



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Redeclenciado pela Portaria Ministerial n.º 1.162, de 13/10/16, D.O.U. n.º 198, de 14/10/2016
AELBRA EDUCAÇÃO SUPERIOR - GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO S.A.

Maria Josélia Carvalho Lira

ABUSO SEXUAL INFANTIL: do silêncio ao enfrentamento

Palmas – TO

2021

Maria Josélia Carvalho Lira
ABUSO SEXUAL INFANTIL: do silêncio ao enfrentamento

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof.^a Me. Izabela Almeida Querido

Palmas – TO

2021

Maria Josélia Carvalho Lira

ABUSO SEXUAL INFANTIL: do silêncio ao enfrentamento

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof.^a Me. Izabela Almeida Querido

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Me. Izabela Almeida Querido

Orientadora

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA

Prof.^a Me. Ana Letícia Covre Odorizzi Marquezan

Membro Interno

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA

Prof.^a Dr.^a Ruth do Prado Cabral

Membro Interno

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA

Palmas – TO

2021

RESUMO

LIRA, Maria Josélia Carvalho. **Abuso sexual infantil:** do silêncio ao enfrentamento. 2021. 43f. Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Psicologia - Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA), Palmas – TO, 2021.

O abuso sexual contra crianças e adolescentes pode ser visto em todas as vertentes sociais e, na maioria das vezes essa violência é enfrentada pela sociedade e também por meio das instituições de saúde pública. Esse tipo de abuso é histórico e muitos podem estar sendo afetados. Por ser assunto complexo e de difícil enfrentamento, muitas vezes os autores do ato estão dentro do seio familiar. Dessa forma, a presente pesquisa almeja identificar de que forma a Psicologia pode contribuir no enfrentamento ao abuso sexual infantil. Para isso, será efetuado um trabalho de Revisão Bibliográfica de forma Sistemática, estudo qualitativo do tipo descritivo. A pesquisa será realizada nas bases de dados SciELO (*Scientific Electronic Library online*); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e PEPSIC (Periódicos Eletrônicos de Psicologia). Serão selecionados apenas artigos científicos de livre acesso, constituído principalmente de livros publicados nos últimos cinco anos, a contar o ano corrente (2017).

Palavras-chaves: Abuso Sexual Infantil; Violência Infantil; Sexualidade Infantil

ABSTRACT

LIRA, Maria Josélia Carvalho. **Child sexual abuse:** from silence to confrontation. 2021. 43f. Final Paper for a Bachelor's Degree in Psychology - Lutheran University Center of Palmas CEULP/ULBRA), Palmas – TO, 2021.

Sexual abuse against children and adolescents can be seen in all social aspects and, in most cases, this violence is faced by society and also through public health institutions. This type of abuse is historic and many could be affected. As it is a complex and difficult subject to deal with, the authors of the act are often within the family environment. Thus, this research aims to identify how Psychology can contribute to combating child sexual abuse. For this, a systematic bibliographic review work will be carried out, a qualitative descriptive study. The research will be carried out in SciELO databases (Scientific Electronic Library online); LILACS (Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences) and PEPSIC (Electronic Psychology Journals). Only open access scientific articles will be selected, consisting mainly of books published in the last five years, counting from the current year (2017).

Keywords: Child Sexual Abuse; Child Violence; child sexuality.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CTQ	Questionário Sobre Traumas na Infância
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i>
CSBI	Child Sexual Behavior Inventory
CPTCI	Child Post-Traumatic Cognitions Inventory
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DAH	Déficit de Atenção e Hiperatividade
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
IML	Instituto de Medicina Legal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAV	Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência
TSCC	<i>TRAUMA SYPTOM CHECKLIST FOR CHILDREN</i>
TPA	Transtorno de Personalidade Antissocial
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TIE	TREINO DE INOCULAÇÃO DE ESTRESSE
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SAP	Síndrome de Alienação Parental

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
DESENVOLVIMENTO INFANTIL E SEXUALIDADE.....	12
Definições e ocorrências.....	17
Consequências do abuso sexual infantil.....	19
Perfil do agressor sexual.....	21
ESTRATÉGIAS E O FOCO DO TRATAMENTO DA PSICOLOGIA PARA O ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	22
Intervenções e formas dtratamento.....	26
O ABUSO SEXUAL INFANTIL E DESENVOLVIMENTO DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS E TRANSTORNOS MENTAIS NA VIDA ADULTA.....	27
METODOLOGIA.....	30
Tipo de Estudo.....	31
Fonte de Dados.....	31
Local e Período de Realização da Pesquisa.....	31
Critérios de Inclusão e Exclusão.....	31
Estratégias de Coletas de Dados.....	32
RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS.....	53

INTRODUÇÃO

A sexualidade permeia muitos aspectos da vida do ser humano, está expressa nas relações sociais, de modo coletivo e individualmente, assim, pode trazer consequências positivas ou negativas ligadas às vivências advindas da sexualidade, como: disfunções sexuais, abusos sexuais etc. Segundo Weeks (1999), o sofrimento frente às questões sexuais e seus modos de expressão têm contornos específicos em cada cultura. E há evidência de que as dificuldades sexuais são bastantes frequentes e prejudicam a saúde mental e a qualidade de vida em indivíduos do mundo todo (MCCABE *et al.*, 2016).

Nessa trajetória de estudos sobre a sexualidade, há um entendimento associado aos processos históricos e sociais de que "sexo" é usado como um termo descritivo para as diferenças do corpo, diferenciando homens e mulheres (SCALCO, 2018). Nesta perspectiva, a sexualidade vem sendo discutida em interface com o desenvolvimento do homem na sociedade, no que tange às questões de sexo e de sua sexualidade.

A maneira como os diversos agrupamentos humanos lidam com as manifestações da sexualidade está, basicamente, atrelada a dois movimentos que afetam regiões psíquicas distintas, e que na maioria das vezes são tratados como se fossem da mesma ordem: o recalque do sexual e a repressão da sexualidade (CICCARELLI; ANDRADE, 2018, p. 233).

De acordo com a *World Health Organization* (WHO, 2015) a saúde sexual consiste em um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade e não apenas ao desaparecimento de doença, disfunção ou enfermidade. Dessa forma ela deve ser vista de modo positivo para o indivíduo, como um dos aspectos que proporcione qualidade de vida e saúde para o ser humano.

Além de trazer bem-estar físico e psíquico, a sexualidade é o que há de mais íntimo nos indivíduos, sendo uma das características que os identifica globalmente como espécie humana (FIGUEIROA *et al.*, 2017). Os autores ainda ressaltam que a sexualidade é um elemento indispensável na vida de todos os seres humanos, que pode ser aprimorada ao longo dos anos, tendo início no nascimento e o seu fim com a morte.

Assim sendo há fatores na sexualidade que trazem problemas e consequências negativas. Dentre as quais existem o abuso sexual e a violência sexual, especialmente a infantil. Para Penso

et al. (2009), o abuso sexual consiste em uma violência que se caracteriza pelo uso da força, opressão e manipulação da sobrevivente para se obter o que deseja sexualmente. Em decorrência disso, o ato de obrigar uma pessoa a fazer algo contra sua vontade gera consequências dolorosas, de modo físico e psicológico.

Segundo Magalhães *et al.* (2017), é percebido que as crianças são atingidas pela violência sexual porque muitas as acham desprotegidas e vulneráveis.

Dessa forma, Penso *et al.* (2009), afirmam que o abuso sexual pode resultar em danos para as crianças, como por exemplo a depressão, a tristeza, a raiva, entre outras coisas. Scobernatti (2005), diz que a gama de atos é bastante ampla abrangendo desde atividades sem contato físico, cantadas obscenas, até as com contato físico, implicando graus diferentes de intimidade que vão de beijos a carícias nos órgãos sexuais.

Portanto, é preciso que este padrão de acontecimentos seja cada vez mais investigado, a fim de alcançar alternativas que visem gradativamente a diminuição, dos abusos contra crianças, visto que elas ainda estão se desenvolvendo e sua sexualidade não deve estar associada a atos de obrigação em ter relações sexuais sem entendimento ou até mesmo sem preparação física e psicológica.

Considerando as leituras e discussões sobre abuso sexual infantil formatou-se o seguinte problema de pesquisa para conduzir o processo investigativo: Quais as estratégias utilizadas na Psicologia que podem contribuir no enfrentamento ao abuso sexual infantil? Nesta perspectiva, com a finalidade de auxiliar na construção de conhecimentos que possam contribuir para uma melhor concepção acerca do assunto e assim potencializar novos estudos, a pesquisa apresentada teve como objetivo geral: Identificar de que forma a Psicologia pode contribuir para o enfrentamento ao abuso sexual infantil.

Quanto aos objetivos específicos estes visam: Apresentar estratégias de enfrentamento que a Psicologia mais recomenda nos casos de abuso sexual infantil; Identificar os possíveis efeitos do abuso sexual na relação da criança com a família; Verificar na literatura se há relação entre o abuso sexual sofrido na infância e os riscos para o desenvolvimento de transtornos mentais na vida adulta.

Quanto a justificativa, o abuso sexual infantil se caracteriza por uma problemática de alta recorrência. Em concordância com Kaplan e Sadock (1990), é um grave problema de saúde pública. Ainda, segundo esses autores, as negligências na infância constituem um aspecto da

violência social que está insidiosamente se infiltrando na sociedade e reflete-se em todas as estatísticas sobre crimes.

Do ponto de vista social, a violência contra crianças e adolescentes, em meado do século XX, deixou de ser considerada apenas um problema interpessoal de caráter privado, adquirindo uma afeição que expressa a correlação de forças da sociedade em que acontece. Estudá-la visa as mudanças estruturais.

Do ponto de vista pessoal, o tema proposto é de relevância para o pesquisador por ser essencial para sua atividade como princípio a preeminência total em declarar a qualidade própria do desenvolvimento dos sujeitos, o aumento da autoestima, além do contato familiar e social em situação de merecimento e dignidade. Enfim, proporcionar a superação da violação de direitos, e a reparação do abuso sofrido.

Tendo em vista os objetivos propostos nesta investigação, a metodologia utilizada caracteriza-se pela apropriação do método de pesquisa bibliográfica sistemática. Nesta mesma orientação, o tipo de pesquisa utilizada foi a pesquisa qualitativa do tipo descritiva, que proporciona à atribuição de significados da realidade, como foco central na experiência social apresentada pelos sujeitos no seu dia a dia, ou seja, modo de vida, cosmovisão, comunicação, linguagem e suas práticas relacionais e sociais. A pesquisa qualitativa possibilita que os indivíduos revelem tudo o que pensam e sabem a respeito do que está sendo pesquisado, fortalecendo a visão do pesquisador em relação ao problema que gerou a pesquisa.

Considerando que vários elementos são essenciais e imprescindíveis para o entendimento da temática em estudo, o primeiro capítulo terá como finalidade entender a importância do desenvolvimento, intelectual, verbal e emocional, para avaliar os possíveis efeitos do abuso sexual infantil. Posteriormente, apresentar as principais características das fases do desenvolvimento sexual infantil, dessa forma, a sexualidade pode fazer parte da vida de todos os seres humanos, pois mesmo quando criança, o indivíduo já começa a experimentar e a criar sua própria identidade sexual e conseqüentemente sua sexualidade.

Destacar também que a sexualidade de modo geral é algo que compreende muitos elementos, como sexo, desejo, carinho, prazer, modo de pensar, de se vestir, química, entre outros, sendo muitas vezes considerada como algo subjetivo de cada indivíduo.

O segundo capítulo terá como objetivo definir o abuso sexual extrafamiliar e intrafamiliar enquanto expressão da violência que envolve crianças e adolescentes, evidenciando suas

características, causas, consequências, entre outros. Destacar também acerca do perfil do agressor sexual infantil e como serão submetidos à atividade terapêutica.

O terceiro capítulo apresentará de, forma mais detalhada, as estratégias de notificações do abuso sexual infantil, as determinações das queixas pelos responsáveis e o foco da Psicologia no tratamento. Destacar também, às intervenções efetivadas pelo terapeuta no âmbito dos aspectos psíquicos e sociais da criança e de sua família após o diagnóstico do abuso.

Por fim, o último capítulo apresentará os principais resultados da investigação realizada, estabelecendo uma relação com o conteúdo anteriormente trabalhado e trazendo novos elementos que possam auxiliar na compreensão desta problemática. Nas considerações finais, buscar-se-á apresentar algumas ponderações relacionadas à temática estudada, especialmente a partir dos resultados da pesquisa, comprovando as descobertas acerca dos objetivos e problemática do estudo.

REFERENCIAL TEÓRICO

DESENVOLVIMENTO INFANTIL E SEXUALIDADE

Para avaliar os possíveis efeitos do abuso sexual, é de suma importância que entendamos o desenvolvimento intelectual, verbal e emocional que é comum para uma criança na idade em que o trauma acontece. Erikson (1964), considerado o pai da Psicologia do Desenvolvimento, separou os estágios da vida em oito fases psicossociais. Cada estágio, em sequência, está relacionado com uma dificuldade específica que a criança tem de resolver em sua busca de identidade antes de passar para o próximo estágio.

Do nascimento até um ano de idade, é desenvolvida a confiança contra desconfiança. Nesse período, a tarefa básica do bebê é desenvolver um relacionamento com alguém em que possa acreditar e estar atento às suas necessidades; Da primeira infância: dois a três anos é desenvolvida autonomia contra a vergonha e a dúvida. O foco da criança nesse período é a necessidade de desenvolver o sentido de independência e autonomia.

No período de quatro a cinco anos, corresponde a iniciativa contra culpa. Nesse período a criança toma iniciativa ao investigar tudo com curiosidade, ao falar sem cessar, movendo-se constantemente. Já na etapa dos seis anos até a puberdade, se refere ao empenho contra

inferioridade. A criança se esforça por fazer bem as coisas e obter o reconhecimento e elogio por realizações pessoais. Quando a criança tem êxito, sente-se competente. O fracasso traz um sentimento de inutilidade e um sentimento de inferioridade.

Na etapa da adolescência é desenvolvida a identidade contra confusão de identidade. Todas as fases anteriores contribuíram para a identidade da criança em desenvolvimento. Na quinta fase, os adolescentes estão tentando determinar quem eles são separados dos pais. Mudanças fisiológicas rápidas fazem com que seus corpos lhes pareçam estranhos. Podem sentir-se muito confusos sobre quem eles são durante esse período em que tentam desenvolver uma percepção clara de si próprios.

No período do início da maioridade, vai falar da intimidade e solidariedade contra isolamento. Quando jovens adultos emergem razoavelmente da fase cinco, eles intensificam a formação de relacionamentos íntimos com os outros, sem medo de que seu próprio senso de identidade seja ameaçado. Agora no estágio da meia-idade, é a da produtividade contra estagnação e auto absorção. Esse estágio está centrado num interesse de guiar a próxima geração através da educação de filhos ou esforços criativos e produtivos.

E por fim, o período da terceira idade, corresponde a integridade contra desespero. Quando uma pessoa tem o privilégio de avançar na vida com relacionamentos razoavelmente saudáveis, essa fase final traz consigo uma sensação de realização e o sentimento de que foi vivida uma vida que valeu a pena. Do contrário a pessoa é deixada no desespero, pesar, medo e auto rejeição (ERIKSON, 1964).

De acordo com Bronfenbrenner (1979/1996, 2011), dedicado ao estudo sobre o desenvolvimento do ser humano por exemplo, refere-se a importância do desenvolvimento no ambiente familiar, visto fazer parte do nicho ecológico de maior contato da criança. Contudo, tal cenário pode beneficiar ou impedir o desenvolvimento da criança, constituindo-se fatores de risco ou de proteção no desenvolvimento dos seus descendentes, dependendo do vínculo afetivo estabelecido entre os membros (MORAIS; LIMA; FERNANDES, 2014).

A sexualidade faz parte do desenvolvimento humano, principalmente no que tange à formação da identidade do sujeito. Papalia e Feldman (2013), afirmam que se reconhecer como um ser sexual, reconhecer sua própria orientação sexual ou perceber os primeiros momentos que sua sexualidade aflorou e pôde proporcionar relações afetivas, fazem parte da construção da identidade sexual. Dessa forma, a sexualidade pode fazer parte da vida de todos os seres humanos,

pois mesmo quando criança, o indivíduo já começa a experimentar e a criar sua própria identidade sexual e conseqüentemente sua sexualidade.

Embora presente nas crianças, é na adolescência que a orientação sexual de uma pessoa geralmente se torna uma questão premente. A sexualidade permeia muitos aspectos e um deles é a orientação sexual. Segundo Cardoso (2008), está relacionada especialmente pelo desejo sexual com sujeitos do sexo oposto ou para com indivíduos do mesmo sexo.

