaptativas, como autocontrole e busca por

apoio social, possivelmente como tentativas complementares para lidar com o impacto emocional do evento stressor.

11.2. Sugestões

Com base nos resultados obtidos, e considerando o impacto da violência sexual na saúde mental das mães e no processo de recuperação das vítimas, apresentam-se as seguintes sugestões:

Ao Hospital Geral de Mavalane e ao Centro de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência (CAIVV)

- Reforçar a assistência psicológica dirigida aos familiares das vítimas, particularmente às mães, reconhecendo-as como população vulnerável ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva e outras formas de sofrimento psicológico.
- Desenvolver protocolos de avaliação sistemática da saúde mental dos cuidadores durante o acompanhamento das vítimas, incluindo o rastreio precoce de sintomas depressivos e de stress traumático secundário.
- Promover intervenções psicossociais centradas na família, integrando as mães e outros cuidadores nos planos terapêuticos e nas actividades de acompanhamento.
- Implementar grupos de apoio e psicoeducação destinados às mães, com o objectivo de fortalecer estratégias de coping adaptativas, ampliar as redes de suporte social e reduzir sentimentos de culpa, isolamento e sobrecarga emocional.
- Incentivar e apoiar a realização de estudos sobre o impacto da violência sexual nos familiares das vítimas, contribuindo para o fortalecimento da produção científica nacional e para o desenvolvimento de práticas baseadas em evidências.
- Intensificar acções de educação comunitária sobre a prevenção da violência sexual, a importância da denúncia e os efeitos psicológicos da violência sobre as vítimas e as suas famílias.

Aos profissionais de saúde

- Assegurar um atendimento humanizado, empático e centrado na pessoa, reconhecendo o sofrimento emocional das mães e evitando práticas que possam reforçar sentimentos de culpa ou estigmatização.
- Desenvolver competências específicas para a identificação precoce de sinais de depressão, stress traumático secundário e outras manifestações de sofrimento psicológico em familiares de vítimas de violência sexual.

- Adotar uma abordagem integral e interdisciplinar, considerando não apenas as necessidades da vítima directa, mas também as repercussões da violência sobre o sistema familiar.
- Promover o fortalecimento de estratégias de coping adaptativas, incentivando o suporte social, a procura de ajuda especializada e a participação activa das mães no processo terapêutico.

Às estruturas sociopolíticas e governamentais

- Fortalecer as políticas públicas de prevenção e resposta à violência sexual, assegurando a integração da componente de saúde mental nos serviços de atendimento às vítimas.
- Desenvolver programas específicos de apoio psicossocial dirigidos aos familiares e cuidadores de vítimas de violência sexual, reconhecendo-os como vítimas indirectas do trauma.
- Reforçar a articulação intersectorial entre os sectores da saúde, justiça, educação e assistência social, de forma a garantir uma resposta abrangente e coordenada às necessidades das vítimas e das suas famílias.
- Investir na formação contínua dos profissionais que actuam na rede de protecção, capacitando-os para identificar e intervir nos impactos emocionais da violência sexual sobre os familiares.
- Incentivar a produção de dados epidemiológicos e a investigação científica sobre violência sexual e saúde mental em Moçambique, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes e contextualizadas.

12. Referências

- Acebes-Sánchez, J., Díez-Vega, I., & Rodríguez-Romo, G. (2019). Physical activity among Spanish undergraduate students: A descriptive correlational study. *International journal of environmental research and public health*, 16(15), 2770.
- Ainsworth, M. D. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Erlbaum.
- Akinyemi, O., Ogundare, T., Fasokun, M., Ogunyankin, F., Ugochukwu, N., Ajisafe, W., ... & Michael, M. (2025). The long-term impact of childhood sexual assault on depression and self-reported mental and physical health. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1528914.
- Alves, A. C., Leitão, M., Sani, A. I., & Moreira, D. (2024). Impact of sexual abuse on post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A systematic review. *Social Sciences*, 13(4), 189.
- Andana, C., Saldaña, O., & Rodríguez-Carballeira, Á. (2025). Understanding child sexual exploitation dynamics: development and validation of a taxonomy of recruitment and domination strategies. *Sexual Abuse*, 37(5), 529-552.
- Anggraini, R.; Daulima, N. H. C.; Wardhani, I. Y. (2018). Family stress experience in dealing with child victims of sexual violence. *Enfermería Clínica*, 28(Suppl1), 343-346. [https://doi.org/10.1016/s1130-8621\(18\)30182-7](https://doi.org/10.1016/s1130-8621(18)30182-7).
- Arias, P., Arqueros, M., Suárez-Soto, E., García-Ramos, A., Ayad-Ahmed, W., Ovejero-Ruiz, A., & de la Torre-Luque, A. (2025). Early life adversity and suicide: the role of childhood trauma and risk factors in adolescent suicidal behavior. *Children and Youth Services Review*, 108648.
- Austin, A. E., Lesak, A. M., & Shanahan, M. E. (2020). Risk and protective factors for child maltreatment: A review. *Current epidemiology reports*, 7(4), 334-342.
- Bennett, C. E., & Christian, C. W. (2023). How should clinicians and students cope with secondary trauma when caring for children traumatized by abuse or neglect? *AMA journal of ethics*, 25(2), 109-115.
- Bianca, C. S. D., Ramona, P. L., & Ioana, M. V. (2022). The relationship between coping strategies and life quality in major depressed patients. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 58(1), 110.

- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Vol. 1. Attachment. Basic Books.
- Breckenridge, J., Suchting, M., Hanna-Osborne, S., & Porteous, J. (2024). Engaging with victims and survivors of child sexual abuse: A practice guide for workers and organisations.
- Cagney, J., Spencer, C., Flor, L., Herbert, M., Khalil, M., O'Connell, E., ... & Gakidou, E. (2025). Prevalence of sexual violence against children and age at first exposure: a global analysis by location, age, and sex (1990–2023). *The Lancet*, 405(10492), 1817-1836.
- Carmassi, C., Dell'Oste, V., Foghi, C., Bertelloni, C. A., Conti, E., Calderoni, S., ... & Dell'Osso, L. (2021). Post-traumatic stress reactions in caregivers of children and adolescents/young adults with severe diseases: A systematic review of risk and protective factors. *International journal of environmental research and public health*, 18(1), 189.
- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA. (2013). *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Secretaria de Direitos Humanos.*
- Cooper, H. E., Camic, P. M., Long, D. L., Panter, A. T., Rindskopf, D. E., & Sher, K. J. (2012). APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological (pp. x-701). *American Psychological Association*.
- Cumbe VFJ, Muanido A, Manaca MN, Fumo H, Chiruca P, Hicks L, Mari JJ & wagenaar BH. (2020). Validity and item response theory properties of the Patient Health Questionnaire-9 for primary care depression screening in Mozambique (PHQ-9-MZ). *BMC Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 4 de junho de 2025];20(1):382. Disponível em: <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02772-0>
- Cummings, E. M., Schermerhorn, A. C., Keller, P. S., & Davies, P. T. (2008). Parental depressive symptoms, children's representations of family relationships, and child adjustment. *Social Development*, 17(2), 278-305.
- Curtis, E. A., Comiskey, C., & Dempsey, O. (2016). Importance and use of correlational research. *Nurse researcher*, 23(6).

- Cyr, M.; McDuff, P.; Hébert, M. (2013). Support and profiles of nonoffending mothers of sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(2), 209-230. <https://doi.org/10.1080/10538712.2013.737444>.
- Daignault, I. V.; Hébert, M.; Cyr, M.; Pelletier, M.; McDuff, P. (2018). Correlates and predictors of mothers' adaptation and trauma symptoms following the unveiling of the sexual abuse of their child. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(11-12), NP5784-NP5808. <https://doi.org/10.1177/0886260518808849>.
- D'Alessandro, T. M., Kaufman, J., Cerel, J., & Fogen, C. (2014). Parental depression following child traumatic death: Unfounded assumptions and an agenda for future research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(2), 192-207.
- Dayton, C. J., Levendosky, A. A., Davidson, W. S., & Bogat, G. A. (2010). The child as held in the mind of the mother: The influence of prenatal maternal representations on parenting behaviors. *Infant Mental Health Journal*, 31(3), 220-241.
- Dimitriou, K., Efthymiou, V., Fragkou, K., Peyron, P. A., Martrille, L., Baccino, E., ... & Papadodima, S. (2026). Forensic Perspectives on Child Sexual Abuse Disclosure in Greece: A Retrospective Study. *Pediatric Reports*, 18(1), 12.
- Dobke, V. M.; Santos, S. S.; Dell'Aglio, D. D. (2010). Abuso sexual intrafamiliar: Da notificação ao depoimento no contexto processual-penal. *Temas em Psicologia*, 18(1), 167-176.
- Downing, N. R., Marvellous, A., & Thornhill, C. W. (2021). The impact of childhood sexual abuse and adverse childhood experiences on adult health related quality of life. *Rev. Child abuse & neglect*, v.120, 105181, p. 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105181>
- Dozio, E., Feldman, M., Bizouerne, C., Drain, E., Laroche Joubert, M., Mansouri, M., ... & Ouss, L. (2020). The transgenerational transmission of trauma: The effects of maternal PTSD in mother-infant interactions. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 480690.
- Dworkin, E. R., & Schumacher, J. A. (2018). Preventing posttraumatic stress related to sexual assault through early intervention: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, v.19, n. 4, p.459-472. <https://doi.org/10.1177/1524838016669518>.
- Efrati, Y., Goldman, K., Levin, K., & Rosca, P. (2022). Early-life trauma, negative and positive life events, compulsive sexual behavior disorder and risky sexual action tendencies among young women with substance use disorder. *Addictive Behaviors*, 133, 107379.

