



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Campos Fontes, Luiz Felipe; Canozzi Conceição, Otavio; Machado, Sthefano
Violência sexual na adolescência, perfil da vítima e impactos sobre a saúde mental
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 9, septiembre, 2017, pp. 2919-2928

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63052677013>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Violência sexual na adolescência, perfil da vítima e impactos sobre a saúde mental

Childhood and adolescent sexual abuse, victim profile and its impacts on mental health

Luiz Felipe Campos Fontes¹
 Otavio Canozzi Conceição¹
 Sthefano Machado²

Abstract This work aims to analyze the impact of childhood and adolescent sexual abuse on variables related to mental health and to identify the characteristics of the victims. To achieve this objective, microdata of the National School Health Survey 2015 was used, applying the methodology of Propensity Score Matching. The results show that the abused youth has a unique behavioral, familiar and socioeconomic profile and that they are more likely to use alcohol and drugs, be victim of bullying, to be in age-grade lag, to be employed and not to intend to continue studying. From a familiar point of view, they have low parental monitoring and lower probability of living with their mother. Estimates show that teenage sexual abuse can increase the youth's chance of reporting a constant feeling of loneliness by 13.3 percent, a 7.5 percent higher chance of having few or none friends, and a 9.5 percent higher chance of reporting frequent insomnia. Significant differences in effects on men and women were also observed, with impacts on loneliness feelings and insomnia greater for the first group and greater on the number of friends for the second.

Key words Sexual abuse, Mental health, Propensity Score Matching, National School Health Survey

Resumo Este trabalho objetiva analisar os impactos do abuso sexual na adolescência sobre variáveis relacionadas à saúde mental e identificar as características das vítimas. Para tanto, utiliza-se a metodologia do Propensity Score Matching a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. Os resultados mostram que o jovem violentado tem um perfil comportamental, familiar e socioeconômico singular, a destacar pelo fato de que tem mais chances de já ter utilizado álcool e drogas, de ser alvo de bullying, estar em distorção idade-série, encontrar-se empregado e não ter pretensão de continuar estudando. Do ponto de vista familiar, tem pouco acompanhamento dos pais e menos chance de morar com a mãe. As estimativas revelam que o abuso sexual na adolescência pode aumentar em 13,3% a chance do jovem reportar sentimento frequente de solidão, em 7,5% a chance de ter poucos ou nenhum amigo e em 9,5% a chance de relatar insônia frequente por motivo de preocupação. Foram constatadas ainda diferenças significativas dos efeitos em mulheres e homens, sendo os impactos sobre solidão e insônia maiores para o primeiro grupo e sobre número de amigos maiores para o segundo.

Palavras-chave Abuso sexual, Saúde mental. Propensity Score Matching, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

¹ Programa de Pós-Graduação em Economia do Desenvolvimento, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Av. Ipiranga 6681, Partenon. 90619-900 Porto Alegre RS Brasil. luizfelipefontes.80@gmail.com

² Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre RS Brasil.

Introdução

A violência sexual infanto-juvenil é um problema que atinge diversos países. De acordo com Stoltenborgh et al.¹ o abuso é relatado por um a cada oito jovens em todo o mundo. No Brasil, a violência sexual ocupa o segundo maior tipo de violência entre indivíduos na faixa etária dos 10 aos 14 anos, ficando atrás apenas da violência física². Essa é uma forma de violência que não é plenamente reconhecida como um problema de saúde pública e que necessita de estratégias por parte dos governos. Os adolescentes abusados têm elevado risco de desenvolver uma série de transtornos biopsicossociais, com repercussões sobre as esferas física, comportamental e cognitiva.

É preciso considerar que os efeitos são sentidos não apenas pela vítima, mas também pela sociedade. Destacam-se os custos com assistência médica, com o sistema penal e judiciário e com a queda da produtividade e do salário futuro do jovem³⁻⁵. De acordo com Saied-Tessier⁶, o custo anual do abuso sexual em adolescentes no Reino Unido chega a 3,2 bilhões de euros, sendo a maior parte decorrente da perda da produtividade para toda a sociedade.

A despeito da relevância deste tema, a maioria das pesquisas encontradas na literatura nacional e internacional utiliza dados de pequenas amostras, oriundas de estudos de caso, o que compromete a generalidade dos seus resultados. Esse é um fato extremamente importante que pode estar relacionado com o incipiente reconhecimento deste problema como uma questão de ordem pública. Como assinala um relatório da ONU⁷, a violência contra a criança e o adolescente é frequentemente silenciada, havendo em decorrência disso uma escassez de dados estatísticos sobre o assunto. Nesse sentido, o conhecimento acerca dos impactos do abuso e das características das vítimas é essencial para que medidas sejam tomadas com o intuito de reduzir os casos.