Freud (2006), além de ser um dos primeiros teóricos da Psicologia a tratar da sexualidade como ponto chave em sua abordagem, ele também foi um dos pioneiros nos estudos da sexualidade infantil quando escreveu sua teoria sobre a mesma, antes buscava entender o porquê de mulheres apresentarem sintomas psicológicos relativos à histeria. Costa e Oliveira (2011), discutem que o autor defendia a veracidade da erotização ou da sexualidade na criança existir desde o nascimento, mesmo que muitos autores tenham defendido que a maturidade sexual não existia na criança e iniciava apenas na puberdade.

Na época de Freud, algumas pessoas já mencionavam a sexualidade infantil, mas sempre eram vistas como algo que acontecia devido a curiosidade da criança ou perversão antecipada, apresentando como manifestações infantis o endurecimento do pênis e masturbação. Em outras palavras, não se acreditava que manifestações da sexualidade infantil eram algo comum e muito menos saudável para a idade (FREUD, 1905/1996).

Dessa forma, mediante pesquisa, Freud (1905/1996), definiu as fases do desenvolvimento psicosssexual da criança caracterizando como: oral, sádico-anal, fálica e genital, que podem levar a vida sexual adulta ou às pulsões diversas, outrora parciais, que podem ficar instaladas na zona genital. Ele chega a afirmar que as crianças conseguem prazer com definidas atividades do dia a dia associadas ao corpo, como por exemplo a sugação, dejetos de fezes e onanismo. De acordo com Couto (2017), as crianças podem demonstrar respostas sexuais perversas, mas não tem finalidade de reprodução e outras chamadas polimorfas, que não objetiva atos ou práticas sexuais, contudo ambas podem trazer satisfação até mesmo em zonas genitais.

Cada uma das fases do desenvolvimento sexual infantil contempla um desejo manifestado ou não pela criança. A primeira fase dentro da teoria freudiana é a oral, Freud (1905/1996), apelida como “canibalesca”, visto que a boca é a direção que o bebê usa para colocar quase tudo. A boca proporciona ao bebê um saber sobre as coisas do mundo e o seio da mãe é o lugar onde o

objeto de pulsão sexual é saciado. Posteriormente, no período pré-genital, onde fica localizado a fase sádico-anal da criança.

Couto (2017), enfatiza uma relação entre a mucosa dos lábios com a cavidade bucal, sendo que há algumas partes sensíveis do intestino que podem gerar distúrbios no estômago, dessa forma é necessário que a criança esvazie os incômodos no intestino com as fezes. Então o que caracteriza essa fase são as fezes do bebê, que pode servir de moeda de troca na hora de chamar atenção para conseguir o que deseja com seu responsável.

A próxima fase é a fálica. Couto (2017), aborda que nesta etapa há uma teoria sobre o menino, para ele há um órgão anatômico, o falo muito importante e supervalorizado. É neste período que geralmente o Complexo de Édipo aparece na criança. Nesta fase há, disputa do filho pelo afeto da mãe, contra o pai, caracterizada metaforicamente como edipiana (como se fosse incestuosa). Por fim, há a fase genital, considerada pelo autor precursor da vida sexual adulta. Couto (2017), expõe que anteriormente havia pulsão sexual em algumas zonas de prazer, e até de pulsões parciais, nesta nova etapa começa a dar ênfase na zona erótica. Esse estágio pode-se dizer que inicia na maturação sexual do indivíduo lá pela adolescência, iniciando excitações sexuais por outras pessoas, objetos sexuais, com finalidade de buscar o prazer sexual.

Sendo assim, durante o desenvolvimento infantil, a criança pode ter excitações nos órgãos genitais ou em outros lugares, contudo não é com intenção sexual de prazer com outra pessoa ou com desejos voluptuosos. Tal pensamento é corroborado por Odessa (2016), afirmando que a criança não vivencia a prática sexual do mesmo modo que o indivíduo na vida adulto, pois este deseja tocar o máximo de si próprio com o comportamento sexual. Já as crianças operam seus desejos sexuais de modo inculpado, suas fontes estão relacionadas às necessidades vitais como a alimentação e a excreção (ODESSA, 2016). Tudo que a criança deseja na fase infantil é satisfazer suas necessidades através de sentimentos de prazer e desprazer.

A sexualidade de modo geral é algo que compreende muitos elementos, como sexo, desejo, carinho, prazer, modo de pensar, de se vestir, química, entre outros, sendo muitas vezes considerada como algo subjetivo de cada indivíduo. De acordo com Foucault (1984), o termo sexualidade é um dado histórico do qual envolve uma série de conjuntos e práticas, expressões e procedimentos, com o objetivo de estimular os corpos, impulsionar os prazeres e até motivar o conhecimento, ou seja, é uma forma de comunicação de cada indivíduo com ele mesmo e com o outro.

Nos dias atuais ainda há confusão entre os termos sexualidade e sexo. Para Foucault (2015), o conceito de sexualidade aparece no século XIX trazendo outro sentido para a palavra, sendo entendida como novo campo de estudo; regras e normas em entidades religiosas, judiciárias, pedagógicas e médicas; no modo de pensar das pessoas, na busca pelo desejo, prazer e até sentimentos. A sexualidade abrange muitos constructos, sendo o sexo um deles. A sexualidade é ainda influenciada por fatores biopsicossociais, nos quais o biológico compreende o impulso sexual que se caracteriza por processos fisiológicos, cerebrais e hormonais (MACÊDO, 2018).

Enquanto o psicológico fala dos desejos eróticos, do material subjetivo e da vida afetivo-sexual (RIBEIRO, 2005; BASSON, 2006; FEDERMAN, 2006; DALGALARRONDO, 2008). Macêdo (2018), traz que o meio social pode proporcionar vários tipos de desejos, pensamentos, comportamentos e outros elementos sexuais no sujeito. Ao passo que o sexo pode ser considerado um agrupamento de comportamentos, ações ou práticas relativas ao ato sexual.

Para a *World Health Organization* (WHO, 2015), a sexualidade pode ser entendida como fator relevante para o desenvolvimento humano, envolvendo sexo, identidade de gênero, prazer, reprodução e orientação sexual. Emitida de várias formas pelas pessoas e sendo influenciada por aspectos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, históricos e religiosos.

Perls (2002), assim como Laplanche e Pontalis (2001), em estudos sobre sexualidade dentro da Psicologia, afirmam que a sexualidade pode proporcionar grande influência no desenvolvimento da vida humana, levando a qualidade de vida, bem-estar, satisfação e prazer, sendo considerada muitas vezes uma necessidade básica ou fisiológica do sujeito. A Psicologia, assim como muitas ciências (médicas, antropológica e social) perceberam que a sexualidade é um constructo que interfere de modo positivo ou negativo na vida das pessoas. Na era moderna, pesquisadores das ciências humanas, sobretudo da Psicologia, tornam-se importantes articuladores para a formulação e a disseminação de discursos sobre gênero e sexualidades (BORGES *et al.*, 2013).

Da teoria à prática psicológica, e em diferentes teorias psicológicas, articulam-se e arbitram-se possibilidades de existência e marcações de diferenças, controlando corpos, prazeres, desejos e relações, legitimando assimetrias e desigualdades (BORGES *et al.*, 2013). Dessa forma, a Psicologia tem trabalhado ao longo dos anos em muitos âmbitos para entender a complexidade que abrange a sexualidade e auxiliar quem precisa melhor desenvolvê-la.

ABUSO SEXUAL INFANTIL

Definições e ocorrências

A Organização Mundial de Saúde - OMS (1999), ao discorrer que a violência sexual em que a pessoa violentada é uma criança, legitima o termo como abuso sexual infantil. Uma das exposições mais referidas de modo frequente na literatura que define o abuso sexual infantil, foi proposta pelo *National Center on Child Abuse and Neglect* - (NCCAN) como:

Qualquer contato ou interações entre uma criança e um adulto, quando a criança é usada como satisfação sexual do abusador ou outra pessoa. O abuso pode ser cometido entre menores, desde que o agressor seja significativamente mais velho que o sobrevivente, ou está numa posição de poder e controle sobre outra criança (MILLER-PERRIN; PERRIN, 1999, p. 103).

De acordo com o contexto de ocorrência, o abuso sexual pode ser classificado em diferentes categorias. O abuso sexual é considerado intrafamiliar ou incestuoso quando as práticas de índole sexual ocorrem entre familiares. Há diversas formas de relações incestuosas: entre pais e filhos; entre irmãos (consanguíneos ou adotivos) (SEABRA; NASCIMENTO, 1998). Se expandirmos o contexto, compreende-se que o abuso sexual infantil cometido por avós, tios, pais não biológicos e primos da mesma forma se caracteriza como uma relação incestuosa. Logo que o incesto e o abuso infantil se juntaram, o conceito de incesto foi radicalmente ampliado, assim o contato suave e afetuoso ou toques com propósitos sexuais tornaram-se incesto (HACKING, 1999).

O abuso extrafamiliar diz respeito ao abuso sexual perpetrado por indivíduos externos à esfera familiar (VIODRES; INOUE; RISTUM, 2008). Uma vez que o abusador/ a abusadora tem acesso à família, geralmente é alguém de confiança e tem acesso quase que irrestrito à criança. Porém, pode acontecer ainda que o executor da agressão seja alguém desconhecido pela criança e os atos sejam realizados fora do ambiente familiar (SEABRA; NASCIMENTO, 1998).

Segundo Scobernatti (2005), o abuso por irmãos também foi incluído na categoria, bem como o jogo sexual entre crianças, especialmente com diferença significativa de idade.

De acordo com Kristensen (2001) as formas de abuso sexual são:	
Abuso sexual doméstico ou	essa situação de violência se dá num contexto de laço familiar ou de responsabilidade entre a sobrevivente e o

intrafamiliar incestuoso -	agressor.
Abuso sexual extrafamiliar -	o abuso por desconhecidos ou por alguém em quem a criança confia como educadores, médicos, colegas, vizinhos, psicólogos.
Pedofilia -	o abuso sexual, nesta condição, se dá em geral motivado por uma atração erótica por crianças, podendo o pedófilo se satisfazer com fotos, fantasias ou com o ato sexual.
Estupro -	é a situação em que ocorre a penetração vaginal com o uso de agressão ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso.
Sedução -	nesta condição, o abuso sexual ocorre com a penetração vaginal e sem uso de agressão em adolescentes virgens, de 14 a 18 anos incompletos.
Atentado violento ao pudor -	é a situação em que ocorre a agressão ou grave ameaça sem penetração vaginal em crianças e adolescentes de até 14 anos, em circunstância o qual há desconforto ao praticar atos eróticos. A agressão é presumida, como no estupro.
Assédio sexual -	de modo geral, o abuso sexual ocorre segundo proposta de contrato sexual e posição de poder do agente sobre a criança que é ameaçada e coagida pelo ofensor.
Exploração sexual comercial ou prostituição -	é a condição em que ocorre a relação sexual em forma de favores e dinheiro.
Pornografia -	essa situação de violência se dá com o uso e exibição de imagens sensuais, partes íntimas do corpo ou práticas sexuais entre adultos e crianças, com outros adultos ou com animais, em revistas, livros, filmes, internet. Essa violação diz respeito a quem fotografa e a quem exhibe as imagens.
Turismo sexual -	essa forma de abuso sexual consiste na possibilidade de garantir o comprometimento dos sobreviventes, com fins velados ou explícitos de propiciar prazer e sexo a turistas.
Tráfico para fins de exploração sexual -	é a condição que envolve desejo, aliciamento, posse pela força, intercâmbio, transferência, hospedagem para posterior atuação das sobreviventes, (KRISTENSEN, 2001).

No Brasil, a análise de Faleiros (2003), constatou que 94% das sobreviventes eram próximas ou conviviam com o abusador, que eram familiares ou ligados à família e conhecidos. O efeito causado pelo abuso sexual é muito marcante para a criança, causando efeitos de médio,

curto e longo prazo na vida deste. Dessa maneira, Gabel (1997), destaca que essas feridas profundas se relacionam à vulnerabilidade, à idade da criança, à repetição e ao tipo de abuso ou ao silêncio em volta da criança, assim causam o predomínio da continuidade da violência.

Além disso, a questão representa:

[...] todo o ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra a criança e/ou adolescentes, que, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima, implica, de um lado, uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é uma negação do direito que a criança e adolescente têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condições peculiares de desenvolvimento (SCOBERNATTI, 2005, p. 83).

Embora o tema em questão apresente raízes sociais históricas, é notável os avanços legislativos e em favor da criança e dos adolescentes, como o Estatuto da Criança e do Adolescente ECA, (1990), que apresenta uma grande cooperação para que a sociedade reaja contra os diversos tipos e formas de agressão sexual. Segundo o ECA (1990), nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo perante a lei qualquer atentado, por ação ou omissão, que interfira em seus direitos fundamentais.

Fundamentalmente, são notáveis os esforços de implantação e supervisão dos direitos desta classe historicamente marginalizada. Normalmente, essas medidas visam a possibilidade de atribuir e garantir à criança e ao adolescente o direito à honra, à dignidade e ao merecimento de alguém em formação e desenvolvimento. Nos termos do art.º 124.º Do Código de Processo Penal - (CPP, 2009) constituem,

Objeto de prova todos os factos juridicamente relevantes para a existência ou inexistência do crime, a punibilidade ou da não punibilidade do arguido e a determinação da pena ou da medida de segurança aplicáveis”. O CPP regula os meios de prova sendo que estes consistem em vias ou instrumentos de natureza pessoal ou material”, através dos quais se torna possível demonstrar a realidade de um fato. Dos meios de prova que constam no CPP, destacam-se a prova pericial e a prova testemunhal (LATAS, 2006, p. 33).

Segundo o art.º 157.º 1.º do CPP, deve ser produzido um relatório após a realização do exame, neste relatório deve estar presente a apuração da perícia e a obrigatoriedade do perito de interpretar e fundamentar. A construção da prova médico-legal envolve-se de exclusividade na investigação dos casos de abuso sexual de crianças especificamente na fase inicial, Magalhães e Vieira (2003).

Dessa forma, o abuso sexual infantil se caracteriza como um problema de saúde pública, devendo a família proteger seus filhos, da mesma forma que os protegem de pessoas estranhas, estando os profissionais, pais, psicólogos, professores, escola de modo geral, formando uma rede de vigilância e apoio regular, desse modo estes devem assegurar e proteger as crianças, a fim de minimizar os prejuízos causados por tanta violência (HABIGZANG; KOLLER, 2012).

Consequências do abuso sexual infantil

O presente tópico trabalhará a diversidade dos sintomas clínicos associados ao abuso sexual infantil, incluindo consequências sociais, comportamentais, emocionais e cognitivas. Essas alterações parecem estar mais associadas ao sexo masculino, entre as quais: a desordem que dificulta o ritmo de aprendizagem e problemas escolares (PIRES FILHO, 2007); jogos eróticos; comportamentos infantilizados; incontinência urinária noturna; aumento de peso; preocupação com limpeza; ato de recriminar alguém; vergonha; recorrência do trauma como impacto negativo (KRISTENSEN, 1996).

Problemas com o sono; medo de ficar só e no escuro; falta de atenção; agressividade (KRISTENSEN, 1996; PIRES FILHO, 2007); comportamentos que normalmente causam sofrimentos e afetam as relações interpessoais e a saúde; ansiedade, pensamentos intrusivos, evasão e afastamento do lar, problemas legais, tais como, desaparecimento ou aparecimento de objetos; e a distorção da auto imagem. (HOLMES; SLAP, 1998; KRISTENSEN, 1996; PINTO JUNIOR, 2005).

Baseado nisso, podem surgir problemas em saúde mental derivados de tal trauma na infância, logo, dentre as psicopatologias mais associadas à ocorrência de abuso sexual infantil estão os transtornos de humor, transtornos de ansiedade, transtornos dissociativos, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), transtornos alimentares e o transtorno de abuso de substâncias (BRIERE; ELLIOTT; PUTNAM, 2003, MACMILLAN *et al.*, 2001).

As crianças que sofreram abuso sexual podem apresentar um medo acentuado em relação aos efeitos negativos sob terceiros, familiares, a si próprias ou, em inúmeros casos, os agressores. A forma como se deu o abuso (intrafamiliar ou extrafamiliar), a idade, o temor das consequências negativas, o peso da responsabilidade relacionado ao abuso, se apresentam como fatores decisivos no momento da revelação da violência (GOODMAN-BROWN *et al.*, 2003).