- Elliott, A. N.; Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child Maltreatment*, 6(4), 314-331. <https://doi.org/10.1177/1077559501006004005>.
- Emirza, E. G., & Bayrak, N. G. (2024). Coping strategies and psychological resilience of parents with children victimized of sexual abuse: A cross-sectional descriptive study. *Journal of Pediatric Nursing*, 78, 21-30.
- Ensink, K., Borelli, J. L., Normandin, L., Target, M., & Fonagy, P. (2020). Childhood sexual abuse and attachment insecurity: Associations with child psychological difficulties. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(1), 115.
- Field, A. (2024). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage publications limited.
- Figley, C. R. (2013). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Routledge.
- Finkelhor, D., & Araj, S. (1986). A sourcebook on child sexual abuse.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2020). Child Protection: Sexual violence against children. New York: UNICEF.
- Garbarino, J., & Kostelny, K. (1997). Child maltreatment as a community problem. *Child Abuse and Neglect*, 21(9), 779-789.
- Groinig, M. (2025). Mapping the Field of Child Sexual Abuse and Institutional Child Abuse: A Scoping Review and Research Agenda Informed by International Evidence. *Available at SSRN 5839971*.
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: An updated systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(4), 332-341.
- Herman, J. L. (1997). Trauma and recovery: The aftermath of violence— from domestic abuse to political terror. Basic books.
- Hoffman, Y., & Shrira, A. (2019). Variables connecting parental PTSD to offspring successful aging: Parent–child role reversal, secondary traumatization, and depressive symptoms. *Frontiers in psychiatry*, 10, 718.

- Inoue, S. R. V.; Ristum, M. (2010). Violência sexual contra a criança: Estratégias de enfrentamento adotadas pelas mães. *Interamerican Journal of Psychology*, 44(3), 560-570.
- Johnson, C. C., Suchyta, M. R., Darowski, E. S., Collar, E. M., Kiehl, A. L., Van, J., ... & Hopkins, R. O. (2019). Psychological sequelae in family caregivers of critically III intensive care unit patients. A systematic review. *Annals of the American Thoracic Society*, 16(7), 894-909.
- Katz, L. F., Hessler, D. M., & Anest, A. (2007). Domestic violence, emotional competence, and child adjustment. *Social Development*, 16(3), 513-538.
- Kimberg, L., & Wheeler, M. (2019). Trauma-informed healthcare approaches: A guide for primary care. USA: Springer, p.225-226.
- Kinnunen, I. (2025). Does exposure to child abuse at home increase the risk of child sexual abuse in 12-16-year-olds in Finland?
- Konzen, L. T & Zacharias, D. G. (2021). Marcadores biopsicossociais para os sintomas depressivos na pessoa idosa. *Boletim Entre SIS, Santa Cruz do Sul*, 6 (1), 23-36..
- Kwako, L. E., Noll, J. G., Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (2010). Childhood sexual abuse and attachment: An intergenerational perspective. *Clinical child psychology and psychiatry*, 15(3), 407-422.
- Latiff, M. A., Fang, L., Goh, D. A., & Tan, L. J. (2024). A systematic review of factors associated with disclosure of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 147, 106564.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Levendosky, A. A., & Graham-Bermann, S. A. (2001). Parenting in battered women: The effects of domestic violence on women and their children. *Journal of family violence*, 16(2), 171-192.
- Lima, J. A.; Alberto, M. F. P. (2016). Urgências psicológicas no cuidado às mães em casos de abuso sexual intrafamiliar. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 21(3), 337-347. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160032>.