Diante deste cenário, este trabalho procurar identificar o perfil do jovem abusado e os impactos do abuso sobre a saúde mental do adolescente. Para tanto, utilizam-se os microdados de uma pesquisa nacional de saúde de escolares, a partir da qual o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁸ define o conceito de saúde mental com base em três variáveis, relacionadas ao sentimento de solidão, insônia e número de amigos. Alguns autores sugerem que a saúde mental parece ser a principal variável afetada pela violência sexual para esse segmento da população, deixando marcas no desenvolvimento de

crianças e adolescentes, com danos que podem persistir por toda a vida⁹⁻¹³, por isto quanto mais cedo houver o descobrimento de algum tipo de abuso, maior é a probabilidade de se aplicar um tratamento adequado e resolver ou amenizar os danos causados¹⁴.

De acordo com o nosso conhecimento, este é o primeiro trabalho a utilizar uma metodologia quase-experimental, que permite isolar os efeitos do abuso dos demais confundidores, o que torna essa a primeira contribuição. A segunda é a utilização de uma base de dados de caráter nacional e com representatividade equivalente a mais de 2,5 milhões de escolares, diferindo, portanto, dos estudos de caso por assegurar validade externa aos resultados.

Dados e metodologia

Este trabalho utiliza os microdados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2015. Realizada pela primeira vez em 2009, a pesquisa tem por objetivo conhecer e dimensionar os diversos fatores de risco e de proteção à saúde da população adolescente brasileira. Trata-se de uma pesquisa trienal, composta por escolares do 9º ano do ensino fundamental matriculados e frequentando regularmente escolas públicas e privadas situadas nas zonas urbanas e rurais de todo o Brasil.

A escolha do ano de 2015 foi justificada pela inclusão de uma variável que permite identificar se o escolar reportou ter sido vítima de violência sexual. Formalmente, a pergunta é “Alguma vez na vida você foi forçado(a) a ter relação sexual?”. A PeNSE 2015 contemplou questões sobre aspectos socioeconômicos; contexto familiar; hábitos alimentares; prática de atividade física; experimentação e consumo de álcool e outras drogas; saúde sexual; violência, entre outros aspectos. As variáveis de resultado foram construídas como *dummies*, assumindo, no caso da variável ‘Solidão’, valor igual a 1 se o escolar se sente sempre ou quase sempre sozinho e 0 se nunca, raramente ou às vezes. Para a variável ‘Amigos’ a *dummy* assume valor igual a 1 se o escolar tem nenhum ou até dois amigos e 0 caso contrário e, por fim, a variável ‘Insônia’ é igual a 1 se o escolar tem sempre ou quase sempre problemas para dormir porque algo o preocupa e 0 caso nunca, raramente ou às vezes.

Dado que o objetivo deste trabalho é estimar o impacto causal do abuso sexual sobre a saúde mental dos escolares, torna-se necessário encon-

trar o contrafactual do grupo de jovens abusados. Para atingir este objetivo, foi utilizado o método do *Propensity Score Matching* (PSM), que estima o efeito médio do tratamento nos tratados (*Average Treatment Effect on Treated - ATT*), buscando no grupo de controle (jovens não abusados) os indivíduos mais semelhantes ao grupo de tratados (abusados) em características observáveis. Isso é feito por meio de dois estágios, em que o primeiro consiste na estimação da probabilidade dos indivíduos receberem o tratamento, neste caso ter sofrido o abuso. Para tanto, utiliza-se o modelo *logit*. O segundo estágio é o pareamento, que associa cada indivíduo no grupo de tratamento a um indivíduo no grupo de controle com base na probabilidade de ser vítima de violência sexual.

A estimativa do ATT, $\hat{\delta}_{tt,n}$, pelo *Propensity Score Matching* é então obtida de acordo com o seguinte estimador:

$$\hat{\delta}_{tt,n} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (Y_i - \frac{1}{n} \sum_{j \in C} w_{ij} Y_j)$$

onde n é o número de tratados, i é o subscrito para tratado, j é o subscrito para controle, m é o número de *matches*, C indica suporte comum, w_{ij} é o peso utilizado para parear o indivíduo j ao i e Y é a variável de resultado. Neste artigo utilizou-se como técnica de pareamento a do vizinho mais próximo em que w_{ij} assume valor igual a 1 para os tratados e seus controles pareados e 0 para os demais controles.

Resultados

A Tabela 1 apresenta um panorama geral da amostra em relação à violência sexual para alunos de 9ª série, estratificados por gênero. Como se nota, os adolescentes abusados representam cerca de 4% do total de participantes da PeNSE, cuja representatividade amostral equivale a 101.901 jovens violentados. Nota-se que o percentual de vítimas é maior entre as mulheres (4,32%). Os microdados também apresentam a distribuição dos jovens violentados sexualmente por tipo de perpetrador. Há de se destacar que a maior parte dos atos são cometidos por pessoas conhecidas do abusado: namorado/ex (25,6%), familiares (19,3%), amigos (19,2%) e pais (10,5%). Este é um resultado extremamente preocupante, tendo em vista que a vítima pode ter sido violentada por alguém que ela ama ou confia.

Quando se consideram as variáveis de resultados propostas, nota-se por meio da Tabela 2 a

Tabela 1. Número de escolares abusados por gênero.