Diante destes fatores, o responsável pelo tratamento não pode nutrir a expectativa de

constituir uma relação de confiança na primeira abordagem. Normalmente, as crianças que sofreram abuso sexual necessitam de dois ou mais encontros para perceberem que o ambiente de atendimento é seguro para a exposição do acontecimento. Sendo assim, um acolhimento pautado em apenas uma entrevista manteria as crianças em estado de vulnerabilidade (DEVOE; FALLER, 1999). Dessa forma, se faz necessário que os profissionais de saúde tenham um bom conhecimento dos efeitos gerados pelo abuso sexual, para que possam analisar com perícia e técnica os principais materiais para o diagnóstico (EPSTEIN; BOTTOMS, 2002).

Nos relatos no qual o abuso sexual acontece sem o uso de violência ou força física, é perceptível um relacionamento baseado na confiança e por vezes de intimidade com o agressor, que faz uso intencional e indevido do poder e influência para manter o silêncio e o segredo da sobrevivente (JONZON; LINDBLAND, 2004). Muitas vezes, essa situação é mantida em segredo por um longo período de tempo, podendo ultrapassar gerações, dificultando a revelação e a busca de ajuda (NARVAZ; KOLLER, 2004).

Perfil do agressor sexual

Neste tópico será abordado acerca do perfil do agressor sexual infantil e como serão submetidos ao tratamento terapêutico.

No estudo dirigido por Penso *et al.* (2016), na capital do Brasil, Brasília, os agressores envolvidos em casos de abuso sexual são assistidos pelo Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV) e se enquadram no seguinte perfil: pardos ou negros; aproximadamente entre 20-60 anos; compreende aspectos de condições de baixa renda; escolaridade abaixo do esperado; em sua maioria trabalha por conta própria ou profissionais que não cumprem formalidade e moradores de periferia.

Pesquisas sobre as intervenções terapêuticas sinalizam uma significativa diminuição na reincidência de crimes sexuais quando os agressores são submetidos a atividades terapêuticas (GEIGER; FISCHER, 2017; LECLERC; CALE, 2015; MARSHALL, 2007; SOMAPI, 2015). Entretanto, não se considera os cuidados terapêuticos como uma garantia para a recorrência do abuso sexual.

Estudos dirigidos indicam que os agressores sexuais quando submetidos a tratamentos terapêuticos, demonstram importante aumento na probabilidade de não recorrência da agressão.

Nota-se que em média, o comportamento criminoso diminui em 10% a 20% em comparação com o agressor sexual não tratado. Aparentemente insignificante, mas ainda é um dado positivo que justifica a reflexão do agressor sobre a violência cometida (MARSHALL, 2018).

As intervenções podem ser realizadas nos âmbitos individuais e de grupo (MARSHALL, 2007). A psicoterapia de grupo permite um alcance que precisa ser norteado por objetivos definidos, com avaliação prévia dos participantes. É bastante relevante que os membros do grupo possuam características semelhantes, no que diz respeito ao ato sexual violento praticado, a finalidade de fugir do tratamento insuficiente ou excessivo de diferentes participantes (MARSHALL, 2001).

Em seu estudo, Penso *et al.* (2016) demonstram que os agressores submetidos ao processo terapêutico foram adultos que cometeram abuso sexual infantil e que já haviam cumprido suas penas (sistema fechado), ou ainda estavam cumprindo suas penas (sistema semiaberto). Os participantes cumpriram pena em regime fechado, semiaberto ou mediante acordo legal. Os atendidos são avaliados em entrevistas por profissionais de psicologia, assistência social e psiquiatria. As entrevistas são realizadas individualmente e com a família, apenas após esses procedimentos é que o serviço de grupo é iniciado.

Aqueles que, devido sua patologia, são considerados inadequados para o grupo são tratados individualmente. Os atendimentos em grupo são realizados em oito sessões compostas por duas horas girando em torno de 15 a 18 participantes. Cada sessão é formada por um tema central, a saber: estima, integração grupal, expressão da sexualidade, sofrimento pessoal pela violência sofrida e praticada, pensamentos de risco e proteção, desejo sexual de crianças e reconstrução para o futuro. Essa estruturação metodológica pode ser consultada e aplicada por meio dos trabalhos e estudos de (MENESES *et al.* 2016; CONCEIÇÃO *et al.* 2018; PENSO *et al.* 2016).

Uma das abordagens da psicologia que parece satisfazer as sugestões de estudos desenvolvidos do perfil do agressor sexual infantil é o Psicodrama. Desenvolvido por Moreno, que propôs uma abordagem do psiquismo humano (MORENO, 1946).

Os pesquisadores que cogitaram intervenções para esse grupo, focam suas instruções em princípios preferenciais presentes na intervenção como: compreensão do sofrimento da criança, manejo e equilíbrio entre o pensar e agir, reconhecer o abuso, identificar sinais que antecederam

o ato do agressor, e o reconhecimento do impulso por manter a relação sexual com crianças (MARSHALL, 2007; SETO, 2009).

A aceitação e a determinação que envolvem teoria e execução do psicodrama consentem que se realize esses conteúdos por intermédio da redução da ansiedade e do equívoco da atenção para temáticas que apresentam grande envolvimento social e moral.

ESTRATÉGIAS E O FOCO DA INTERVENÇÃO DA PSICOLOGIA PARA O ABUSO SEXUAL INFANTIL

Neste capítulo, serão apresentadas as estratégias de notificações do abuso sexual infantil, as determinações das queixas pelos responsáveis e o foco da Psicologia na intervenção. Um dos principais desafios de uma estratégia de atendimento aos sobreviventes de abuso sexual infantil é minimizar a grandeza de seus possíveis efeitos. As instituições de saúde, por meio de seus profissionais, são em boa parte dos casos de abuso, o primeiro local para o diagnóstico e apoio. Mas, tais profissionais de saúde e instituições ainda não estão preparados para uma abordagem psicossocial apropriada.

Algumas instituições responsáveis por este tipo de tratamento geram, por vezes, o que é conhecido por violência institucional, que, segundo Casado (1997), engloba os atos de omissão, condições ou ações permitidas no contexto organizacional que ameaçam o desenvolvimento da criança. O crescimento das denúncias, associado ao crescente resultado de exposições nacionais sobre o abuso sexual, é fruto das atuais exigências das notificações aos abusos sexuais infantis no país.

Ferreira (2002), cita outros fatores como falta de conscientização social; desconhecimento das atitudes a serem tomadas; medo de revanchismo e dos transtornos legais ou acusação de falsa denúncia. O processo de diagnóstico aborda possíveis tipos de sinais sugestivos/indicativos de abuso por meio das informações obtidas. No caso de abuso de meninas, algumas pesquisas indicaram a possibilidade que ocorra sinais físicos que podem ser considerados como indicativos para os profissionais da área de saúde.

Tais sinais são citados tornando-se necessário observar a região lesionada (posterior da vagina e meio do hímen) e a forma da lesão (cicatrices, cortes e alargamento do hímen) para um bom diagnóstico. A existência de objetos utilizados no abuso sexual pode ser entendida como

uma tentativa de estancar o sangramento, aliviar dores ou até mesmo manter um certo controle emocional sob o trauma (HERMAN-GIDDENS, 1994).

Em meio a um expressivo número de estudos e publicações, realça a importância de normatizar técnicas elaboradas para as estratégias. A padronização de uma ficha é de suma importância para analisar e comparar dados. Como modelo de fichamento, Ferreira (2002), indica dados essenciais para o registro dos casos de abusos em geral, sendo eles: quem mora e quem se responsabiliza pela criança; relação dela com o agressor; como ela o aborda e trata; onde, como e quando ocorreu o abuso; se a força física ou violência foi utilizada.

E, se o agressor e a sobrevivente apresentavam-se usando roupas; se alguma intervenção e cuidado foi realizado; se foi feito exame físico completo; exposição do hímen; lesões penianas; escrotais; alargamento no ânus, o estágio do crescimento da criança; técnica realizada no exame físico e o estado emocional da criança.

Dos dados de fichamento a serem colhidos há diferentes opiniões. Alguns autores não acreditam na necessidade de pesquisa detalhadas (ROBERTS, 1994; HOUSTON, 1990; DE SAN LÁZARO, 1995), enquanto para Muram (1995), a coleta minuciosa do abuso deve conter o relato de familiares, vizinhos relacionados com a família da criança, oficiais da polícia, caso não seja possível colher tais informação com a criança.

Conforme Ferreira (2002), é sugerida a estruturação de um arquivo diagnóstico multiprofissional para a primeira intervenção das sobreviventes do abuso sexual, formado por documento de abertura; assistência dada ao caso; laudo psicológico e social do Instituto de Medicina Legal (IML); síntese redigida pelos profissionais responsáveis; parecer ginecológico e psiquiátrico; boletim de ocorrência policial. Já Berkowitz (1995), sugere um formulário com a seguinte estrutura: histórico médico; exame físico; histórico psicossocial e análise laboratorial para avaliar Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Alguns autores afirmam que o elemento coletado deve ser guardado e lacrado, de maneira que, quando subscrito pelos profissionais responsáveis, venham garantir a cadeia de evidência e obrigações que são imprescindíveis para o parecer. Sendo assim, o armazenamento deve ser em local trancado para que o oficial de justiça autentique e consulta todo o material (MURAN, 1995).

Objetivando avaliar a repetição dos relatos para os muitos interrogadores do sistema médico legal, o processo pode ocorrer em três etapas: 1) gravar o depoimento em áudio e/ou

vídeo, salvo em casos que a criança ou a família recusar. 2) convocar autoridades policiais, agências que trabalham na proteção da criança etc., para comparecerem à entrevista da criança (JEZIERKI, 1992).

O profissional assistente deve questionar se a família em sofrimento deseja falar sobre o abuso sexual. Além do mais, é importante saber se a própria criança deseja relatar o abuso. Nos casos em que a criança optar por não relatar, é indicado a nomeação de um adulto que, na presença da criança, poderá representá-la (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; FOLKMAN; LAZARUS, 1980).

A entrevista com a criança e o adolescente deve ser considerada para esclarecimento do abuso sexual e deve ser realizada caso o profissional assistente considere que a criança está apta para o procedimento, inclusive emocionalmente. Para os entrevistadores é de grande importância conhecer a criança para que seja identificado o nível cognitivo, assim como as partes do corpo humano. Com perguntas objetivas e abertas, o profissional técnico precisa esclarecer os fatos concernentes ao abuso de forma que a criança possa entender e interagir de acordo com o seu nível de compreensão do episódio vivenciado (ANTONIAZZI; et al., 1998).

No ato da entrevista, o profissional responsável deve demonstrar afeição, cordialidade e empatia. Não aceitar os dados iniciais como verdade absoluta ou como única verdade válida. Espera-se do entrevistador a técnica adequada para que por meio de uma postura empática possa ouvir com atenção o relato, com o propósito de usar as palavras da criança para elucidar os casos experienciados (DUARTE; ARBOLEDA, 2004; GARBARINO; SCOTT, 1992).

Perante a complexidade do tema em questão, é de fundamental importância que o profissional assistente possua as seguintes competências: fazer diferença entre os problemas e traumas pessoais e os problemas relatados pela criança, se auto conhecer e facilitar a comunicação da criança, evitando tornar o encontro um interrogatório frio e insensível. Interagir com a criança desde o primeiro encontro é essencial para criar um ambiente seguro a ponto de tornar-se o relato do abuso o mais próximo possível da experiência vivida, assim como a fidelização ao profissional responsável e a instituição representada (SILVARES; GONGORA, 1998).

Os entrevistadores devem proporcionar tempo suficiente para que as crianças exponham suas opiniões, anseios e ideias, sem se sentirem ameaçados (GARBARINO; SCOTT, 1992). Repetição de perguntas precisa ser evitada, levando em consideração que a criança pode

interpretar que não respondeu corretamente, uma vez repetida a resposta, corre-se o risco de modificar o primeiro parecer.

Além disso, configura-se como um fator importante no registro do relato, informar a criança em atendimento que o entrevistador não tem conhecimento dos fatos. O profissional responsável deve convidar a criança a ajudá-lo a conhecer os fatos, e que a exposição da experiência é fundamental para que toda a história fique clara para ambos (DUARTE; ARBOLEDA, 2004).

Com relação à confidencialidade dos relatos, é imprescindível que os responsáveis pela entrevista não cometam o erro de prometer segredos das informações coletadas, por duas razões: a primeira, para não potencializar a estrutura de segredo gerada na ocasião do abuso, e o segundo, o relatório poderá ser requisitado por órgãos de proteção à criança, é total responsabilidade do profissional técnico denunciar a violência para as autoridades competentes sempre que a criança estiver em risco (SILVARES; GONGOR, 1998).

Os protocolos de entrevista podem auxiliar os profissionais responsáveis na hora da entrevista, servindo como uma ferramenta de orientação. Contudo, a postura empática e de confiança é que garantirá a obtenção dos dados com qualidade. A escuta profissional será ética quando o profissional se comprometer verdadeiramente com a criança, buscando contribuir para a melhora de sua qualidade de vida e proteção (SILVARES; GONGORRA, 1998).

Intervenções e formas de tratamento

O presente estudo dará ênfase às intervenções efetivadas pelo terapeuta no âmbito dos aspectos psíquicos e sociais da criança e de sua família após o diagnóstico do abuso. A partir do estudo dirigido por De San Lázaro (1995), é observada uma diferenciada abordagem médica pediatra no diagnóstico de abuso sexual, na qual há coleta de evidências num viés terapêutico que objetiva a redução de ansiedade na criança e a restauração da autoestima.

O autor sugere o seguinte processo para a realização de anamnese: conversar com a criança sobre suas antigas doenças como forma de definir um diálogo não intrusivo; conceder-lhe um momento para modelar ou desenhar durante a entrevista. No momento da conclusão da sessão, dispõe-se de estratégias que incluem os jogos e lanche, objetivando não desapontar a criança. Com relação a abordagem psicológica a ser efetuada, observa-se, que,

No Brasil, um modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental, incluindo psicoeducação, treino de inoculação do stress e prevenção à recaída, foi recentemente avaliado e obteve resultados positivos sobre os sintomas de depressão, ansiedade, stress infantil, transtorno de estresse pós-traumático, além de reestruturação cognitiva relacionada ao abuso (HABIGZANG, 2006, p. 27).

O abuso sexual infantil requer uma atenção intensiva e diária, afirma Muram (1995). Para isto, é necessária uma intervenção ainda na crise, assim que o abuso ou revelação for identificado, segue para um programa terapêutico de grupo ou individual. De acordo com Ferreira (2002), o início do abuso e a presença de depressão, bem como atitudes de agressão, são fatores que afirmam antecipadamente o maior número de sessões de terapia para crianças abusadas sexualmente. O período terapêutico tanto para a criança quanto para os pais dependerá da seriedade do caso, assim como as necessidades emergenciais exigidas pelo momento.

O ABUSO SEXUAL INFANTIL E DESENVOLVIMENTO DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS E TRANSTORNOS MENTAIS NA VIDA ADULTA

Quando se trata de negligências e abusos na fase da infância, é referida a possível presença de transtornos mentais na fase adulta. Possivelmente, o trauma poderá perpetuar a vida toda, tanto no desenvolvimento dos fenômenos mentais, psíquico e biológico, como no neuropsicológico do indivíduo (IBARRA-ALCANTAR, 2010).

Transtornos mentais e dificuldades no ajustamento são apenas algumas das possíveis consequências físicas, emocionais, sexuais e sociais da violência (AMAZARRY; KOLLER, 1998). Os efeitos do abuso sexual na infância são de caráter imediato no desenvolvimento por diversos motivos, estando associadas às características da criança, da família, da comunidade social, assim como ao contexto do abuso e ao contexto da revelação, informações estas que podem interferir nas estratégias de *coping* utilizadas pela criança (NURCOMBE, 2000).

A memória de eventos traumáticos caracteriza-se pela fragmentação sensorial, podendo apresentar-se sem estrutura narrativa desenvolvida e com expressão emocional intensa. Isso ocorre porque as experiências traumáticas são processadas pela memória, apresentando problemas na síntese, categorização e integração da informação (PERES, NASELLO, 2005, p. 27).

As consequências do abuso sexual infantil podem ser nocivas e severas, trazendo doenças sexualmente transmissíveis, problemas físicos, gravidez e abortos. Autores como Angst (2002), Akiskal *et al.* (2000) e Ghaemi (1998), relatam que as consequências desses quadros se

manifestam tanto na vida afetiva (relação conjugal e entre pares), vida funcional (diversidade de doenças físicas associadas) e ocupacional (desemprego e aposentadoria precoce), como no bem-estar e autoimagem. Além disso, como consequência pode estar presente o TDAH, assim como, transtornos alimentares e abuso de substâncias (BRIERI; ELLIOTT, 2003; MACMILLAN *et al.*, 2001; PUTNAM, 2003).