- Lo Iacono, L., Trentini, C., & Carola, V. (2021). Psychobiological consequences of childhood sexual abuse: Current knowledge and clinical implications. *Frontiers in Neuroscience*, 15, 771511.
- Lovero, K. L., Basaraba, C., Khan, S., Suleman, A., Mabunda, D., Feliciano, P., dos Santos, P., Fumo, W., Mandlate, F., Greene, M. C., Fiks Salem, A., Mootz, J. J., Mocumbi, A. O., Duarte, C. S., Gouveia, L., Oquendo, M. A., Wall, M. M., & Wainberg, M. L. (2021). Brief screening tool for stepped-care management of mental and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 72(8), 891–897. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000504>
- Malta, D. C., Bernal, R. T. I., Teixeira, B. D. S. M., Silva, M. M. A. D., & Freitas, M. I. D. F. (2017). Fatores associados a violências contra crianças em Serviços Sentinela de Urgência nas capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 2889-2898.
- Mangold, A., King, A. R., & Herting, N. A. (2022). The role of children's PTSD symptomatology in non-offending caregivers' secondary traumatic stress symptomatology following disclosures of sexual or physical abuse. *Journal of child & adolescent trauma*, 15(3), 553-565.
- Manion, I. G., McIntyre, J., Firestone, P., Ligezinska, M., Ensom, R., & Wells, G. (1996). Secondary traumatization in parents following the disclosure of extrafamilial child sexual abuse: Initial effects. *Child abuse & neglect*, 20(11), 1095-1109.
- Masilo, G. M.; Davhana-Maselesele, M. (2017). Guidelines for support to mothers of sexually abused children in North-West province. *Curationis*, 40(1), <https://doi.org/10.4102/curationis.v40i1.1689>.
- Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2019). Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Rev. Trauma, Violence & Abuse*, v.20, n. 2, p.131-148. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1524838017738726>.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of traumatic stress*, 3(1), 131-149.
- Merrill, L. L., Thomsen, C. J., Sinclair, B. B., Gold, S. R., & Milner, J. S. (2001). Predicting the impact of child sexual abuse on women: the role of abuse severity, parental support, and coping strategies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(6), 992.

- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Solomon, Z. (2015). An attachment perspective on traumatic and posttraumatic reactions. In *Future directions in post-traumatic stress disorder: Prevention, diagnosis, and treatment* (pp. 79-96). Boston, MA: *Springer US*.
- Moré, C. L. O. O.; Krenkel, S. (2014). *Violência no contexto familiar* (1ª ed.). Florianópolis: UFSC.
- Nagtegaal, M. H., & Boonmann, C. (2022). Child sexual abuse and problems reported by survivors of CSA: A meta-review. *Journal of child sexual abuse*, 31(2), 147-176.
- O'Marah, R., Hodge, S., & Machin, L. (2025). Caring for Traumatized Children: A Systematic Review Exploring Experiences of Secondary Trauma and Compassion Fatigue Among Adoptive and Foster Parents. *Adoption Quarterly*, 1-31.
- Organización Panamericana de la Salud. (2026). Violencia contra niños y adolescentes persiste en América Latina y el Caribe. <https://www.paho.org/pt/noticias/26-1-2026-violencia-contra-criancas-e-adolescentes-persiste-na-america-latina-e-no-caribe>
- Pincolini, A. M. F.; Hutz, C. S. (2012). Bem-estar subjetivo em famílias com histórico de abuso sexual intrafamiliar. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 5(1), 3-22.
- Santos, S. S., & Dell'Aglio, D. D. (2010). Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. *Psicologia & Sociedade*, 22(2), 328-335. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n2/13.pdf>.
- Savóia, M. G., Santana, P. R., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do inventário de Estratégias de Coping¹ de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia usp*, 7(1-2), 183-201.
- Setia, M. S. (2016). Methodology series module 3: Cross-sectional studies. *Indian journal of dermatology*, 61(3), 261-264.
- Shahab, M. K., Elzinga, B. M., Spinhoven, P., Rosendaal, F. R., Penninx, B. W., & Mook-Kanamori, D. O. (2025). Footprints from childhood: intra-versus extra-familial childhood maltreatment and attachment to romantic partners in adulthood. *BMC psychology*, 13(1), 643.
- Siedlecki, S. L. (2020). Understanding descriptive research designs and methods. *Clinical Nurse Specialist*, 34(1), 8-12.