	Total	Abusadas
Total	2.575.269	101.901
(%)	-	3,96%
Mulher	1.326.688	57.328
(%)	-	4,32%
Homem	1.248.581	44.573
(%)	-	3,57%

Fonte: Microdados da PeNSE 2015. Nota: Os resultados foram expandidos a partir dos pesos amostrais da pesquisa.

Tabela 2. Percentual de escolares por condição de abuso e variáveis relacionadas à saúde mental.

	Solidão	Amigos	Insônia
	Não abusados		
Total	16,00%	22,70%	10,89%
Homem	9,97%	20,21%	6,70%
Mulher	21,66%	25,04%	14,82%
	Abusados		
Total	35,58%	33,69%	26,40%
Homem	20,01%	32,26%	16,60%
Mulher	46,53%	34,69%	33,28%

Fonte: Microdados da PeNSE 2015.

existência de um perfil singular do adolescente abusado no que se refere à solidão, número de amigos e problemas de insônia. Entre os escolares não abusados, 16% declararam se sentir sempre ou muito sozinhos, 22,7% disseram ter nenhum ou até dois amigos e 10,9% relataram problemas de insônia frequente por motivos que os preocupam. Os números diferem muito entre os abusados, com percentuais de 35,6%, 33,7% e 26,4%, respectivamente. A diferente dinâmica observada quanto à saúde mental das mulheres, como usualmente indicada na literatura, pode ser confirmada com os resultados da Tabela 2. Em todas as variáveis há maior prevalência de sintomas relacionados à saúde mental entre as mulheres, tanto entre as abusadas quanto entre as não abusadas.

A Tabela 3 mostra os resultados do primeiro estágio do *Propensity Score Matching*, que consiste na estimativa do modelo *logit* para os determinantes do abuso sexual entre os escolares. Os resultados apontam para um quadro que caracteriza as vítimas do abuso sexual como um grupo bastante particular em termos comportamentais, familiares e socioeconômicos. Os jovens

abusados têm mais chance de já terem utilizado drogas ilícitas ($OR = 2,15$), álcool ($OR = 1,80$) e terem amigos que já fizeram o mesmo ($OR = 1,02$). Além disso, apresentam, aproximadamente, duas vezes mais chances de já terem sido alvo de *bullying* ($OR = 2,09$) e mais chances de defasagem idade-série ($OR = 1,20$). Ainda mais grave pode ser o fato de que estes escolares reportam ter menor pretensão de estudar além do ensino fundamental e têm maior probabilidade de já estarem trabalhando, o que é indicado pelos coeficientes das categorias da variável 'Futuro escolar' e da variável 'Emprego' ($OR = 1,54$).

Em relação ao ambiente familiar, a Tabela 3 ainda revela que as variáveis de acompanhamento dos pais, tanto a que capta se estes sabiam o que o escolar fazia no tempo livre quanto a variável que indica a frequência com que os pais verificavam o dever de casa, são preditores bastante relevantes da violência sexual. Destaca-se a magnitude do resultado para crianças cujos pais sabem sempre ou na maioria das vezes o que elas fazem no seu tempo livre, fato esse associado com 50% menos chances, aproximadamente, de relato de abuso. De acordo com os nossos resultados, a variável para o número de pessoas no domicílio ($OR = 1,01$) e a *dummy* indicadora se a mãe fuma ($OR = 1,25$) são também significativas, bem como se o abusado realiza exercícios físicos fora da escola ($OR = 1,07$), se mora com a mãe ($OR = 0,86$) e se já sentiu fome em casa, sendo este último efeito crescente de acordo com a frequência do evento. Por fim, as maiores chance de abuso ocorrem em adolescentes de escolas públicas ($OR = 1,24$) e de capitais ($OR = 1,39$).

O passo seguinte do método utilizado consistiu no pareamento dos escolares abusados e não abusados com base nos atributos considerados no modelo *logit*. A Figura 1 mostra a distribuição de probabilidade de sofrer violência sexual para jovens do grupo de abusados e não abusados antes e depois do pareamento. Nota-se que inicialmente os grupos eram muito distintos em características observáveis, com forte concentração dos não abusados à esquerda da distribuição e dos violentados à direita. Após o pareamento, a distribuição de probabilidade estimada tornou-se muito semelhante entre os grupos, sugerindo a boa adequação do modelo.

A Tabela 4 apresenta o resultado central deste trabalho, que diz respeito à estimativa dos impactos da violência sexual sobre a saúde mental dos escolares. Em primeiro lugar, percebe-se que os efeitos adversos deste evento se manifestam em todas as variáveis analisadas. O efeito médio esti-

mado do abuso sobre o jovem violentado denota que o mesmo tem 13,3% mais chance de se sentir sempre ou quase sempre sozinho, 7,5% mais chance de ter nenhum ou até dois amigos e 9,5% mais chance de relatar problemas frequentes de insônia por motivos de preocupação.

Como já percebido na análise descritiva anterior, os resultados da Tabela 4 confirmam que há uma grande diferença entre os gêneros no quesito saúde mental. Para as mulheres, o impacto é maior sobre a solidão (16%) e insônia (10,7%), sendo sensivelmente diferente do observado para os homens – 6,4% e 5,7% respectivamente. Por sua vez, o impacto do abuso sexual sobre o número de amigos é maior para homens (8,6%) do que para mulheres (5%).