Um estudo de metanálise das consequências do abuso sexual infantil revelou que as crianças abusadas sexualmente têm um risco maximizado em 20% para a manifestação de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), de 21% para suicídio e depressão, de 14% para promiscuidade sexual, de 8% para violência e de 10% para baixo rendimento escolar (PAOLUCCI *et al.* 2001). Os sintomas de TEPT também podem influenciar a clareza e a coerência das informações prestadas pela criança na revelação do abuso sexual.

O árduo esforço de recobrar ânimo e saúde emocional para recuperar as informações sobre o evento traumático (esquecimento) é outra característica do TEPT. Na infância, as manifestações desse transtorno são mais graves, comprometedoras e nocivas, em razão das ações cognitivas e afetivas do sistema nervoso central não estarem amadurecidas e não serem completamente reguladas (PAOLUCCI *et al.* 2001).

As crianças costumam falar a verdade e, quando não o fazem, dificilmente apresentarão sintomas de Transtorno do Estresse Pós-Traumático ou depressão, por exemplo. (HABIGZANG, CAMINHA, 2004; KOLLER, DE ANTONI, 2004). Estudos apontaram a predominância de 30% e 40%, respectivamente, de sintomas de dissociação e TEPT em meninas sobreviventes de abuso sexual (COLLIN-VÉZINA; HÉBERT, 2005). Foram identificados em meninos em situação de violência sexual, “comportamento disruptivos, quadros de Estresse Pós-Traumático, depressão, Transtorno de Personalidade Antissociais (TPA) e Borderline” (HOLMES; SLAP, 1998).

Pesquisas apontam alta prevalência de ansiedade, depressão e do transtorno de personalidade borderline em mulheres que sofreram abuso sexual na infância (OLIVEIRA, 2014; MACMILLAN *et al.* 2001). Boa parte dos estudiosos que tratam de traumas e maus-tratos mencionam que esses casos estão associados a indício de sintomas e transtornos mentais na vida adulta, e declaram que quando surgem na infância podem causar graves consequências tanto para a criança ferida, como para a comunidade (OLIVEIRA, 2014; MACMILLAN *et al.* 2001).

Alloy *et al.* (2006), narram que pessoas com transtorno de humor bipolar I, com antecedentes de crueldade, têm um agravante do seu transtorno de humor. Essas referências

comprovam descobertas que indicam uma provável associação entre episódios de mania com casos de agressão infantil (ZAVASCHI *et al.*, 2006).

O abuso sexual precisa ser considerado como um fator predisponente a sintomas posteriores, como fobias, ansiedades, bem como envolvimento de um transtorno dissociativo de identidade, também conhecido como transtorno de personalidade múltipla com possibilidade de comportamento auto destrutivo e suicida (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005).

Além de tudo isso, muitas outras consequências podem se mostrar nas pessoas que sofreram certo tipo de abuso na infância, após adulto, o indivíduo possivelmente retornará à experiência em sonhos e *flashbacks*, reaparecendo dolorosamente a frustração passada, fazendo com que isso abranja totalmente sua vida social.

Ainda, se o trauma na infância está associado a uma história familiar positiva de transtorno do humor, as chances de desenvolvimento se tornam maiores. Portanto existe uma necessidade de estudar-se a prevalência desses transtornos na população em geral, pois adultos com sintomas de humor têm maior probabilidade de negligenciar sua prole por consequência destes (BEARD, GALEA, VLAHOV, 2008, p.31).

A existência desses traumas acima descritos revela a importância de um tratamento ao indivíduo que tenha passado por qualquer tipo de abuso, mesmo que este fato tenha sido questionado. Após muito tempo, é necessária a procura de profissionais da área da saúde preparados para auxiliar no comportamento social e individual dessas pessoas.

Nesse contexto, constata-se que quando não há assistência judicial e psicológica ao indivíduo acometido da violência sexual, ele tende a desenvolver uma angústia de não ter revelado o acontecimento, deixando de manifestar suas ações e postura na esfera social, sobretudo porque não teve um cuidado peculiar no seu caso (BEARD, GALEA, VLAHOV, 2008).

A falta ou inconclusão do ato pericial legal faz com que, em muitos casos, não se consiga a culpa do abusador e, com isso, a proteção da sobrevivente, a qual permanece muitas vezes sob o mesmo teto e com a mesma dependência, com a violência então potencializada pela falta de punibilidade após o ato criminoso ser delatado (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005, p.31).

Um mito que tem promovido algumas atitudes desfavoráveis aos sobreviventes é a ideia de que o indivíduo que sofreu o abuso sexual fica “danificado” para sempre. No entanto, apesar do abuso sexual ser uma experiência devastadora para a criança e suas famílias, este não é um obstáculo com um efeito linearmente determinado nas suas vidas (FELDMAN, 2001). É notável

que crianças em situação de violência podem viver um futuro próspero, com alegria e bem-estar, isso dependerá dos fatores listados por Magalhães (2005):

- I. intensidade e duração da auto piedade;
- II. existência de uma relação anterior de amizade ou parentesco tida com o agressor;
- III. semelhança de atos sofridos;
- IV. segredo não revelado;
- V. amparo familiar e profissional que recebeu;

VI. qualquer forma de castigo que o agressor recebeu, bem como outros fatores que contribuiriam ou influenciariam para a obtenção de um resultado ou condições em que a criança poderá vir a se deparar no seu futuro como adulto, tais como o amor de alguém significativo, casamento, filhos ou a sua categoria de sucesso profissional.

Uma vez considerados estes fatores, as crianças terão boas possibilidades de ter um desenvolvimento normal como adultos, sem maiores problemas para adaptações físico emocional, agindo e vivendo com resiliência (MAGALHÃES, 2005). Entretanto, outros dados informam que os sobreviventes são afetados de diversas formas e graus. Enquanto alguns indivíduos aparentam sofrer consequências mínimas, outras sofrem sérias complicações sociais e psiquiátricas (DATTILIO; FREEMAN, 1995).

Além disso, algumas pesquisas notificam que a negligência na fase da infância se configura como um acontecimento traumático para o crescimento neuropsicológico, podendo assim gerar prejuízos na fase adulta (DATTILIO; FREEMAN, 1995).

Para além da informação recolhida existem, ainda, instrumentos que avaliam a sintomatologia reconhecida como sendo típicas de abuso. Na literatura destacam-se instrumentos como Questionário Sobre Traumas na Infância (CTQ), essa ferramenta objetiva investigar alguns pontos traumáticos: violência física, violência emocional, violência sexual. Já na fase adulta, o CTQ também é um instrumento auto aplicável que sonda conversa de violência sexual e a negligência durante a infância (BERNSTEIN *et al.* 1994). Por fim, essas ferramentas podem ser usadas na investigação de negligências infantis e em adultos como instrumento de pesquisa.

METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Quanto à natureza ou finalidade, tratou-se de uma pesquisa básica, de abordagem qualitativa do tipo descritivo, de objetivo metodológico descritivo, sendo seu procedimento Bibliográfico de estudo Sistemático. Conforme Sampaio (2007) a abordagem sistemática disponibilizou um resumo das evidências encontradas nas pesquisas e um apanhado das informações escolhidas, com a finalidade de reunir dados compará-los simultaneamente buscando evidenciar análise e resposta sobre determinado tema (KOLLER *et al.*, 2014).

3.2 FONTE DE DADOS

Com o intuito de responder à questão norteadora “Quais as estratégias utilizadas na Psicologia que contribuem no enfrentamento do abuso sexual infantil?” foram acessadas, via aparelho eletrônico (notebook), as bases de dados SciELO (*Scientific Electronic Libraly online*); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e PEPSIC (Periódicos Eletrônicos de Psicologia). Foram selecionados apenas artigos científicos de livre acesso, constituído principalmente de livros, dissertações, Leis (etc), publicados nos últimos cinco anos, a contar o ano corrente (2017). foram excluídos artigos que não tiverem versão em português disponível (língua nativa do pesquisador).

3.3 LOCAL E PERÍODO DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa ocorreu nas bases de dados citadas, a partir de materiais acadêmicos relacionados ao tema, entre os meses de outubro a novembro de 2021.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram considerados como critérios de seleção da amostra do estudo:

a) Idioma português;

- b) Procedência nacional;
- b) Período de 2017 à 2021;
- c) Conteúdo relacionado ao tema;

Foram excluídos os materiais bibliográficos que:

- a) Não disponibilizaram o material científico na íntegra;
- b) Materiais repetidos, já citados em outras bases de dados.

3.5 ESTRATÉGIAS DE COLETA DE DADOS

Foi realizada uma observação do tema, depois uma análise do resumo, no qual será selecionado os objetos de estudo que estiverem relacionados à temática em questão. Por consequente, foi feita uma leitura minuciosa dos materiais separados, em seguida a seleção para elaboração da redação do trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O respectivo estudo almejou, identificar de que forma a Psicologia pode contribuir para o enfrentamento ao abuso sexual infantil. Para esse feito, foi realizada uma investigação de estudos sobre a temática em questão. De tal forma, a busca sucedeu na identificação de (172) artigos encontrados nas bases de busca (SciELO, PEPSIC e LILACS), a qual ela se inseriu no propósito de cada pesquisa, sendo utilizado os descritores abuso sexual infantil; violência infantil; sexualidade infantil.

Quanto à amostra, foram selecionados a partir da variável de interesse, totalizado 20 artigos que contemplaram os critérios de inclusão e exclusão, destes, 8 foram encontrados na base de dados indexada nos bancos de dados SciELO (*Scientific Eletronic Libraly online*), 8 foram encontrados na base de dados LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e 4 na base de dados PEPSIC (Periódicos Eletrônicos de Psicologia). A amostra foi composta por toda a literatura relacionada ao tema de estudo.

Contudo, como mencionado anteriormente, apenas vinte atenderam aos critérios de seleção para a conferência e conseqüentemente para a análise teórica.

Nesse sentido, foi possível inferir que todos os materiais revisados apresentaram consenso sobre os danos físicos e mentais que foram desencadeados pelo abuso sexual. Estes resultados comprovaram sobre os efeitos negativo do abuso sexual para o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social de crianças e de adolescentes. Baseado nisso, dentre as psicopatologias mais associadas à ocorrência do abuso estão os transtornos de humor, transtornos de ansiedade, transtornos dissociativos, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), transtornos alimentares e o transtorno de abuso de substâncias (BRIERE; ELLIOTT, 2003, MACMILLAN *et al.*, 2001, PUTNAM, 2003).

O abuso sexual infantil conforme a constituição vem de uma longa história, que por sua vez, de difícil compreensão, por apresentar uma realidade de medos, incertezas, dúvidas, e questões ou circunstâncias que envolveram não somente as sobreviventes, mas também aos familiares. Assim sendo, se fez necessário a realização de uma intervenção psicológica e acompanhamento tanto para a criança, como para seus familiares, para que possam proporcionar um manejo suficiente de apoio emocional (FERREIRA; NANTES, (2017).

Posteriormente a seleção dos artigos utilizados na presente pesquisa houve uma necessidade da elaboração de um quadro no qual foram inseridos autor e ano, o título, área do conhecimento, síntese e fonte.

Quadro 1 - Demonstrativo em ordem cronológica decrescente, entre os anos de 2017 à 2021, das produções literárias sobre abuso sexual infantil: do silêncio ao enfrentamento, conforme pesquisa realizada.

TÍTULO	AUTOR	ANO	ÁREA	SÍNTESE	FONTE
Abuso sexual infantil em laudos psicológicos : “as duas psicologias”	OLIVEIRA, D. C.; RUSSO, J. A.	2017	Psicologia	O estudo analisou laudos psicológicos em processos que continham acusações de abuso sexual infantil do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Com isso, as “duas psicologias” retratadas na pesquisa correspondem a diferentes problemas abordados pelas varas criminais e varas familiares, assim como distintos contextos sociais.	SCIELO
Avaliação de livros infantis brasileiros sobre prevenção de abuso sexual baseado em critérios da literatura	SOMA, S. M. P.; WILLIAMS, L. C. A.	2017	Psicologia	A pesquisa avaliou através de 27 critérios de livros de autores brasileiros direcionados ao público infantil. Desse modo, foram selecionados seis livros capazes de ajudar na autoprevenção do abuso sexual infantil, sendo eles uma importante ferramenta de conscientização para as crianças.	SCIELO
Abuso sexual na infância e suas repercussões na vida adulta	LIRA, M. O. S. C. et al.	2017	Enfermagem	A pesquisa mostrou que a experiência traumática do abuso sexual sofrido na infância pelas nove mulheres participantes da pesquisa, gerou diversas consequências prejudiciais no âmbito físico, psicológico, emocional,	SCIELO

				familiar e social. Podendo se apresentarem a longo prazo e ainda se constituem fator de risco para o desenvolvimento de transtornos psicológicos.	
Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem?	EGRY, E. Y. et al.	2017	Enfermagem	O artigo analisou a percepção dos profissionais da atenção básica a respeito da violência sofrida por crianças, o que se observou foram obstáculos para o enfrentamento, carência de ações e consequências no desenvolvimento das mesmas.	SCIELO
Violência sexual na adolescência, perfil da vítima e impactos sobre a saúde mental	FONTES, L. F. C. et al.	2017	Ciência e saúde	O presente estudo apresenta uma amostra significativa da população brasileira infanto-juvenil, onde uma parcela de 4% sofreu abuso sexual. 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.	LILACS
Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo	HOHEN DORFF, J. V.; NAIANA, D. P.	2017	Psicologia	O estudo oferece informações sobre o conceito de Violência Sexual contra crianças e adolescentes, sobre a dinâmica envolvida nessa forma de violência, sobre a legislação nacional aplicada aos casos e sobre o manejo profissional diante da revelação e dos casos de suspeita.	LILACS
As perspectivas	FORNARI, L. F.	2018	Enfermagem	Os autores obtiveram como resultado da pesquisa que as	SCIELO

de gênero e geração nas narrativas de mulheres abusadas sexualmente na infância	et al.			principais vítimas de abuso sexual eram meninas e seus abusadores pessoas conhecidas e do sexo masculino (97,66%). Nota-se que os agressores praticavam os abusos aproveitando da inocência das crianças, de momentos de brincadeiras, descontração, da pouca idade e ingenuidade.	
Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências	PLATT, M. B. et al.	2018	Saúde Pública	O estudo mostra a caracterização do perfil de sobrevivente ao abuso sexual e de seu agressor. Com dados coletados em ambiente onde, simultaneamente, ocorreram as notificações e a assistência às sobreviventes, foi possível fazer a checagem das informações em prontuários médicos, esclarecer dúvidas acerca do preenchimento, eliminar duplicidade e realizar análises inferenciais e de associação.	LILACS
Indicadores Psicológicos e Comportamentais na Perícia do Abuso Sexual Infantil	SCHAEFER, L. S. et al.	2018	Psicologia	As crianças da amostra do estudo foram divididas em três grupos objetivando a identificação dos fatores diferenciais associados ao abuso sexual infantil. A variável preocupações sexuais foi a que contribuiu significativamente para estabelecer tais diferenças, sendo recomendada nos procedimentos periciais com essa suspeita. Outra recomendação obtida com os resultados foi cautela nas hipóteses de abuso sexual infantil a partir da	PEPSIC

				associação de mudanças psicológicas ou comportamentais.	
Polivitimização de meninos vitimizados sexualmente : uma análise documental a partir de fichas de notificação	SAID, A. P.; JUNIOR, A. L. C.	2018	Psicologia	Segundo os autores, a polivitimização pode ser um agravante dos casos de abuso sexual infantil e geram mais danos se comparada a vítimas de apenas um tipo de violência, além disso, os mais expostos a esses acontecimentos são meninos. Dos 290 casos de vítimas analisadas na pesquisa, todas foram abusadas sexualmente.	PEPSIC
Comportamentos sexuais na infância e associação com problemas de comportamentos	MONTEIRO, C. T. et al.	2018	Psicologia	O presente trabalho teve como objetivo principal avaliar a frequência de comportamentos sexuais observados por pais de crianças e estudar o efeito das variáveis idade e o sexo na presença nos tipos de comportamentos apresentados.	LILACS
A suspeita de abuso sexual e o psicanalista	DARRIBA, V. A.; ALBUQUERQUE, A. B.	2018	Psicanálise e Educação	O presente estudo buscou saber a verdade em razão do dever de proteger a criança, e atribui-se valor à verdade que passa pela criança no sentido de ela possibilitar que um ato criminoso e uma situação traumática sejam identificados.	LILACS
O processo de revelação do abuso sexual intrafamiliar na percepção	COUTINHO, M. M. L.; MORAIS, N. A.	2018	Psicologia	O presente estudo buscou descrever a percepção do grupo familiar sobre o processo de revelação de uma situação de abuso sexual intrafamiliar.	LILACS