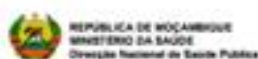
- Sokratis, S., Christos, Z., Despo, P., & Maria, K. (2017). Prevalence of depressive symptoms among schoolchildren in Cyprus: a cross-sectional descriptive correlational study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 11(1), 7.
- Sousa, S. S., Lino, T. P. C., Melo, A. G & Mussarelli, Y. F. (2023). Impactos psicossociais do abuso sexual infantil na vida adulta e os desafios na atuação do enfermeiro. *Revista Faculdades do Saber*, 08 (17), 1789-1796.
- Spătaru, B., Podină, I. R., Tulbure, B. T., & Maricuțoiu, L. P. (2024). A longitudinal examination of appraisal, coping, stress, and mental health in students: A cross-lagged panel network analysis. *Stress and Health*, 40(5), e3450.
- Spry, E. A., Aarsman, S. R., Dashti, S. G., McAnally, H., Greenwood, C. J., Guiney, H., ... & Olsson, C. A. (2026). Childhood sexual abuse and maternal social and financial resources, mental health, and parenting outcomes in pregnancy and early parenthood: a multicohort observational study. *The Lancet Obstetrics, Gynaecology, & Women's Health*.
- Stanisławski, K. (2019). The coping circumplex model: An integrative model of the structure of coping with stress. *Frontiers in psychology*, 10, 694.
- Stelko-Pereira, A. C.; Williams, L. C. A. (2019). “Abuso sexual infantil: impacto em familiares não ofensores e estratégias de apoio.” In Williams, L.C.A.; Habigzang, L.F. Crianças e adolescentes vítimas de violência – Prevenção, avaliação e intervenção. Curitiba: Juruá, p.93-108.
- Sufredini, F., Moré, C. L., & Krenkel, S. (2021). Estratégias de enfrentamento de mães que tiveram filhos abusados sexualmente. *Psicologia Clínica*, 33(2): 277-299.
- Thakur, S., & Meena, G. S. (2019). Exploring the association between depressive symptoms and perceived social support among mothers of sexually abused children. *Journal of Psychiatry*, 22(3), 1-7.
- Tremblay, C., Hébert, M., & Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child abuse & neglect*, 23(9), 929-945.
- Trickett, P. K., Negriff, S., Ji, J., & Peckins, M. (2011). Child maltreatment and adolescent development. *Journal of research on adolescence*, 21(1), 3-20.

- United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. [OHCHR] (2026). Call for inputs: Protecting children from sale, sexual exploitation and sexual abuse. <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/2025/call-inputs-protecting-children-sale-sexual-exploitation-and-sexual-abuse>.
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Books.
- Van Toledo, A.; Seymour, F. (2016). Caregiver needs following disclosure of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(4), 403-414. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1156206>.
- Wang, S. K., Feng, M., Fang, Y., Lv, L., Sun, G. L., Yang, S. L., ... & Chen, H. X. (2023). Psychological trauma, posttraumatic stress disorder and trauma-related depression: A mini-review. *World journal of psychiatry*, 13(6), 331.
- Webster, E. M. (2022). The impact of adverse childhood experiences on health and development in young children. *Global pediatric health*, 9, 2333794X221078708.
- Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1223-1229.
- Widom, C. S. (2017). Long-term impact of childhood abuse and neglect on crime and violence. *Clinical psychology: science and practice*, 24(2), 186.
- Willcott-Benoit, W., & Cummings, J. A. (2024). Vicarious growth, traumatization, and event centrality in loved ones indirectly exposed to interpersonal trauma: a scoping review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(5), 3643-3661.
- World Health Organization. (2022). Protect the promise: 2022 progress report on the every woman every child global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030). World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstreams/f92f4000-c2c8-4a8f-830f-643b29f74254/download>.
- Zych, I., & Marín-López, I. (2024). PROTOCOL: Risk and protective factors for child sexual abuse and interventions against child sexual abuse: An umbrella review. *Campbell Systematic Reviews*, 20(4), cl2-70000.