Discussão e conclusão

O presente estudo apresenta uma amostra significativa da população brasileira infanto-juvenil, onde uma parcela de 4% sofreu abuso sexual. Meta-análises^{15,16} estimam que de 10-20% das meninas e 5-10% dos meninos já sofreram abuso sexual antes dos 18 anos. A prevalência varia conforme o tipo de abuso sexual considerado, sendo maior para o abuso sexual sem contato físico e menor para o com contato físico. A menor prevalência encontrada no nosso estudo pode ser explicada pela natureza da pergunta utilizada para identificar os casos de abuso sexual, que remete mais facilmente à lembrança de uma experiência de abuso sexual com contato físico, subestimando a real prevalência a partir de um conceito de abuso sexual mais amplo que inclui a identificação de abuso sem contato físico. Há de se considerar ainda que o problema para aferição da prevalência pode ser maior uma vez que, segundo London et al.¹⁷, cerca de dois terços dos violentados nunca revelam o fato e a maioria dos casos não é reportada às autoridades¹⁸. Tudo isso contribui para o desenvolvimento de problemas psicológicos e sociais, abrindo espaço para discussões sobre medidas preventivas e terapêuticas relacionadas ao abuso sexual.

Em relação às características do perfil do abusado, notamos que os jovens violentados têm mais chance de já terem utilizado drogas ilícitas, álcool e de terem amigos que já fizeram o mesmo. De acordo com a literatura^{19,20}, a dependência de drogas e álcool precoce é frequente entre as vítimas de violência sexual, problema esse que pode perdurar por longo tempo. Além disso, observamos que existe maior chance de defasagem idade-

Tabela 3. Modelo logit - probabilidade do escolar ter sido violentado sexualmente.

Variáveis	Odds ratio (OR)	Variáveis	Odds ratio (OR)
Branco	0.9544 (0.0394)	Índice de posse [†]	0.9886 (0.0142)
Homem	0.695*** (0.0363)	Acompanhamento dos pais (tempo livre)	
Idade	0.7889 (0.273)	Raramente	0.7728*** (0.0591)
Exercício fora da escola	1.0734* (0.0365)	Às vezes	0.6579*** (0.0560)
“Bullying”	2.0933*** (0.0366)	Na maior parte das vezes	0.5183*** (0.0556)
Distorção idade série	1.2020*** (0.0499)	Sempre	0.5018*** (0.0521)
Emprego	1.5405*** (0.0430)	Acompanhamento dos pais (dever de casa)	
Álcool	1.8023*** (0.0413)	Raramente	0.7377*** (0.0479)
Drogas	2.1563*** (0.0436)	Às vezes	0.6540*** (0.0496)
Amigos álcool	1.0205*** (0.00462)	Na maior parte das vezes	0.6943*** (0.0649)
Hábito de comer fruta	0.9615 (0.0403)	Sempre	0.7671*** (0.0532)
<i>Fome</i>		Mãe fuma	1.2594*** (0.0462)
Raramente	1.3555*** (0.0510)	Pai fuma	0.9830 (0.0431)
Às vezes	1.5299*** (0.0498)	Mora mãe	0.8633** (0.0596)
Na maior parte das vezes	2.4276*** (0.0837)	Mora pai	0.9155 (0.0848)
Sempre	2.8677*** (0.105)	Pais separados	1.0750 (0.0930)
<i>Futuro escolar</i>		Mãe ensino superior	1.0660 (0.0482)
Médio	0.6707*** (0.0717)	Pessoas domicílio	1.0172* (0.0100)
Médio técnico	0.7784*** (0.0884)	Escola pública	1.2405*** (0.0592)
Superior	0.6300*** (0.0722)	Capital	1.3913** (0.145)
Pós-graduação	0.7236*** (0.0614)		
Pseudo R ²		0.11	
Observações		98,115	

Nota: Significativos a 1% (***) , 5% (**) e 10% (*). Erros-padrão entre parênteses. Foram incluídas *dummies* para as unidades da federação. (†) Índice obtido através do método de análise de correspondência múltipla, considerando a posse no domicílio dos seguintes indicadores: empregada doméstica; carro; moto; telefone fixo; celular; computador; e internet.

série entre os abusados, como já documentado em diversos estudos²¹⁻²³. Nossos achados também mostram que os escolares violentados sexualmente apresentam ter menor pretensão de conti-

nuar os estudos em nível médio e superior e têm maior probabilidade de já estarem trabalhando. Frothingham et al.²⁴ constatou que indivíduos abusados apresentam mais dificuldades com o