do grupo familiar					
Violência sexual na infância associa-se a qualidade de vida inferior em universitários	MATOS, K. J. N.; PINTO, F. J. M.; PEREIRA, A. A. C. S.	2018	Saúde coletiva	Observou-se por meio do estudo que o abuso sexual na infância causa repercussões a longo prazo, interferindo na qualidade de vida da vítima agora adulta, tanto é que foi possível notar a ligação da variável sofrer violência sexual na infância a qualidade de vida inferior e isso depende de vários fatores, o que corrobora com outros estudos que foram realizados anteriormente.	SCIELO
Livro infantil especializado como estratégia de prevenção do abuso sexual	SOMA, S. M. P.; WILLIAMS, L. C. A.	2019	Psicologia	Os autores avaliaram através do estudo se um determinado livro especializado sobre abuso sexual voltado para o público infantil, seria capaz de desenvolver nas crianças capacidades de autoproteção, para isso foram utilizados alguns instrumentos de avaliação. Por fim, constatou-se que o livro tinha potencialidade de ampliar em especial a habilidade de “resistir”, que é uma das três habilidades de autoproteção, entretanto ambas estão interligadas.	PEPSIC
Epidemiologia do abuso sexual contra crianças e adolescentes admitidas	CHAVES, L. N. C. et al.	2020	Medicina	A pesquisa mescla dados públicos do Sinan, com os dados de unidade hospitalar, no caso, os prontuários de crianças e adolescentes atendidos no SAVVIS com as fichas de notificação citadas acima, observando-se o compromisso dos	LILACS

em um hospital de referência da Amazônia brasileira: um estudo exploratório-descriptivo				pesquisadores em relação aos aspectos referentes ao rigor e à confidencialidade dos dados, bem como a não utilização destes em prejuízo das pessoas envolvidas.	
Atuação de Psicólogos em Alegações de Violência Sexual: Boas Práticas nas Entrevistas de Crianças e Adolescentes	AZNAR-BLEFANI, C. et al.	2020	Psicologia	O psicólogo possui conhecimentos específicos da área e por isso seu papel é importante nos relatos de violência sexual contra crianças e adolescentes, na escuta, no depoimento e na perícia psicológica. O estudo mostrou a necessidade de qualificação desses profissionais para a condução das entrevistas, que a escuta especializada precisa de diretrizes mais próprias, bem como de estratégias.	SCIELO
Violência contra crianças: descrição dos casos em município da baixada litorânea do Rio de Janeiro	BARCELLOS, T. M. T. et al.	2021	Enfermagem	Constatou-se com a pesquisa que do total de casos notificados 59,4% das vítimas de violência sexual foi em crianças do sexo feminino, sendo mais constantes nas faixas etária de 1 a 4 anos. Os pais foram os agressores que registraram as maiores prevalências no período analisado. E devido sua vulnerabilidade, as crianças são “alvos” fáceis, quanto mais novas mais susceptíveis.	SCIELO
Abuso sexual infantil,	BIANCO, O. M. D.;	2021	Psicologia	O trabalho é um estudo de caso de uma idosa de 62 anos com depressão, na	PEPSIC

trauma e depressão na vida adulta: um estudo de caso	TOSTA, R. M.			qual as experiências traumáticas sofridas na infância, como o abuso sexual, contribuíram para o desenvolvimento do transtorno depressivo. Dessa forma, os dados obtidos com a pesquisa nos servem de alerta.	
Os usos do abuso sexual	SCOBEN NATTI, G. NARDI, H. C.		Psicologia	Este artigo, procura demonstrar que enunciados são utilizados para falar de abuso sexual e os sentidos atribuídos à inserção na rede de atendimentos. E, desse modo, evidenciar não somente aquilo que os/as narradores/ as definem como abuso sexual, mas tudo o que ele significa enquanto violação capaz de produzir discursos e práticas de proteção.	LILACS

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2021.

Observou-se que os artigos tiveram em comum, além da temática do Abuso Sexual Infantil, características como as(os) principais sobreviventes de abuso sexual eram meninas e seus abusadores pessoas conhecidas e do sexo masculino. Nessa perspectiva, os artigos dispuseram ainda informações como consequências do abuso no âmbito físico, psicológico, emocional, familiar e social na vida adulta. Observou-se ainda que a revelação do abuso é um obstáculo para o enfrentamento à violência sexual.

Retomando os objetivos específicos desta pesquisa de apresentar estratégias de enfrentamento da Psicologia mais recomendada nos casos de abuso sexual infantil, delineou-se aqui indicadores de enfrentamento à violência sexual. Na literatura revisada encontrou-se que o campo do enfrentamento à violência sexual abarcou realização de ações entre família e comunidade de proteção e prevenção da violência. Sendo assim indicadores de enfrentamento à violência sexual as ações de prevenção, notificação dos casos como um agravo à saúde e à assistência aos sobreviventes (DESLANDES; MENDES; DA LUZ, 2014).

Um importante veículo para o seu desenvolvimento emocional, visto que dispuseram

enredos que são facilitadores para entrar em contato com seus próprios sentimentos e vivenciá-los de forma mais clara, numa tentativa de compreender o mundo e sua própria realidade (CALDIN, 2002; SOUZA; BERNARDINO, 2011). Daí a importância dos livros com enredos preventivos, pois têm um potencial para ajudar crianças que passam por problemas como o abuso sexual (SOMA; WILLIAMS, 2014).

Sendo assim, tornou-se necessário definir com clareza o que é a violência sexual, suas diversas consequências e como o abuso ocorre. Excluir as más concepções sobre a violência sexual infantil é o primeiro movimento em direção a prevenção e seu enfrentamento (HABIGZANG; KOLLER, 2011). Estudos que trabalham o uso de contação de história, desenvolveu estratégias para os aspectos psicomotores e cognitivos com crianças em estado de vulnerabilidade. Notou-se que as histórias apresentadas pelos livros foram facilitadoras na discussão sobre a violência sexual. As histórias foram utilizadas estrategicamente no ensino sobre respeito ao outro, assim como ações de não violência (CUNHA, et al., 2015).

Uma vez vulneráveis, as crianças apresentaram sérias dificuldades em sinalizar assédios ou abusos já consumados, por estes e outros motivos, justifica-se a implementação de programas que visam a prevenção e da utilização de livros que abordam a temática do abuso sexual infantil. Destacou-se aqui a importância dos contos e histórias narrada por livros que apresentam maneiras preventivas e protetivas perante possíveis situações de abuso sexual. (PADILLA; GOMIDE, 2004; PADILHA; WILLIAMS, 2009).

Uma das estratégias utilizadas pelos ofensores consiste em apresentar o abuso como um jogo divertido, o que faz com que a criança tenha dificuldades em reconhecer a interação como abusiva. Como garantia universal, portanto, a criança possui direito de crescer em ambiente que possua afeto e segurança moral e material, além de ser protegida contra toda forma de abandono, crueldade e exploração (PAIXÃO, 2020).

Outro indicativo no enfrentamento ao abuso é a notificação da violência sexual infantil. O ato de notificar envolve tornar pública uma informação que é privada quando há violação de direitos e ocorrência de crime. Uma vez notificado, logo o Conselho Tutelar direciona o caso à delegacia que abrirá um inquérito policial. O inquérito policial será enviado ao Ministério Público, que deliberará sobre uma possível denúncia ao agressor. Caso o Ministério Público registre a denúncia, o processo estará sob a responsabilidade de julgamento do juizado. O registro da notificação objetiva a proteção da criança e não da “prisão-condenação” do agressor

(MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; DEPARTAMENTO DE AÇÕES PRAGMÁTICAS ESTRATÉGICAS, 2011).

No Brasil, por meio do Disque 100, o Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (2010), registra notificações de casos de Violência Sexual Infantil de todo país. Mesmo sendo difícil apresentar um real panorama deste tipo de violência, é notável que boa parte dos abusos são intrafamiliares, ou seja, os agressores são pessoas que possuem laços sanguíneos ou afetivos com as sobreviventes (HABIGZANG et al., 2005).

Associado a realidade da subnotificação dos abusos sexuais, a ausência de uma sistematização estruturada dos dados, a falta de preparo na formação profissional assim como ferramentas padronizadas de notificação se apresenta como obstáculos para obtenção dos dados. Uma vez desestruturada a rede de apoio e os profissionais da área não estejam preparados, expõe-se a sobrevivente a uma situação de risco por meio de intervenções inadequadas, podendo agravar as consequências do abuso sexual (HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2014).

Sempre que um profissional assistente notifica um caso de abuso, uma cópia do documento fica no serviço de saúde, uma segunda via é encaminhada ao Conselho Tutelar ou autoridade responsável. Uma Terceira via é entregue à vigilância epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, da Secretaria de Estado de Saúde, da respectiva unidade da federação (BRASIL, 2011). Na década de 90, foi implementado o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sistema que objetiva coletar dados que se referem aos agravos notificáveis em todo o território nacional. Este tipo de sistema, contribui na análise de perfis e padrões, visando a tomada de medidas adequadas a nível, municipal, estadual e federal. Este registro, possibilita analisar um panorama da violência sexual nos registros obtidos (MAIA et al. 2014).

A notificação apresenta algumas dificuldades no preenchimento, podem ser referidas (I) o profissional da área não reconhecer o relato de abuso narrado pela criança e adolescente; (II) temer represália por parte do agressor sexual (CONCEIÇÃO et al.; 2012); (III) a falta de treinamento e capacitação profissional para uma notificação correta; (IV) o receio na quebra do sigilo por parte dos profissionais responsáveis com as crianças e sua família; (V) problemas no gerenciamento e estrutural das organizações a que os profissionais encarregados pertencem (SANTOS; DELL'AGLIO, 2010).

Observou-se que a atenção às crianças sobreviventes de violência sexual é um importante

indicador de enfrentamento. Quando existe alguma suspeita de que uma criança tenha sofrido abuso sexual, independentemente da sua história de vida, do contexto social e político em que está inserida, independentemente da multiplicidade de formas e modos de expressão do viver, a garantia de assistência e os equipamentos acionados deverão ser sempre os mesmos. A escuta especializada do profissional responsável é um elemento importante de reparação do sofrimento gerado pela violência sexual. (FASSIN; RECHTMA, 2007).

Scheinvar (2015), enfatizou que o argumento à garantia de direitos, provavelmente seja a proteção, a autora ainda acrescenta, na lei ECA (2015, p. 103), que “a proteção integral se torna uma formação discursiva, uma referência regulatória, e produz estratégias de governo”, e tal maneira que visa proteger e produzir conhecimentos sobre a criança e sua família.

Deste modo, quando denunciada uma suspeita de abuso sexual, vários procedimentos são iniciados em nome da proteção. Sendo assim, do(a) Conselheiro(a) Tutelar passando para a Delegacia, pelos especialistas peritos, chegando à promotoria de justiça e depois ao juiz, e outros autorizados a cuidar e proteger crianças e adolescentes em risco de violência sexual e “quem protege pode definir condutas, crenças, desejos, de maneira a vigiar, examinar, compreender, controlar e disciplinar” (NASCIMENTO, 2015).

Percebeu-se o movimento de uma série de operadores do conhecimento, governo e poder para que a criança e o adolescente sejam protegidos. Estamos em tempos em que a vida gira em torno da lei, da política e do direito, aqui se encontra a base de garantia de direito das sobreviventes. O ECA, impõe a lei, dá o apoio jurídico para fundamentar os demais aparatos (SCHEINVAR; LEMOS, 2012).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), torna-se legítimo o direito à vida, à segurança pessoal e à liberdade. No artigo 5º, entende-se que nenhum ser humano deve estar submetido a tortura degradante ou desumana; e, no inciso 2º do parágrafo 25º, garante que da maternidade a infância o indivíduo goza o direito de cuidados e proteção social.

No Brasil, a Constituição Federal (1988) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), consolidou as leis de proteção à criança e ao adolescente, perpassando o jurídico e se configura como um problema de saúde pública, com reais possibilidades de gerar grandes prejuízos psicológicos, cognitivos, físicos e sociais pelos quais os(as) sobreviventes são acometidas(os) (SOUSA, 2011).

Em nossos dias, foi homologada a lei 13.431, de 14 de abril de 2017. A citada lei cria e normatiza um sistema de garantia dos direitos da criança e do adolescente sobrevivente ou testemunha do abuso sexual. Spiegel (2003), constatou que o abuso sexual tende a ser mantido até que a(o) sobrevivente receba a intervenção necessária visando o seu bem-estar físico e psicológico (HOHENDORFF et al. 2017).

Recentemente, documentos e algumas políticas nacionais foram apresentadas, alimentando o tema sobre os papéis de gênero estendendo atenção e cuidado ao sexo masculino (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013) segundo Barth et al. (2013), destaca que o baixo índice de dados estatístico de crianças do sexo masculino, em contraste com as meninas, fundamenta-se nas diferenças de gênero que dificulta o entendimento da violência por parte dos meninos, na revelação e nas notificações. No enfrentamento à violência sexual infantil, a assistência à criança é fundamental para o processo de revelação e notificação do abuso sexual, uma vez que as medidas de proteção são acionadas cria a possibilidade de interromper violências futuras.

No processo da revelação da violência sexual contra crianças e adolescentes, descreve-se: a caracterização da revelação do abuso sexual infantil (DELL'AGLIO, 2013); caracterização da notificação compulsória do abuso sexual infantil (LIMA; DESLANDES, 2011); a trajetória da(do) sobrevivente da notificação ao processo penal (DOBKE; SANTOS; DELL'AGLIO, 2010); e as reações maternas diante da revelação (LIMA; ALBERTO, 2010; MATTO; LIMA, 2012; SANTOS; DELL'AGLIO, 2008).

As barreiras encontradas pelos(as) sobreviventes para publicitar o abuso referiu-se ao medo que as sobreviventes tinham em relação as possíveis consequências que a relação poderia gerar à família. Essa realidade sinaliza um forte nível de lealdade por parte da sobrevivente na estruturação familiar, processo este que a envolve em segredo, tal processo é bastante comum em famílias que sofreram com o abuso (SANTOS et al., 2012).

A outra característica relacionada ao processo de revelação do abuso é a notificação compulsória. Foi estabelecido, por meio da Portaria nº 1.271, que a notificação deve ser realizada de maneira imediata ou semanal a depender da situação (CESAR; ARPINI; GOETZ, 2017). Assim, a violência doméstica e outras violências são eventos de notificação semanal, contudo, a violência sexual e a tentativa de suicídio são eventos de notificação imediata (GIRIANELLI et al. 2017).

A trajetória da sobrevivente da notificação ao processo penal, possibilitou após o registro, primeiro pelo atendimento médico e, a partir dele, define-se a conduta médica para o tratamento da situação de saúde da criança. O Conselho Tutelar notificado aciona o conselheiro de plantão para realizar o acolhimento da(do) sobrevivente e de sua família, além de inserir as medidas protetivas e acionar os direitos (BRASIL, 2012).

No ambiente médico, a criança pode se apresentar com alterações físicas ou comportamentais e, clinicamente, pode ter manifestações de infecção, lesões genitais, dores abdominais, constipação, infecções do trato urinário, entre outras (PFEIFER; SALVAGANI, 2005). Nesse sentido, saber identificar o menor sinal de violência exige conhecimento qualificado e integração da equipe multiprofissional que atende crianças e adolescentes sobreviventes de violência sexual. A comunicação entre os profissionais de saúde permite compreender as peculiaridades entre os múltiplos procedimentos, evitando a revitimização (LEMER; VÁZQUEZ, 2020). É somente por meio da notificação, que deve ser feita preferencialmente ao Conselho Tutelar, que os devidos encaminhamentos para atendimento médico e psicossocial serão garantidos, sendo este um direito das(os) sobreviventes (BRASIL, 1990).

Esses atendimentos são realizados por equipe multidisciplinar, pois nenhuma área de conhecimento dá conta de todas as particularidades de uma situação de abuso sexual (BRASIL, 2012). A equipe deve estar atenta para a dinâmica das famílias abusivas, que tende a contaminar o atendimento, confundindo os papéis e tentando manter o segredo da situação. Importante ressaltar que a preservação da vida e da integridade física dos(das) sobreviventes precedem qualquer outro tipo de intervenção, sendo o atendimento médico prestado imediatamente, visando à administração de medicamentos específicos a cada situação que se apresenta (LEMER; VÁZQUEZ, 2020).