13. Apêndices

13.1. Instrumentos de recolha de dados

FICA BEM



FICHA DE ANAMNESE

1. Nome do utente: _____
2. Idade: ____ 3. Estado civil: Solteiro () Casado/união de facto () Divorciado () Viúvo(a) ()
4. Género: Fem () Masc () 5. Nível escolar: Nenhum () Primário () Secundário () Universitário ()
6. Província de residência: _____ 7. Vive com quantas pessoas (nº de pessoas): _____
8. Motivo da consulta (Queixa principal): _____
9. Alguma vez foi atendido por um profissional de saúde mental: sim () Não ()
10. Existe alguém na sua família com algum problema de saúde mental? sim () Não ()
- 10.1 Especifique: _____

Avaliação da Saúde Mental - FICA BEM

PERGUNTAS	NEGATIVO	POSITIVO			GRUPO
1. Durante as últimas duas semanas, com que frequência sentiu-se "em baixo", triste ou sem esperança?	Nunca	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias	Doença Mental Comum
2. Durante as últimas duas semanas, com que frequência sentiu-se nervoso(a), ansioso(a) ou muito tenso(a)?	Nunca	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias	Sem Informação
3. Durante as últimas duas semanas, com que frequência esteve tão inquieto(a) que era difícil ficar sossegado(a)?	Nunca	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias	Doença Mental Comum

Se POSITIVO para as perguntas 1 ou 2 ou 3, CONTINUE O RASTREIO. Se NEGATIVO para as três, PARE.

	NEGATIVO		POSITIVO			GRUPO
4. Durante os últimos 12 meses, com que frequência você consumiu bebidas alcoólicas?	Nunca	1 vez por mês ou menos	2 a 4 vezes por mês	2 a 3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana	Doença Mental Devido a Alcool ou Drogas
5. Nos últimos 12 meses, que quantidade de bebida alcoólica você consumiu em um dia típico? CONSULTE A TABELA ABAIXO para converter <u>Quantidade</u> para <u>Dose Padrão</u>	1 ou 2 doses	3 ou 4 doses	5 ou 6 doses	7 a 9 doses	10 ou mais doses	
6. Você aumentou o seu consumo de álcool depois do início da COVID-19?	Não	Sim				

Quantidades de Bebida Padrão				1 bebida padrão = 10 gramas de álcool puro			
Cerveja (5% álcool)		Vinho (12% álcool)		Destilados (40% álcool)		Destilados Tradicionais (60% álcool)	
Lata 330mL (1.3 bebida padrão)	Garrafa 550mL (2.2 bebida padrão)	Copo 100mL (1 bebida padrão)	Garrafa 750mL (7 bebidas padrão)	Copinho (shot) 44mL (1.4 bebida padrão)	Garrafa 750mL (24 bebidas padrão)	Copo 25mL (1.2 bebidas padrão)	Garrafa 1L (47 bebidas padrão)

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante os <u>últimos 14 dias</u> , em quantos foi afectado/a por algum dos seguintes problemas? (Utilize "✓" para indicar a sua resposta)	Nunca	Em vários dias	Em mais de metade do número de dias	Em quase todos os dias
1. Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas	0	1	2	3
2. Senti desânimo, desalento ou falta de esperança	0	1	2	3
3. Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais	0	1	2	3
4. Senti cansaço ou falta de energia	0	1	2	3
5. Tive falta ou excesso de apetite	0	1	2	3
6. Senti que não gosto de mim próprio/a — ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família	0	1	2	3
7. Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual	0	1	2	3
9. Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma	0	1	2	3

For office code: 0 + _____ + _____ + _____
Total Score: _____

Se indicou alguns problemas, até que ponto é que eles dificultaram o seu trabalho, o cuidar da casa ou o lidar com outras pessoas?