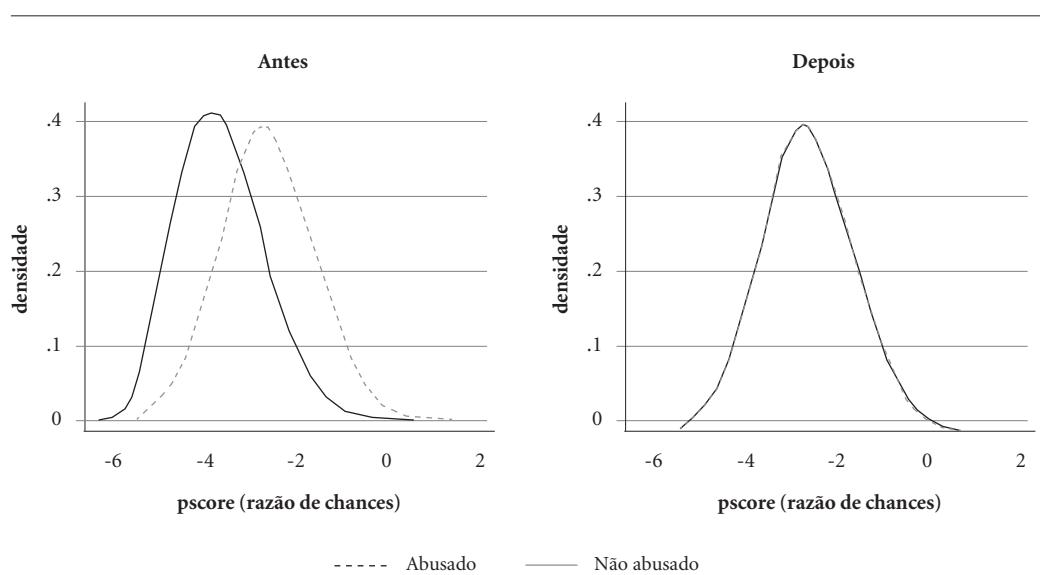


Figura 1. Distribuição da probabilidade de abuso sexual, antes e depois do pareamento.

Tabela 4. Impacto do abuso sexual sobre a saúde mental dos escolares.

	Solidão	Amigos	Insônia
Total	0.1338*** (0.010)	0.0752*** (0.011)	0.0959*** (0.009)
Mulher	0.1600*** (0.015)	0.0500*** (0.014)	0.1070*** (0.014)
Homem	0.0644*** (0.013)	0.0869*** (0.016)	0.0578*** (0.012)

Nota: Significativos a 1% (***) . Erros-padrão entre parênteses.

aprendizado e Fergusson et al.¹² apontou que os mesmos dependerão mais de programas de bem-estar social no futuro. Tudo isso evidencia uma maior dificuldade de adaptação do abusado no ambiente escolar/universitário e profissional.

Fatores socioeconômicos, como baixa renda e mãe sem qualificação educacional já foram associados na literatura com a ocorrência de abuso sexual^{12,25}. No presente estudo, no entanto, as variáveis que representam o nível socioeconômico, como ‘Índice de posse’ e ‘Mãe Ensino Superior’, não foram significativas, ao contrário dos coeficientes relativos à variável que capta se o escolar já ficou com fome por falta de comida em casa.

Isso nos sugere que mais importante para a ocorrência do abuso pode não ser a renda familiar, mas o grau de acompanhamento dos pais e a funcionalidade do ambiente familiar²⁶. Outro traço do perfil do abusado que reforça essa ideia, já apontado por Bezerra e Beltrão²⁷, é que a vítima de violência sexual evita ficar em casa e procura gastar o máximo de tempo fora do ambiente doméstico, por assim se sentir mais seguro. Esses dados são apontados pelas variáveis que avaliam a maior chance do indivíduo realizar exercícios físicos (sem contar educação física) e não morar com a mãe.

As variáveis de saúde mental usadas no estudo (insônia, amigos, solidão) não circulam transtornos mentais propriamente ditos, mas possuem um poder de sugerir sofrimento psíquico. Kendall-Tackett et al.²⁸ observaram que crianças abusadas apresentavam mais sintomas psicológicos que as não abusadas, sendo que os sintomas que mais apareciam eram pesadelos, depressão, comportamento de retirada, agressão, comportamento regressivo e transtorno neurótico. Outros sintomas comuns apontados incluem medo, ansiedade e baixa autoestima^{29,30}. Esses achados servem para dar suporte às variáveis de saúde mental utilizadas no presente estudo. Insônia pode ser explicada pela presença de pesadelos, medos e transtornos do humor, como depressão. Ausência de amigos e solidão podem estar ligados ao comportamento agressivo ou de retirada dian-

te da formação de novos vínculos sociais, bem como ser decorrente de características de baixa auto-estima e do *bullying*.

Há de se destacar a magnitude dos impactos encontrados neste trabalho sobre estas variáveis. Inicialmente, análises descritivas dos dados revelaram que, em média, jovens abusados reportam com muito mais frequência o fato de terem poucos amigos, insônia e sentimento de solidão. Posteriormente, estimativas auferidas com uma metodologia de impactos causais confirmaram o quanto nefastos são os efeitos da violência sexual sobre a saúde mental das vítimas. O fato do escoramento utilizado nas variáveis ser dividido entre sempre/quase sempre fornece uma impressão ainda mais robusta da intensidade destes resultados, sugerindo sofrimento e presença marcante de estressores psicológicos nos jovens deste estudo e também a possibilidade de desenvolvimento e manutenção de outros transtornos mentais nessa população.