Por último, descreveu-se a caracterização à reação materna diante da revelação dos abusos considerada pelos estudiosos como um importante mediador capaz de neutralizar ou potencializar os sintomas na(no) sobrevivente (SANTOS; DELL'AGLIO, 2009). Esse momento, vivido pela mãe como uma ameaça pode ser um mobilizador tanto para proteger a filha, bem como para proteger sua visão idealizada de família (NARVAZ; KOLLER, 2006), confirmando assim a reação materna como mediadora em casos de abuso sexual intrafamiliar (SANTOS et al., 2010).

A falta de credibilidade dos adultos no relato das crianças também contribui para o silenciamento delas. As crianças podem fazer várias tentativas de revelar, muitas vezes de forma

inconsistente e não receber credibilidade dos adultos. Caso uma criança tente revelar a ocorrência de uma interação sexual ou busque informações com um adulto, tentando verificar a adequação da interação a qual é submetida, possivelmente esse adulto reagirá com espanto, inibindo a criança (SUMMIT, 1983).

Um dos possíveis efeitos do abuso sexual infantil tratou-se da Síndrome de Alienação Parental (SAP) - É a manipulação do/a genitor/a guardião/ã para afastar os/as filhos/as do/a genitor/a que não terá a guarda. Pais e mães que mentem, caluniam e tramam, no sentido de programar a criança para que, após a separação, odeie um dos pais com o objetivo de afastar o/a filho/a do/a ex-parceiro/a. Em casos extremos, mas não tão raros, a criança é estimulada pelo/a guardião/ã a acreditar que apanhou ou sofreu abuso sexual (SOUSA; AMENDOLA, 2012).

A classificação psiquiátrica baseou-se numa rotulação jurídica, tornada lei no Brasil em (2009). Ato de alienação parental foi definido na Lei nº 12.318, de 26/8/2009, como “a interferência na formação psicológica da criança ou do adolescente promovida ou induzida por um dos genitores, pelos avós ou pelos que tenham a criança ou adolescente sob a sua autoridade, guarda ou vigilância para que repudie o genitor ou que cause prejuízo ao estabelecimento ou à manutenção de vínculos com este”.

Nesse processo, as lutas judiciais no interior da família e novas formas de compreensão da paternidade foram terreno fértil para o surgimento da categoria de alienação parental, que, como veremos, busca inverter o trajeto das acusações e da vitimização, transformando o homem, mais precisamente o pai, em vítima. Correntes da psicologia jurídica apresentam críticas ao uso generalizado da categoria, pela possível estigmatização de crianças e mães como portadoras de distúrbio, com sua rotulação como alienadas e alienadoras (SOUSA; AMENDOLA, 2012).

Uma nova categoria da Alienação Parental deve ser entendida como abandono afetivo. Se na alienação parental se refere à proteção e à garantia de direitos (em geral) do pai – que tende a se distanciar dos filhos pela origem exclusivamente atribuída à mãe na responsabilidade destes – a segunda diz respeito as obrigações do pai em relação a essas responsabilidades. Embora a nova categoria não seja “generificada”, ela dirige-se ao progenitor que não mantém a guarda da criança, geralmente o pai.

Outras dificuldades encontradas pela(lo) sobrevivente na relação com a família referiu-se ao medo e ao isolamento emocional presente no sistema familiar (SANTOS; PELISOLI; DELL'AGLIO, 2012). A(O) sobrevivente da violência sexual possivelmente evita ficar em casa e

procura gastar o máximo de tempo fora do ambiente doméstico, por assim se sentir mais segura. De acordo com Finkelhor e Browne (1985), o descrédito e a estigmatização das sobreviventes geralmente produzem sentimentos de isolamento, culpa e vergonha.

Notou-se a complexidade do abuso sexual na relação intrafamiliar, principalmente quando o agressor é provedor da casa (SANTOS; DELL'AGLIO, 2009). O estado de ameaça direto ou indireto gerado pelo(a) agressor(a), é um evento que motiva a desistência da convivência familiar e a revelação do abuso (SANTOS et al., 2010).

O aumento no número de casos de violência infantil, conforme dados epidemiológicos mundiais e brasileiros, denota a importância do delineamento de condutas preventivas e de controle pelos diferentes setores da sociedade envolvidos. No Brasil, a partir do ECA (1990), os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar, sem prejuízos de outras providências legais.

Dessa forma, o método de trabalho em rede de apoio social e afetiva possibilita tanto a troca de informações e a articulação institucional, como a formulação e a implementação de políticas públicas para a execução de projetos comuns, que favorecem a integralidade da atenção, além da defesa, proteção e garantia de direitos das crianças e suas famílias em situação de violência (EGRY et al. 2017).

A rede de apoio social e afetiva é definida como um conjunto de sistemas e de pessoas significativas que incluem os elos de relacionamentos recebidos e percebidos pelo indivíduo (BRITO; KOLLER, 1999). A rede de apoio social e afetiva – interna ou externa à família constitui-se um elemento-chave para a compreensão dos desdobramentos que esta violência pode gerar na vida das(dos) sobreviventes e suas famílias (HABIGZANG et al., 2006; ROSA; LIRA, 2012; SANTOS; DELL'AGLIO, 2013).

A contribuição da rede de apoio informal mostrou-se como um papel decisivo, influenciando, sobremaneira, as ações da família, seja no sentido de realizar a denúncia, e de sustentar a decisão tomada e suas consequências, através do apoio emocional que recebiam (HABIGZANG et al. 2006). A rede de apoio social e afetiva, nos casos de abuso sexual intrafamiliar, é descrita como um elemento capaz de minimizar ou neutralizar o impacto da revelação dos abusos, ajudando no enfretamento da situação (HABIGZANG et al., 2006).

O papel institucional das redes de proteção e de atendimento contam com diferentes serviços nos âmbitos da saúde, assistência social e justiça. É necessário que os profissionais da área da saúde tenham conhecimento da configuração das redes em seu município e que essa rede seja realmente integrada e que planejem ações conjuntas. Infelizmente, estudos vêm evidenciando a precariedade dessas redes (DESLANDES, et al. 2015; SANTOS; COSTA; SILVA, 2011). Tal precariedade diz respeito à infraestrutura dos serviços (DESLANDES; CAMPOS, 2015), à multiplicidade de intervenções repetidas (SANTOS et al., 2011).

A ação coordenada das redes é um desafio devido ao número de serviços envolvidos, os quais estão em diferentes setores. Estes serviços são regidos por diretrizes do ECA, Sistema Único de Assistência Social (SUAS), do Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Judiciário (BRASIL, 2004).

O abuso sexual infantil pode ser apontado como fator de risco para vários problemas de saúde na infância e na vida adulta. Em decorrência desse problema, destacaram-se os possíveis efeitos sobre a saúde mental dos sobreviventes como, tentativa de suicídio e o desenvolvimento de vários transtornos, que impedirá estes indivíduos terem um vínculo social no futuro. Segundo London et al (2005), possivelmente a maioria das crianças violentadas silenciaram o episódio do abuso e geralmente os casos não são mencionados às autoridades. Tudo isso, favoreceu o desenvolvimento para os transtornos psicológicos e sociais (WYATT et al. 1999).

Contudo, compreendeu-se que as sequelas psicológicas sofridas pelas sobreviventes podem ser de diferentes aspectos e as modificações podem se apresentar em curto e/ou longo prazo a partir dos eventos abusivos (SILVA; GAVA; DELL'AGLIO, 2013). Considerando que as consequências são percebidas e sentidas não apenas pelos sobreviventes, mas também pela sociedade (MEDONÇA; ALVES, 2002; FANG et al. 2012). O descobrimento no início de algum tipo de abuso, viabiliza uma intervenção adequada e alivia os danos causados aos sobreviventes (ESCUADERO et al, 2013).

Há, ainda, a narrativa de sobreviventes que não manifestaram resultados negativos posterior ao evento do abuso. Ressalta-se, que as crianças que vivenciaram alguma situação de maus-tratos na infância entre elas o abuso sexual, apresentaram possíveis sequelas que durou até a vida adulta (HABIGZANG et al., 2006). Envolvendo alterações de longo prazo no sistema cerebral, transtornos mentais e físicos, comportamentos que potencializam o risco de um

indivíduo adquirir uma doença sexualmente transmissíveis, problemas sociológicos e a redução da qualidade benéfica das condições de vida (MINISTÉRIO DE PLANEJAMENTO, 2016).

Em estudo com os(as) sobreviventes de abuso sexual, indicaram que as reações depressivas que os indivíduos vivenciam, de baixa autoestima e de insensibilidade emocional, originado pela violência interferem na busca de resultados para o sofrimento o que explica o fato de os(as) sobreviventes na infância ainda manifestarem efeitos quando adultos (RIBEIRO, et al. 2009).

Segundo a obra delineada da psicanálise, os conteúdos que são propagados sem a possibilidade de elaboração, deixam lesões traumáticas na estrutura psíquica do indivíduo, tal estrutura recebida passará adiante, reproduzindo-a. Conseqüentemente, o que é transportado de um espaço psíquico a outro, sem a devida preparação cuidadosa, é denominado por “transmissão psíquica transgeracional” (DATRIA; MOURA, 2019).

No Brasil, pesquisas sobre Avaliação de Métodos Terapêuticos não são suficientes, investiga-se ainda a falta de ferramentas psicológicas legalizadas e efetivas para a avaliação clínica dos sobreviventes (HABIGZANG et al., 2006). Estudos internacionais indicaram que as terapias cognitivo-comportamentais reuniram excelentes evidências das conseqüências negativas na atividade psicossocial dos indivíduos abusados. A realização de meta-análises, apresentaram o transtorno do Estresse Pós-Traumático, e a sensação de ansiedade como as principais variáveis impactadas por esta forma de tratamento (MACDONALD et al. 2012; ARELLANO et al. 2014). Além, dos sintomas de depressão, problemas comportamentais, sexuais e sentimento de vergonha (COHEN, et al. 2004 e 2005).

Uma vez identificado o abuso, as(os) sobreviventes são direcionadas para o apoio grupo terapêutico. A grupoterapia é um trabalho de intervenção grupal por meio da abordagem cognitivo-comportamental, foi um método adaptado por (HABIGZANG; CAMINHA, 2004).

O processo grupoterápico foi dividido em três etapas conforme as técnicas empregadas: Etapa 1 – Psicoeducação (sete sessões); Etapa 2 – Treino de inoculação do estresse (cinco sessões); e Etapa 3 – Prevenção à recaída (oito sessões). Na primeira parte, foram apresentada uma dinâmica de grupo que favorece a apresentação das participantes, o objetivo é estabelecer um vínculo terapêutico com os participantes, criando um espaço seguro baseado em uma relação de confiança (SMITH, 1993/1996).

A Psicoeducação aborda os estados emocionais por meio dos dispositivos: jogo das

emoções, no qual são relacionadas emoções correspondentes, cooperando para que as(os) sobreviventes nomeiem os sentimentos percebidos em relação ao abusador(a). Dispositivo: modelação do abusador(a) com massa de modelar e role-play, no qual os sentimentos sejam expressados num ambiente confiável e seguro (KNELL; RUMA, 1996/1999).

Treino de Inoculação de Estresse (TIE), é usado na ativação de memórias traumáticas e especificar os estímulos que desencadeiam lembranças intrusivas, possibilitando às participantes uma sensação de controle das emoções associadas. Por meio desta técnica os participantes apresentam gradualmente as experiências abusivas por meio do relato oral ou escrito (KNELL; RUMA, 1996/1999).

Prevenção à Recaída é retomar as técnicas aprendidas na etapa de grupoterapia por meio de dramatizações da situação vivenciada. Abordar as perspectivas de futuro dos envolvidos e reorganizar crenças limitantes. Relato de autoavaliação por meio de um documento escrito objetivando testemunhar possíveis mudanças da grupoterapia em relação a si mesma, dos outros e do futuro (HABIGZANG; CAMINHA, 2004).

A prevenção à recaída, é a etapa final que promove a construção dos atos protetivos, por meio de oficinas sobre sexualidade na qual são trabalhados temas referentes (puberdade, autocuidado e métodos de contracepção), assim como explicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (discussão dos direitos e leis prevista em caso de abuso sexual); e oficinas de psicomotricidade (KNELL; RUMA, 1996/1999).

A intervenção objetivou reorganizar emoções, pensamentos e comportamentos associados a violência sexual; diminuir os sintomas do Estresse Pós-Traumático, depressão e ansiedade; e desenvolver habilidade de auto proteção visando a prevenção de futuras revitimizações. Além das relevantes informações obtidas existem, inventários, que avaliaram os sintomas reconhecidos como típicos de abuso sexual.

Na literatura destacaram-se instrumentos como “Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes de 4 a 18 anos” (versão brasileira do *Child Behavior Checklist – CBCL/4-188*): é uma ferramenta de avaliação norte-americano, adaptado ao Brasil. É um tipo de inventário que destaca os problemas de comportamentos de crianças e adolescentes a partir do relato dos pais. Formado por 113 itens, agrupados em escala de Internalização, escala de Externalização e escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais.

Inventário do Comportamento Sexual Infantil - (tradução do *Child Sexual Behavior Inventory* - CSBI, FRIEDRICH et al. 1992), versão adapta ao Brasil por Miele e Arteché (2017), é um questionário formado por 35 itens a serem respondidos pelos pais. O Inventário objetivou medir a frequência de comportamentos sexuais específicos, abrangendo nove domínios: Limites interpessoais, Ansiedade sexual, Exibicionismo, Intromissão sexual, Representação de papéis sexuais, Conhecimento sexual, Auto estimulação, Comportamento voyeurístico e Interesse sexual. O instrumento foi originalmente idealizado para analisar casos de crianças de dois a doze anos de idade. É um dos mais usados na avaliação do comportamento sexual em crianças (EVERSON; FALLER, 2012).

Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC), Briere, (1996), adaptação brasileira por Lobo, et al., (2015): apresenta os sintomas pós-traumáticos e sintomas psicológicos vinculados a crianças e adolescentes entre oito e 16 anos que vivenciaram experiências traumáticas. É uma escala baseada no auto relato formada por 54 itens na qual objetivou-se perceber o estado emocional e comportamental, em que o sujeito preenche entre 0 (nunca) e 4 (o tempo todo) em uma grande lista de sintomas pós-traumáticos. Apresentaram duas escalas de validade (hipor-responsividade e hiper-responsividade), seis escalas clínicas (ansiedade, depressão, raiva, estresse pós-traumático, dissociação e preocupações sexuais) e oito itens críticos que avaliam aspectos que necessitam de atenção clínica imediata (BRIERE, 1996).

Child Post-Traumatic Cognitions Inventory (CPTCI), Meiser-Stedman et al., 2009, versão adaptada ao Brasil Lobo, et al., (2015): é uma escala que analisaram o auto relato que forma 25 itens, objetivando apresentar cognições pós-traumáticas negativas entre as sobreviventes, com idades entre seis e 18 anos, em uma escala *Likert* entre 1 (não concordo) e 4 (concordo plenamente). Ela é formada por dois componentes: mudança permanente e perturbadora após o trauma e pessoa frágil em um mundo assustador. Por fim essas ferramentas puderam ser usadas para a investigação de negligências infantis e adultos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi apresentado nesta pesquisa, a maioria das(dos) sobreviventes correspondeu ao sexo feminino e os agressores foram familiares do sexo masculino. Os resultados evidenciaram que a Psicologia tem contribuído para o campo de enfrentamento ao abuso sexual infantil, por meio de estudos sobre dinâmica familiar, ações de prevenções da violência, consequências do trauma e a assistência aos sobreviventes.

Também se destacaram as consequências geradas pelo abuso sexual infantil, representadas por danos psicológicos, físicos emocionais, familiares e sociais na vida adulta. Observou-se ainda, que a revelação do abuso é um obstáculo para o enfrentamento à violência sexual. Isso ressaltou-se a importância do desenvolvimento e implementação de medidas de proteção, prevenção, intervenção e enfrentamento dessa problemática que ainda se apresenta de modo velado na sociedade.

Portanto, os resultados sugerem a necessidade urgente de capacitação profissional para identificar, comprovar e diagnosticar os casos de abuso sexual, contra crianças e adolescentes e realizar tanto com intervenções preventivas, quanto terapêuticas, para a superação do abuso por parte da criança e dos membros familiar. Por isso, novos conhecimentos sobre a temática são essenciais para os avanços voltados à proteção completa das crianças e adolescentes. O enfrentamento transcorre um olhar integrado e multidisciplinar, promovendo a visibilidade aos direitos humanos e aos dispositivos de enfrentamento.