Não dificultaram	Dificultaram um pouco	Dificultaram muito	Dificultaram extremamente
☐	☐	☐	☐

INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING DE FOLKMAN E LAZARUS

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação _____, de acordo com a seguinte classificação:

0	1	2	3
NÃO USEI ESTA ESTRATÉGIA	USEI UM POUCO	USEI BASTANTE	USEI EM GRANDE QUANTIDADE

1.	Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	0	1	2	3
2.	Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.	0	1	2	3
3.	Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	0	1	2	3
4.	Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.	0	1	2	3
5.	Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0	1	2	3
6.	Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa.	0	1	2	3
7.	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias.	0	1	2	3
8.	Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.	0	1	2	3
9.	Me critiquei, me repreendi.	0	1	2	3
10.	Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	0	1	2	3
11.	Esperei que um milagre acontecesse.	0	1	2	3
12.	Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	0	1	2	3
13.	Fiz como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	3
14.	Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos.	0	1	2	3
15.	Procurei encontrar o lado bom da situação.	0	1	2	3
16.	Dormi mais que o normal.	0	1	2	3

17.	Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	0	1	2	3
18.	Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0	1	2	3
19.	Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem	0	1	2	3
20.	Me inspirou a fazer algo criativo.	0	1	2	3
21.	Procurei esquecer a situação desagradável.	0	1	2	3
22.	Procurei ajuda profissional.	0	1	2	3
23.	Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0	1	2	3
24.	Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3
25.	Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	0	1	2	3
26.	Fiz um plano de ação e o segui.	0	1	2	3
27.	Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado.	0	1	2	3
28.	De alguma forma extravasei meus sentimentos.	0	1	2	3
29.	Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3
30.	Saí da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3
31.	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0	1	2	3
32.	Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.	0	1	2	3
33.	Procurei sentir-me melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0	1	2	3
34.	Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0	1	2	3
35.	Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	0	1	2	3
36.	Encontrei novas crenças.	0	1	2	3
37.	Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	0	1	2	3
38.	Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
39.	Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0	1	2	3
40.	Procurei fugir das pessoas em geral.	0	1	2	3
41.	Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação.	0	1	2	3
42.	Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.	0	1	2	3

43.	Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
44.	Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0	1	2	3
45.	Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0	1	2	3
46.	Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0	1	2	3
47.	Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	0	1	2	3
48.	Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	0	1	2	3
49.	Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0	1	2	3
49.	Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0	1	2	3
50.	Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	0	1	2	3
51.	Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.	0	1	2	3
52.	Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0	1	2	3
53.	Aceitei, nada poderia ser feito.	0	1	2	3
54.	Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0	1	2	3
55.	Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti.	0	1	2	3
56.	Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	0	1	2	3
57.	Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava.	0	1	2	3
58.	Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	0	1	2	3
59.	Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0	1	2	3
60.	Rezei.	0	1	2	3
61.	Me preparei para o pior.	0	1	2	3
62.	Analisar mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3
63.	Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	0	1	2	3
64.	Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	0	1	2	3
65.	Eu disse a mim mesmo(a) "que as coisas poderiam ter sido piores".	0	1	2	3
66.	Corri ou fiz exercícios.	0	1	2	3

13.2. *Evidência de participação em eventos científicos*

Anexos

Carta de cobertura do local onde foi realizado o estudo

Parecer da supervisora para a submissão da Dissertação

Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane

Programa de Mestrado em Saúde Mental e Psicointervensões

Prof^ª. Dra. Palmira Santos, afecta ao Ministério da Saúde supervisora da estudante Iolanda Alberto Dima Lumbela, do curso de Mestrado em Saúde Mental e Psicointervensões, tendo verificado que a dissertação “*ESTRATÉGIAS DE COPING ADOPTADAS PELAS MÃES DAS RAPARIGAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL COM SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NO CENTRO DE ATENDIMENTO INTEGRADO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DO HOSPITAL GERAL DE MAVALANE*”, cumpre com os requisitos indicados do RCPG, recomenda que o trabalho seja submetido a avaliação.

Maputo, de Março de 2026

Assinatura

Carta de Autorização para anexação de artigo para submissão de Dissertação

Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane

Carta de Autorização para Anexação de Artigo para a submissão de Dissertação

Eu, Palmira Santos, PhD em exercício no Ministério da Saúde, na condição de co-autor do artigo cujas referências são abaixo indicadas, autorizo o co-autor Iolanda Alberto Dima Lumbela a anexá-los ao processo de submissão da sua Dissertação de Mestrado, intitulada *“ESTRATÉGIAS DE COPING ADOPTADAS PELAS MÃES DAS RAPARIGAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL COM SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NO CENTRO DE ATENDIMENTO INTEGRADO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DO HOSPITAL GERAL DE MAVALANE”*, como parte dos requisitos exigidos pelo Departamento de da Universidade Eduardo Mondlane para a avaliação pelo Júri.

Maputo, de Março de 2026

Assinatura

Referências dos artigos em causa