Considerando as diferenças entre os gêneros, o impacto do abuso sexual sobre solidão e insônia é maior para mulheres, e sobre o número de amigos para os homens. Tal resultado é coerente com a literatura que aponta que os homens apresentam menor regulação emocional, e por isso não conseguem lidar com a situação do abuso sem externar o trauma. Isto acarreta em uma menor empatia e envolvimento com os outros de tal forma que o resultado para a variável 'Amigos' se mostra maior para este grupo. Já as mulheres, por apresentarem maior regulação emocional, são capazes de lidar melhor com o problema perante as pessoas, entretanto, acabam correndo maiores riscos de internalização dos efeitos adversos do trauma, o que é retratado pelos resultados para solidão e insônia³¹⁻³⁴.

Há de se considerar que os impactos já comentados podem ser ainda mais graves se considerarmos o fato de que os transtornos psicológicos podem perdurar ao longo de toda a vida do jovem abusado. Fergusson et al.¹², na sua coorte de trinta anos de seguimento, encontrou efeitos adversos na saúde mental de indivíduos entre dezoito e trinta anos, abusados sexualmente na infância/adolescência. Estes pontuaram mais para depressão, ansiedade, ideação suicida, tentativas de suicídio e abuso/dependência de substâncias. Além disso, reportaram mais problemas em relação ao bem-estar psicológico, comportamentos sexuais de risco e maior necessidade de suporte médico durante a vida. As consequências desses achados são abrangentes dentro do contexto familiar e social, com custos significativos para as

instituições de saúde, assistência social, e para o sistema judiciário⁵. Assim, torna-se de extrema relevância o desenvolvimento de abordagens preventivas bem como terapêuticas que forneçam subsídios à reabilitação psicológica e reinserção do indivíduo na sociedade produtiva.

Estudos internacionais mostram que as terapias cognitivo-comportamentais apresentam as melhores evidências sobre os impactos negativos na função psicossocial dos indivíduos abusados. Macdonald et al.³⁵ e Arellano et al.³⁶, em meta-análises realizadas, mostram que as principais variáveis impactadas por esta forma de tratamento parecem ser o transtorno do estresse pós-traumático e a sensação de ansiedade. Além disso, há evidências de que o tratamento também pode amenizar os sintomas de depressão, problemas comportamentais,性uais e sentimento de vergonha^{37,38}. Alguns trabalhos, contudo, lançam dúvidas quanto à validade dos efeitos da terapia cognitivo-comportamental sobre esse amplo conjunto de indicadores da saúde mental, especialmente em relação aos últimos quatro. Por outro lado, nos estudos analisados não foi constatado nenhum relato de efeito adverso do tratamento sobre as vítimas³⁵.

Programas de prevenção são outro meio de intervenção contra o abuso sexual. A literatura aponta que o método mais empregado para a prevenção da violência sexual consiste em programas escolares que abarcam alunos do primário e secundário. Tais programas ganham relevância se considerarmos os achados encontrados neste artigo, de que o jovem abusado tem um déficit marcante quanto ao acompanhamento familiar. Nesse sentido, a escola pode acabar sendo a única fonte de cuidado e proteção de jovens em situação de risco. Internacionalmente, há uma ampla variedade de modelos de programa, que vão desde estilos mais passivos (filmes, apresentações, leituras) até ativos (participação ativa, ensaios de comportamentos protetores, etc.)³⁹. Estudos mostram que estes programas proporcionam aquisição de conceitos de prevenção do abuso sexual e habilidades protetoras em situações de risco⁴⁰⁻⁴³. Outros impactos incluem maior encorajamento quanto à divulgação de casos e menor sentimento de culpa e vitimização^{43,44}.

Programas de prevenção voltados para adultos são outra fonte de combate contra o abuso sexual. Grande parte destes programas é direcionada aos cuidadores, que podem adquirir conhecimento e capacidades para lidar com possíveis situações de abuso sexual com seus filhos e proporcionar, dessa forma, maior diálogo

sobre o tema entre as partes^{45,46}. Pelo fato dos responsáveis pela criança estarem muitas vezes envolvidos no abuso sexual, outros programas de educação para adultos não cuidadores, entre eles professores⁴⁷, profissionais de crianças⁴⁸, adultos públicos em geral⁴⁹, foram desenvolvidos. Apesar dos estudos carecerem de comprovação quanto à diminuição da prevalência de abusos sexuais^{42,43}, o aumento do conhecimento sobre o tema e o aprimoramento da capacidade de lidar com essa situação pode ser um primeiro passo para a redução futura de casos de abuso.