REFERÊNCIAS

AKISKAL, H. S; BOUEOIS, M. L; ANGST, J; POST, R; MOLLER, H; HIRSCHFELD, R. **Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders.** Journal of Affective Disorders, 1. Suppl 59, S5-S30. (2000).

ALLOY, L. B. et al. **Role of Parenting and Maltreatment Histories in Unipolar and Bipolar Mood Disorders: mediation by cognitive vulnerability to depression.** Clinical Child And Family Psychology Review, [s. l], v. 9, n. 1, p. 23-64, mar. 2006.

AMAZARRAY, M. R.; KOLLER, S. H. **Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual.** Psicologia: Reflexão e Crítica, [s. l], v. 11, n. 3, p. 559-578, 1998.

ANGST, J. **The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder.** Journal of Affective Disorders, 50 (2-3), 143-151. 2002.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. **O conceito de coping: uma revisão teórica.** Estudos de Psicologia, Natal, v. 3, n. 2, p. 273-294, dez. 1998.

ARELLANO, M. A. R. de; et al. **Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents: assessing the evidence.** Psychiatric Services, [s. l], v. 65, n. 5, p. 591-602, maio 2014.

BARTH, J. et al. **The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis.** International Journal Of Public Health, [s. l], v. 58, n. 3, p. 469-483, 21 nov. 2013.

BASSON, R. **Sexual desire and arousal disorders in women.** N Engl J Med, v. 354, p. 1497-1506, 2006.

BRASIL LEI nº 13.431, de 14 de abril de 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13431.htm. Acessado em: outubro de 2021.

BEARD, J. R; GALEA, S; VLAHOV, D. **Longitudinal population-based studies of affective disorders: Where to from here?** BMC Psychiatry, p. 8, 1-11. 2008.

BERKOWITZ, C. D. **Pediatric abuse: new patterns of injury.** Emerg Med Clin North Am. 13. 321-41, 1995.

BERNSTEIN, D. P. et al. **Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect.** The American Journal of Psychiatry, 151(8), 1132–1136, 1994.

BORGES, L, S. et al. **Abordagens de Gênero e Sexualidade na Psicologia: Revendo Conceitos, Repensando Práticas.** Psicologia: Ciência e Profissão, 33 (3), 730-745, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Imprensa Nacional, p. 498. (1988).

_____. **Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Condições sobre Código Penal Brasileiro. 1940.

_____. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Condições sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e outras providências, 1990.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Da mulher prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília, 1998.

_____. Ministério da saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus atenção básica**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil**. 1. ed. Brasília, p.128. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília, p. 48. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIVA: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. 1. ed. Brasília, p. 27. 2011.

BRIERE, J. **Trauma Symptom Checklist for Children**. PsycTests Dataset, [s. 1], 1996.

BRIERE, J; ELLIOTT, D. M. **Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women**. Child Abuse e Neglect, 27(10), 1205-1222. 2003.

BRITO, R. C.; KOLLER, S. H. **Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo**. In: CARVALHO, Alysson Massote (org.). O mundo social da criança: natureza e cultura em ação. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 116-129, 1999.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1979). 1996.

_____. **Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos.** Porto Alegre: Artmed. 2011.

CALDIN, C. F. **A oralidade e a escritura na literatura infantil:** Referencial teórico para a hora do conto. Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação, 7(13), 25-38. doi:10.5007/1518-2924. 2002.

CARDOSO, F. L. **O conceito de orientação sexual na encruzilhada entre sexo, gênero e motricidade.** Interam. j. psychol. v.42 n.1 Porto Alegre, 2008.

CASADO, D. M. **Niños maltratados.** Madrid: Diaz de Santos; 1997.

CECARELLI, P. R.; ANDRADE, E. L. **O sexual, a sexualidade e suas apresentações na atualidade.** Rev. latinoam. psicopatol. fundam 21 (2) Apr-Jun 2018.

CEZAR, P. K.; ARPINI, D. M.; GOETZ, E. R. **Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes.** Psicologia: Ciência e Profissão, [s. l], v. 37, n. 2, p. 432-445, jun. 2017.

CÓDIGO PENAL BRASILEIRO. **Altera a legislação que trata de estupro, estupro de vulnerável, corrupção de menores e outros. Lei Nº 12.015,** de 7 de agosto de 2009.

COHEN J. A. et al. **Multisite, Randomized Controlled Trial for Children with Sexual Abuse-Related PTSD Symptoms.** Child e Adolescent Psychiatry, [s. l], v. 43, n. 4, p. 393-402, abr. 2004.

COHEN, J. A.; MANNARINO, A. P.; KNUDSEN, K. **Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial.** Child Abuse. Neglect, [s. l], v. 29, n. 2, p. 135-145, fev. 2005.

COLLIN-VÉZINA, D; HÉBERT, M. **Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls.** Journal of Nervous and Mental Disease, 193(1), 47-52, 2005.

CONCEIÇÃO, J. **Cupertino et al. Elementos que dificultam a notificação da violência: percepção dos profissionais de saúde.** Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 26, n. 2, p. 468-477, ago. 2012.

CONCEIÇÃO, M. I. G; PENSO, M. A; COSTA, L. F; SETUBAL, C. B; WOLLFF, L. S. **O psicodrama na intervenção psicossocial com autor adulto de violência sexual.** Em L. F. Habigzang, P. I.C. Gomide, G. M. da Rocha (Eds.), Psicologia Forense. Temas e Práticas (pp. 89-110). Curitiba: Juru. [Links] 2018.

CONSELHO ESTADUAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Estatuto da criança e do adolescente,** São Paulo, 1990.

COSTA, E. R; OLIVEIRA, K. E. A. **Sexualidade segundo a Teoria Psicanalítica Freudiana e**

o papel dos pais nesse processo. Revista eletrônica do curso de pedagogia do Campus Jataí – UFG. Vol. 2 n. 11, 2011.

COUTO, D. P. **Freud, Klein, Lacan e a constituição do sujeito.** Psicol. pesq. vol.11 no.1 Juiz de Fora, 2017.

CUNHA, G. G. A. **experiência de ser mãe de crianças vítimas de abuso sexual: uma compreensão fenomenológica.** [tese]. Rio Grande do Norte: Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal; 2019.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DATRIA, S. M; MOURA, A. A. C. **No limite do psíquico e do legal: a transgeracionalidade em processos de destituição do poder familiar.** Opin Jurid. 18(36): 209-31. <https://doi.org/10.22395/ojum.v18n36a9>. 2019.

DATTILIO, F. M; FREEMAN, A. **Estratégias cognitivo comportamentais para intervenção em crises: tratamento de problemas clínicos.** São Paulo: Editoriais Psy II, 1995.

DEVOE, E. R.; FALLER, K. C. **The characteristics of disclosure among children who may have been sexually abused.** Child Maltreatment, 217-227, 1999.

DE SAN LAZARO, C. **Making paediatric assessment in suspected sexual abuse a therapeutic experience.** Arch Dis Child, 73: 174-6, 1995.

DESLANDES, S; CAMPOS, D. **A ótica dos conselheiros tutelares sobre a ação da rede para a garantia da proteção integral a crianças e adolescentes em situação de violência sexual.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 20, n. 7, p. 2173–2182. 2015.

DESLANDES, S. F; MENDES C. H. F; DA LUZ, E. S. **Análise de desempenho de sistema de indicadores para o enfrentamento da violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes.** [Analysis of the Performance of System Indicators for Coping With Family Violence and the Sexual Exploitation of Children and Adolescents]. Cien Saúde Colet. 19(3):865-74. PMID: 24714900; <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.06012013>. 2014.

DISQUE DIREITOS HUMANOS- Disque 100 - Disque Denúncia. Disponível em: <<http://www.crianca.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3>> 2015. está c disque 100 programa Nacional de Enfretamento de Violência Sexual contra criança e adolescente, 2010.

DOBKE, V. M.; SANTOS, S. S; DELL'AGLIO, D. D. **Abuso sexual intrafamiliar: da notificação ao depoimento no contexto processual-penal.** Temas em Psicologia, [s. l], v. 18, n. 1, p. 167-176, dez. 2010.

DUARTE, J. C; ARBOLEDA, M. R. C. **Sintomatologia, avaliação e tratamento do abuso**

sexual infantil. In V. Caballo (Org.), Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos gerais, p. 293-321, Santos, 2004.

ESCUADERO A.C. et al. Abuso sexual na Infância. Psicólogo Artigos, 2013.

EGRY, E. Y. et al. **Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem?** Revista Brasileira de Enfermagem, [s. l], v. 70, n. 1, p. 119-125, fev. 2017.

EPSTEIN, M. A; BOTTOMS, B. L. **Explaining the forgetting and recovery of abuse and trauma memories: possible mechanisms.** Child Maltreatment, p. 210-225, 2002.

ERIKSON, H. E. **VISÃO E RESPONSABILIDADE;** Nova York; Norton, 1964.

EVERSON, M. D; FALLER, K. C. **Base rates, multiple indicators, and comprehensive forensic evaluations: Why sexualized behavior still counts in assessments of child sexual abuse allegations.** Journal of Child Sexual Abuse, 21,45-71. doi: 10.1080/10538712.2012.642470. 2012.

FALEIROS, E. **Abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des)caminhos da denúncia.** Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

FANG, X. et al. **The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention.** Child Abuse. Neglect, [s. l], v. 36, n. 2, p. 156-165, fev. 2012.

FASSIN, D; RECHTMAN, R. **Lémire du traumatisme: enquête sur la condition de Victim.** Paris: Flammarion, 2007.

FEDERMAN, D. D. **The biology of human sex differences.** N Engl J Med., v. 354, n. 14, p. 1507-1514, 2006.

FELDMAN, R.S. **Comprender a Psicologia** 5 ed. McGraw-Hill, Lisboa, 2001.

FERREIRA, A. L. **O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual: avaliação de um serviço público.** tese doutorado Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

FERREIRA, T; NANTES, E. **Contribuições da Psicologia Perante o Fenômeno de Abuso Sexual Infantil.** Simpósio internacional em Educação Sexual, Campo Mourão-PR, (2017).

FIGUEIROA, M. N. et al. **A formação relacionada com a sexualidade humana na percepção de estudantes de enfermagem.** Revista de Enfermagem Referência, vol. IV, núm. 15, October-December. (2017).

FINKELHOR, D. **The international epidemiology of child sexual abuse.** Child Abuse e Neglect, 18, 409-417. doi:10.1016/0145- 2134(94)90026-4. (1994).

FINKELHOR, D; BROWNE, A. **The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization.** *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 55, n. 4, p. 530-541. (1985).

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade: A vontade de saber** tradução M. T. Albuquerque, J. A. Albuquerque, 3ª ed., v. 1 Paz e Terra Rio de Janeiro, 2015.

_____. **História da sexualidade 2: O uso dos prazeres.** Graal, Rio de Janeiro, 1984.

FURNISS, Tilman. **Abuso sexual da criança: Uma abordagem multidisciplinar.** (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. 1991.

FRIEDRICH, W. N; GRAMBSCH, P; DAMON, L; HEWITT, S. K; KOVEROLA, C; LANG, R. A. **Broughton, D. Child sexual behavior inventory: Normative and clinical comparisons.** *Psychological Assessment*, 4(3), 303-311. doi: 10.1177/1077559501006001004. 1992.

FREUD, Sigmund. (1923) **A organização genital infantil.** In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade.** In J. Strachey (Ed. e Trad.). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 7, pp. 117-231). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905). 1996.

GABEL, M. **Crianças vítimas de abuso sexual.** Summus, São Paulo, 1997.

GARBARINO, J; SCOTT, F. M. **What children can tell us: eliciting, interpreting and evaluating critical information from children.** São Francisco: Jossey-Bass, 1992.

GEIGER, B; FISCHER, M. **Criminosos sexuais encarcerados em reabilitação explicam seus crimes.** *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling*, 14 (1), 43-59. <https://doi.org/10.1002/jip.1460>. (2017).

GHAEMI, N. **Understanding manic-depressive illness.** *Archives of General Psychiatry*, 55 (1), 23-25. (1998).

GIRIANELLI, V. R. et al. **Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro.** Brasil, 2009-2016. *Cadernos Saúde Coletiva*, [s. l], v. 26, n. 3, p. 318-326, 17 set. 2017.

GOODMAN-BROWN, T, B. **Why children tell: a model of children's disclosure of sexual abuse.** *Child Abuse, Neglect*, 525-540, 2003.

HABIGZANG, L. F; CAMINHA, R. M. **Abuso sexual contra crianças e adolescentes: conceituação e intervenção clínica.** Casa do Psicólogo, São Paulo, 2004.

HABIGZANG, L. F; HATZENBERGER, R; DALA CORTE, F; STROEHER, F; KOLLER, S. H. **Grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual: Descrição de um modelo de intervenção.** *Psicologia Clínica*, 18(2), 163-182. 2006.

HABGZANG, L. F; RAMOS, M. S; KOLLER, S. H. **A revelação do abuso sexual: As medidas adotadas pela rede de apoio.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), p. 467-473. (2011).

_____. **Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 341-348, 2005.

_____. **Entrevista clínica com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual.** In: Habigzang L. F, Koller S, organizadores. *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática.* Porto Alegre (RS): Artmed; (2012).

HACKING, I. **Construindo tipos: O caso de abusos contra crianças.** *Cadernos Pagu.* Campinas, n. 40, p. 7-66, 2013. *Múltipla Personalidade e as Ciências da Memória.* Rio de Janeiro: José Olympio, 2000.

HERMAN-GIDDENS, M.E. **Vaginal foreign bodies and child sexual abuse.** *Arch Pediatr Adolesc Med*, 148: 195-200.1 1990; 46: 211-9, 1994.

HOHENDORFF, J. V; HABIGZANG, FERNANDA, L; KOLLER, S. H. **Violência sexual contra meninos: Teoria e intervenção.** Curitiba: Juruá. 2014.

HOHENDORFF, VON, J. et al. **An integrative conceptual model for enhanced understanding of the dynamics of sexual violence against children.** In DELL'AGLIO, D. D.; KOLLER, S. H. (Eds.), *Vulnerable Children and Youth in Brazil: Innovative Approaches from the Psychology of Social Development* (pp. 77-88). Springer. 2017.

HOLMES, W. C. SLAP, G. B. **Sexual abuse of boys: Definition, prevalence, correlates, sequelae and manegement.** *Journal of American Medical Association*, 180, 1855-1862. (1998).

HOUSTON, A; LAUNER, J; ROBERTS, R. **Suspected child sexual abuse.** *Practitioner*, 234: 747-50, 1990.

IBARRA-ALCANTAR, M. C; et al **Correlates of childhood physical maltreatment in adult women with dysthymic disorder or major depression.** *Salud Mental*, 33 (4), 317-324, 2010.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015 / IBGE.** 4. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

JEZISKI, M. **Profiles sexual assault nurse examiner: a role with lifetime impact.** *J Emerg Nurs.* 18: 177-9, 1992.

JONZON, E; LINDBLAND, F. **Disclosure, reactions, and social support: Findings from a sample of adult victims of child sexual abuse.** *Child Maltreatment*, 9(2), 190-200, 2004.

KAPLAN, H. I; SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria.** Porto Alegre: Artes Médicas. 1990.