No Brasil, há um número muito pequeno de estudos que avaliam práticas e formas de tratamentos específicos à situação do abuso. Destaca-se na literatura o trabalho de Habigzang et al.⁵⁰, que acompanharam, ao longo de dezesseis sessões de grupo terapia, uma coorte de quarenta crianças e adolescentes abusados. Os resultados apontam para uma significativa queda nos sintomas de depressão, ansiedade, estresse infantil e transtorno do estresse pós-traumático. Nesse contexto, a preocupação do Ministério da Saúde com o tema se traduziu em duas cartilhas relacionadas ao abuso sexual na infância e adolescência, que trazem recomendações aos profissionais de saúde quanto à necessidade de apoio e cuidado com a saúde mental da vítima^{51,52}. Entretanto, como mostram Von Hohendorff et al.⁵³, os casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual que apresentam sintomas psicopatológicos

mas que não são considerados severos ou persistentes não possuem nenhum serviço de referência de saúde mental para seu atendimento psicoterápico. Dessa forma, parece existir um descompasso entre o conhecimento científico existente sobre as consequências da violência sexual e as políticas públicas nacionais, que não determinam claramente o acesso dessa população à psicoterapia⁵³. No que se refere a políticas de prevenção, o Brasil é ainda mais incipiente. Nota-se que existem iniciativas de diferentes órgãos do governo, mas falta sinergia e coordenação das ações, de onde resulta que atualmente não há uma diretriz concreta para a prevenção deste problema.

Os resultados encontrados neste trabalho apontam que o abuso sexual infanto-juvenil no Brasil, além de estar relacionado a diversos fatores preocupantes do ponto de vista socioeconômico (envolvimento com drogas, trabalho precoce, etc.), acarreta em impactos de magnitude elevada sobre indicadores de saúde mental das vítimas. Dessa forma, recomenda-se que práticas avaliadas em estudos internacionais sejam reconhecidas internamente de modo a nortear o desenho de futuras políticas públicas relacionadas. Por fim, novas pesquisas também precisam ser feitas para avaliar medidas já implementadas internamente visando expandir os horizontes para novos modelos de terapias, acompanhamento e prevenção.

Colaboradores

LFC Fontes, OC Conceição e S Machado participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Stoltenborgh M, Van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat* 2011; 16(2):79-101.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Viva: sistema de vigilância de violências e acidentes: 2009, 2010 e 2011*. Brasília: MS; 2013.
3. Mendonça RNS, Alves JGB, Filho JEC. Gastos hospitalares com crianças e adolescentes vítimas de violência, no Estado de Pernambuco. *Cad Saude Publica* 2002; 18(6):1577-1581.
4. Barrett A, Kamiya Y, O'Sullivan V. Childhood sexual abuse and later-life economic consequences. *Journal of Behavioral and Experimental Economics* 2014; 53:10-16.
5. Fang X, Brown DS, Curtis FS, Mercy J. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse Neglec* 2012; 36(2):156-165.
6. Saied-Tessier A. *Estimating the costs of child sexual abuse in the UK*. London: NSPCC; 2014.
7. United Nations Organization. *World report on violence against children*. Geneva: United Nations Publishing Services; 2006.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015*. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
9. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71(4):692-700.
10. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47(3-4):372-394.
11. Shin SH, Edwards EM, Heeren T. Child abuse and neglect: Relations to adolescent binge drinking in the national longitudinal study of Adolescent Health (AddHealth) Study. *Addict Behav* 2009; 34(3):277-280.
12. Fergusson DM, McLeod GFH, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Neglec* 2013; 37(9):664-674.
13. Davidson SK, Dowrick CF, Gunn JM. Impact of functional and structural social relationships on two year depression outcomes: A multivariate analysis. *J Affect Disord* 2016; 193:274-281.
14. Escudero AC, Cardoso APA, Tesser APF, Domingos LR, De Freitas MI. Abuso sexual na Infância. *Psicológado Artigos* [periódico na internet]. 2013 [acessado 25 fev 2017]. Disponível em: <https://psicologado.com/psicologia-geral/desenvolvimento-humano/abuso-sexual-na-infancia>.
15. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health* 2013; 58(3):469-483.
16. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Neglec* 2009; 33(6):331-420.
17. London K, Bruck M, Ceci SJ, Shuman DW. Disclosure of child sexual abuse: what does the research tell us about the ways that children tell? *Psychology, Public Policy, and Law* 2005; 11(1):194-226.
18. Wyatt GE, Loeb TB, Solis B, Carmona JV. The prevalence and circumstances of child sexual abuse: changes across a decade. *Child Abuse Neglec* 1999; 23(1):45-60.
19. Nickel MK, Tritt K, Mitterlehner FO, Leiberich NC, Lahmann C, Forthuber P, Rother WK, Loew TH. Sexual abuse in childhood and youth as psychopathologically relevant life occurrence: Cross-sectional survey. *Croat Med J* 2004; 45(4):483-489.
20. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance abuse disorders in women. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(10):953-959.
21. Boden J, Horwood L, Fergusson D. Exposure to childhood sexual and physical abuse and subsequent educational achievement outcomes. *Child Abuse Neglec* 2007; 31(10):1101-1114.
22. Currie J, Spatz WC. Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child Maltreat* 2010; 15(2):111-120.
23. Noll JG, Shenk CE, Yeh MT, Ji J, Putnam FW, Trickett PK. Receptive language and educational attainment for sexually abused females. *Pediatrics* 2010; 126(3):e615-622.
24. Frothingham TE, Hobbs CJ, Wynne JM, Yee L, Goyal A, Wadsworth DJ. Follow up study 8 years after diagnosis of sexual abuse. *Arch Dis Child* 2000; 83(2):132-134.
25. Hecht DB, Hansen DJ. The environment of child maltreatment: Contextual factors and the development of psychopathology. *Aggression and Violent Behavior* 2001; 6(5):433-457.
26. Fassler IR, Amodeo M, Griffin ML, Clay CM, Ellis MA. Predicting long-term outcomes for women sexually abused in childhood: Contribution of abuse severity versus family environment. *Child Abuse Neglec* 2005; 29(3):269-284.
27. Bezerra MMS, Beltrão K. *Abuso sexual infantil – criança x abuso sexual*. Faculdade Metropolitana da Grande Recife, 2006. [acessado 2012 abr 5]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt.com.br>
28. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull* 1993; 113(1):164-180.
29. Andrews G, Corry J, Slade T, Issakidis C, Swanston H. *Child sexual abuse. Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*. Geneva: WHO; 2004. Vol. 2
30. Gilbert R, Spatz-Widom C, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009; 373(9657):68-81.
31. Bender PK, Reinholdt-Dunne ML, Esbjørn BH, Pons F. Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: gender differences. *Personality and Individual Differences* 2012; 53(3):284-288.
32. Kim-Spoon J, Cicchetti D, Rogosch FA. A longitudinal study of emotion regulation, emotion lability-negativity, and internalizing symptomatology in maltreated and nonmaltreated children. *Child Develop* 2013; 84(2):512-527.
33. Chaplin TM, Aldao A. Gender differences in emotion expression in children: A meta-analytic review. *Psychol Bull* 2013; 139(4):735-765.

34. Séguin-Lemire A, Hébert M, Cossette L, Langevin R. A longitudinal study of emotion regulation among sexually abused preschoolers. *Child Abuse Neglec* 2017; 63:307-316.
35. Macdonald G, Higgins JP, Ramchandani P, Valentine JC, Bronger LP, Klein P, O'Daniel R, Pickering M, Rademaker B, Richardson G, Taylor M. Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; (5):CD001930.
36. Arellano MAR, Lyman DR, Jobe-Shields L, George P, Dougherty RH, Daniels AS, Delphin-Rittmon ME. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: Assessing the evidence. *Psychiatr Serv* 2014; 65(5):591-602.
37. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer RA. A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(4):393-402.
38. Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse Negl* 2005; 29(2):135-145.
39. Zwi KJ, Woolfenden SR, Wheeler DM, O'brien TA, Tait P, Williams KW. School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; (3):CD004380.
40. Taal M, Edelaar M. Positive and negative effects of a child sexual abuse prevention program. *Child Abuse Negl* 1997; 21(4):399-410.
41. Rispens J, Aleman A, Goudena PP. Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse Negl* 1997; 21(10):975-987.
42. MacMillan H, Wathen CN, Barlow J, Fergusson DM, Lenethal JM, Taussig HN. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet* 2009; 373(9659):250-266.
43. Walsh K, Zwi K, Woolfenden S, Shlonsky A. School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; (4):CD004380.
44. Ji K, Finkelhor D, Dunne M. Child sexual abuse in China: a meta-analysis of 27 studies. *Child Abuse & Neglect* 2013; 37(9):613-622.
45. Hébert M, Lavoie F, Parent N. An assessment of outcomes following parents' participation in a child abuse prevention program. *Violence Vict* 2002; 17(3):355-372.
46. Kenny MC. Child sexual abuse prevention: psychoeducational groups for preschoolers and their parents. *J Spec Group Work* 2009; 34(1):24-42.
47. Walsch K, Rassafiani M, Mathews B, Farrell A, Butler W. Assessment and prevention: exploratory factor analysis and psychometric evaluation of the teacher reporting attitude scale of child sexual abuse. *J Child Sex Abus* 2012; 21(5):489-506.
48. Rheingold AA, Zajac K, Chapman JE, Patton M, Arellana, M, Saunders B. Child sexual abuse prevention training for childcare professionals: an independent multi-site randomized controlled trial of Stewards of Children. *Prev. Sci* 2015; 16(3):374-385.
49. Self-Brown S, Rheingold AA, Campbell C, Arellano MA. A media campaign prevention program for child sexual abuse: community members' perspectives. *J Interpers Violence* 2008; 23(6):728-743.
50. Habigzang LF, Stroehner FH, Hatzenberger R, Cunha RCD, Ramos MDS, Koller SH. Grupoterapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Rev Saude Publica* 2009; 43(1):70-78.
51. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*. Brasília: MS; 2010.
52. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. Brasília: MS; 2012.
53. Von Hohendorff J, Koller SH, Habigzang LF. Psicoterapia para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no sistema público: panorama e alternativas de atendimento. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2015; 35(1):182-198.

Artigo apresentado em 23/01/2017

Aprovado em 18/04/2017

Versão final apresentada em 08/05/2017