- KNELL, S. M; RUMA, C. D. **Terapia do jogo com crianças sexualmente abusadas.** Em M. REINECKE, F. DATTILIO, A. FREEMAN (Orgs.), *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: manual para a prática clínica* p.277-295, M. R. HOFMEISTER, trad. Porto Alegre: Artes Médicas. Trabalho original publicado em 1996/1999.
- KOLLER, S. H; DE ANTONI, C. **Violência intrafamiliar: Uma visão ecológica.** In S. H. Koller (Ed.), *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 293-310). São Paulo: Casa do Psicólogo. (2004).
- KRISTENSEN, C. H. **Abuso sexual em meninos. Dissertação de mestrado.** Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 1996.
- KRISTENSEN, C. H; OLIVEIRA, M. S; FLORES, R. Z. **Violência contra crianças e adolescentes na grande Porto Alegre – Parte B: Pode piorar?** In AMENCAR (Ed.), *Violência doméstica.* Brasília, UNICEF. p.104-117. (1999).
- LAPLANCHE, J. **Vocabulário da Psicanálise.** 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- LATAS, A. *Processo Penal: caracterização sumária e prova pericial.* Infonseca. A. Simões, M; Simões, M. C; Pinho, M (EDS), *Psicologia Forense.* P. 73-115. (2006).
- LECLERC, B; CALE, J. **Agressores sexuais adultos em instituições voltadas para jovens: Evidências sobre experiências de vitimização sexual de infratores e seus padrões ofensivos.** *Tendências e Questões na Criminalidade e Justiça Criminal*, p. 497, (2015).
- LERNER T. VÁZQUEZ M. L; **Violência Sexual.** In: Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L, coord. **Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência.** 2a ed. Brasília. DF: Conselho Federal de Medicina; 2018. p. 131-44. Disponível em: https://www.spsp.org.br/downloads/Manual_Atendimento_Crian%C3%A7as_Adolescentes_V%C3%ADtimas_Viol%C3%A2ncia_2018.pdf. Acessado em 20.jul. 2020.
- LIMA, J. A.; ALBERTO, M. F. P. **As vivências maternas diante do abuso sexual intrafamiliar.** *Estudos de Psicologia (Natal)*, [s. l], v. 15, n. 2, p. 129-136, ago. 2010.
- LIMA, J. S; DESLANDES, S. F. **A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [s. l], v. 15, n. 38, p. 819-832, 30 set. 2011.
- LOBO, B; BRUNET, A; ECKER, K; SCHEFER, L; ARTCHE, A; KRISTENSEN, C. **Cross Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) in a Sample of Brazilian Children: Preliminary Results.** *Journal of Child & Adolescent Trauma.* <http://doi.org/10.1007/s40653-0150044-1>. 2015.
- LONDON K; BRUCK M; CECI S. J; SHUMAN D. W. **Disclosure of child sexual abuse: what does the research tell us about the ways that children tell?** *Psychology, Public Policy, and*

Law. 11(1):194-226. 2005.

MACDONALD, G. et al (org.). **Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused**. Cochrane Database Of Systematic Reviews, [s. l], v. 5, n. 5, 16 maio 2012.

MACÊDO, T. E. P. M. **Avaliação da sexualidade do binômio paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica: Cuidador Primário e seus fatores associados** Dissertação - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2018.

MAGALHÃES, T. **Maus tratos em criança e jovens** 4 ed., Quarteto Editora, Coimbra 2005.

MAGALHÃES, T; VIEIRA, D. N. Vítima de crimes sexuais. A intervenção Médico-legal na investigação criminal. Sub-judice, Justiça e Sociedade. P. 7-12. (2003).

MAGALHÃES, J. R. F. et al. **Violência intrafamiliar: vivências e percepções de adolescentes**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100203&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 02 junho 2017.

MAIA, D. A. B. et al. **Avaliação da implantação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Pernambuco, 2014**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, [s. l], v. 28, n. 1, p. 1-13, mar. 2014.

MARSHALL, W. L. **Uma breve história da teoria psicológica, pesquisa e tratamento com agressores sexuais masculinos**. Current Psychiatry Reports, 20 (8 artigo 57), 1-8. 2018

_____. **Agressores sexuais**. Ariel, Barcelona, 2001.

_____. **Tratamento de agressores sexuais e seus efeitos**. Em K. Aizawa (Ed.), Relatório Anual de 2006 e Série de Materiais de Recursos. (N. 72, pp. 71-81) Tóquio: UNAFEI. 2007.

MCCABE, M. P. **Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015**. J Sex Med. 13(2):153-67. 2016.

MEISER-STEDMAN, R. et al. **Development and validation of the Child Post-Traumatic Cognitions Inventory (CPTCI)**. Journal Of Child Psychology And Psychiatry, [s. l], v. 50, n. 4, p. 432-440, abr. 2009.

MENDONÇA, R. N. S. ALVES, J. G. B. CABRAL FILHO. J. E. **Gastos hospitalares com crianças e adolescentes vítimas de violência, no Estado de Pernambuco, Brasil, em 1999**. Cadernos de Saúde Pública, Pernambuco, v. 18, n. 6, p. 15577-1581, dez. 2002.

MENESES, F. F F; STROHER, L. M. C; SETÚBAL, C. B; WOLFF, L. S; COSTA, L. F. **Intervenção Psicossocial com o Adulto Autor de Violência Sexual Intrafamiliar contra**

Crianças e Adolescentes. Contextos Clínicos, v. 9 (1), p. 98-108. <https://doi.org/10.4013/ctc.2016.91.08>. (2016).

MIELE, A; ARTECHE, A. X. **Tradução e Adaptação para o Português do Child Sexual Behavior Inventory.** Manuscrito em preparação National Center for Posttraumatic Stress Disorder. (2014). Child sexual abuse. Retrieved from <http://www.ptsd.va.gov/public/types/violence/child-sexual-abuse.asp>. 2017.

MILLER-PERRIN, C; PERRIN, R. **Child maltreatment: an Introduction** Thousand Oaks. Sage. (1999).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7. Ed., São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica.** 3 ed. Brasília: Editora MS, ISBN 978-85-334-1724-3. p. 124. 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: Perguntas e respostas para profissionais de saúde.** 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf. Acesso em: fevereiro de 2017.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).** Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015/IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; p. 132. 2016.

MORAIS, N. A; LIMA, R. F. F; FERNANDES, J. **Adolescência e contexto familiar.** In L. F. Habigzang, E. Diniz & S. H. Koller (Orgs.) *Trabalhando com adolescentes: teoria e intervenção psicológica.* Porto Alegre: Artmed. p. 101-117. 2014.

MORENO, J. L. (1993). **Psicoterapia de Grupo e Psicodrama.** São Paulo: Psy. 1946.

MURAM D. **Child sexual abuse.** *Obstet Gynecol Clin North Am.* 17: 372-5, 1995.

NARVAZ, M; KOLLER, S. H. **O feminino, o incesto e a sedução: problematização os discursos de culpabilização das mulheres e das meninas diante da violação sexual.** *Revista Àrtemis,* p. 77-84, 2004.

_____. **A Concepção de Família de uma Mulher-Mãe de Vítimas de Incesto.** *Psicologia: Reflexão e Crítica,* Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 395-406, jan. 2006.

- NASCIMENTO, M. L. **Proteção à infância e a adolescência nas tramas da biopolítica.** In H. Resende (Org.), Michel Foucault: o governo da infância, p. 281-290. Autêntica, Belo Horizonte, 2015.
- NURCOMBE, B. **Child sexual abuse I: psychopathology.** Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34(1), 85-91. (2000).
- ODESSA, M. W. **Contribuições para a sexualidade infantil.** Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, p. 512-526, 2016.
- OLIVEIRA, D. C. C. **Vítimas e monstros: a construção do tipo “abuso sexual infantil” em laudos psicológicos no Judiciário.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, (2015).
- OLIVEIRA, C. S; GORDIA, A. P; QUADROS, T.M. B; CAMPOS, W. **Atividade física de universitários brasileiros: uma revisão da literatura.** Rev Atenção Saúde. p. 12(42):71-7. 2014.
- OSOFSKY, J. D. **The effects of exposure to violence on young children.** American Psychologist, 50(9), 782-788. 1995.
- PADILHA, M. G. S; GOMIDE, P. I. C. **Descrição de um processo terapêutico para adolescentes vítimas de abuso sexual.** Estudos de Psicologia, 9(1), 53-61. 2004.
- PADILHA, M. G; WILLIAMS, L. C. **Intervenção escolar para prevenção do abuso sexual com estudantes pré-adolescentes e adolescentes.** In L. C. A. Williams, E. A. Araújo (Orgs.), Prevenção ao abuso sexual infantil: Um enfoque interdisciplinar p. 128-135. Curitiba: Juruá, (2009).
- PAIXÃO, É. S.; SOUZA NETO, J. C. **O abuso sexual de crianças e adolescentes: considerações sobre o fenômeno.** Territorium, [s. l], n. 27, p. 97-111, 22 jan. 2020.
- PAOLUCCI, E. O; GENUIS, M. L; VIOLATO, C. **A meta- analysis of the published research on the effects of child sexual abuse.** The Journal of Psychology, 135(1), 17-36. 2001.
- PAPALIA, D. E. et al. **Desenvolvimento humano.** Tradução: Carla Filomena Marques Pinto Vercesi. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.
- PENSO, M. A; et al. **Perfil de ofensor sexual intrafamiliar adulto atendido em uma instituição de saúde.** In LF. Habigzang, LCA William, PIC Gomide (Eds.), A outra face da violência: o agressor em múltiplos contextos (p. 63-76). Juruá, Curitiba 2016.
- PENSO, M. A; COSTA, L. F; ALMEIDA, T. M. C; RIBEIRO, M. A. **Abuso sexual intrafamiliar na perspectiva das relações conjugais e familiares.** Aletheia, p. 30, 142-157. 2009.

PERES, J. F. P; NASELLO, A. G. **Achados da neuroimagem em transtorno do estresse pós-traumático e suas implicações clínicas.** *Psiquiatria Clínica*, 189-201, 2005.

PERLS, F. **Ego, fome e agressão: uma revisão da teoria e do método de Freud.** São Paulo: Summus, 2002.

PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E. P. **Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência.** *Jornal de Pediatria*, [s. l], v. 81, n. 5, p. 197-204, nov. 2005.

PINTO, J. A. A. **Violência sexual doméstica contra meninos: um estudo fenomenológico.** São Paulo: Vetor. 2005.

PIRES FILHO, M. F. **Violência intrafamiliar: a compreensão de psicólogos que atendem em instituições crianças do sexo masculino, vítimas de abuso sexual.** Dissertação de mestrado, Universidade Católica de Pernambuco, Recife. 2007.

PLATT V. B. **Perfil Clínico e Epidemiológico das Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso Sexual Notificados em um Serviço de Referência de Florianópolis,** Santa Catarina [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.

PLATT, V. B. et al. **Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1019-1031, Abril. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.11362016>. (2018).

PRATES, J. O. **Planejamento da Pesquisa Social.** *Revista Temporalis*, nº 7, Porto Alegre, ABEPSS, 2003.

PROGRAMA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. **Relatório disque denúncia nacional.** Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. 2010. Disponível em: <http://www.direitosdacrianca.org.br/midiateca/publicacoes/relatorio-geral-do-disque-100-2010>. Acesso em: fevereiro de 2017.

RIBEIRO, P. R. M. **A sexualidade também tem história: comportamentos e atitudes sexuais através dos tempos.** In: BORTOLOZZI, Ana Cláudia; MAIA, Ari Fernando (Org). *Sexualidade e infância.* Bauru: FC/CECEMCA; Brasília: MEC/SEF, p.17-32, 2005.

RIBEIRO, W. S. et al. **Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, [s. l], v. 31, n. 2, p. 49-57, out. 2009.

ROBERTS, R. **Knowing when to suspect child sexual abuse.** *Practitioner*, p. 238, 782-6, 1994.

ROSA, E. M; LIRA, M. O. S. C. **Violência Intrafamiliar contra crianças e adolescentes: rede**

de apoio e superação. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, p. 22(2), 246-252. 2012.

SANTOS, S. S; DELL'AGLIO, D. D. **Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência.** Estudos de Psicologia (Campinas), 25(4), 595-606. 2008.

_____. **Revelação do abuso sexual infantil: reações maternas.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25(1), 85-92. 2009.

_____. **O processo de revelação do abuso sexual na percepção de mães.** Psicologia: Teoria e Prática, p. 15(1), 50-64. 2013.

_____. **Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil.** Psicologia e Sociedade, [s. l], v. 22, n. 2, p. 328-335, ago. 2010.

SANTOS, S. S; PELISOLI C.; DELL'AGLIO, D. D. **Desvendando segredos: padrões e dinâmicas familiares no abuso sexual infantil.** In L. F. Habigzang & S. H. Koller (Orgs.), Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática (p. 55-68). Porto Alegre: Artmed SEABRA, A. NASCIMENTO, H. M. **Abuso sexual na infância.** Pediatria Moderna, 34(7), 395-41, 2012.

SANTOS, V; COSTA, L; SILVA, A. **As medidas protetivas na perspectiva de famílias em situação de violência sexual.** Psico, v. 42, n. 1, p. 77-86. 2011.

SAMPAIO, R. F; MANCINI, M. C. **Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica.** Rev Bras Fisioter. (2007).

SCALCO, S. C. P. **Desenvolvimento e validação de instrumento rápido para abordagem da função sexual feminina na atenção primária à saúde.** (2018). Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, (2018).

SCHEINVAR, E. **A aplicação do ECA tem se desviado da sua proposta original: Estado de Direito e formação discursiva no campo da criança e do adolescente.** In H. Resende (Org.), Michel Foucault: o governo da infância (pp. 103-113). Belo Horizonte, Autêntica. 2015.

SCHEINVAR, E; LEMOS, F. C. S. **Os direitos da criança e do adolescente: o caminho da judicialização,** Universidade e Sociedade, 50, 72-81. Recuperado de <https://issuu.com/andessn/docs/50>, 2012.

SCHENKEL, L. S; ROTHMAN-MARSHALL, G. SCHLEHOFER D. A, et al. **Child maltreatment and trauma exposure among deaf and hard of hearing young adults.** Child Abuse Negl. p. 38(10):1581-9. PMID: 24862922; <https://doi.org/10.1016/j.chiabu>. 2014.

SCOBERNATTI, G. **Violência intrafamiliar: teoria e prática – uma abordagem interdisciplinar.** Pelotas: Armazém Literário, 2005.

SEABRA, A. NASCIMENTO, H. M. **Abuso sexual na infância.** *Pediatria Moderna*, 34(7), 395-41, 1998.

SETO, M. C. **Pedofilia.** *Revisão Anual de Psicologia Clínica*. (5), 391-407, 2009.

SILVA, D. G; GAVA, L. L; DELL'AGLIO, D. D. **Sintomas e quadros psicopatológicos em supostas vítimas de abuso sexual: uma visão a partir da psicologia positiva.** *Aletheia*, 44(2), 235-244. 2013.

SILVA M. S; MILBRATH V. M, SANTOS; BAI, et al. **Assistência de enfermagem à criança/adolescente vítima de violência: revisão integrativa** [Nursing care for child/adolescent victims of violence: integrative review]. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. 12(1):114-22. Disponível em: <http://ciberindex.com/index.php/ps/article/view/P114122>. Acessado em 12. jun. 2020.

SILVARES, E. F. M; GONGORA, M. A. N. **Psicologia clínica comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças.** São Paulo: Edicon, 1998.

SMITH, E. R. **Psicoterapia de grupo com crianças sexualmente abusadas.** Em H. I. Kaplan. B. J. Sadock (Orgs.), *Compêndio de psicoterapia de grupo* p.441-457, J. O. A. Abreu D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1993). 1996.

SOMA, S. M. P.; WILLIAMS, L. C. de A. **Livros infantis para prevenção do abuso sexual infantil: uma revisão da literatura.** *Temas em Psicologia*, [s. l], p. 353-361, 13 ago. 2014.

SOMAPI, (Sex Offender Management Assessment and Planning Initiative). **A Eficácia do Tratamento para Agressores Sexuais Adultos.** Estados Unidos da América: Departamento de Justiça. https://smart.gov/SOMAPI/pdfs/SOMAPI_Full%20Report.pdf (2015).

SOUSA, A. M; AMENDOLA, M. F. **Alienação Parental (SAP): distinções e reflexões necessárias.** In: BRITO, L.M.T.de (Org.). *Escuta de Crianças e de Adolescentes – reflexões, sentidos e práticas.* Rio de Janeiro: EDUERJ, p. 87-118. 2012

SOUZA N, J. C. **A trajetória do menor a cidadão: filantropia, genocídio, políticas assistenciais.** São Paulo: Expressão e Arte, 208 p. 2011.

SUMMIT, R. C. **The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome.** *Child Abuse And Neglect*, [s. l], v. 7, p. 177-193, 1983.

SPIEGEL, J. **Sexual abuse of males: The SAM model of theory and practice.** New York: Routledge. 2003.

VIODRES INOVE, S. R; RISTUM, M. **Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola.** *Estudos de Psicologia*. Campinas. 25(1), 1-21. 2008.

WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, Guacira (org.) *O corpo educado: pedagogias*

da sexualidade. Belo Horizonte; Autêntica, pp. 35-82. 1999.

WILLIAMS, L. C. A. **Virginia Woolf's History of Sexual Victimization: a case study in light of current research.** Psychology. [s. l], v. 05, n. 10, p. 1151-1164, 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach** World Health Organization, Geneva, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/258738>.

WYATT, G. e et al. **The prevalence and circumstances of child sexual abuse: changes across a decade.** Child Abuse & Neglect, [s. l], v. 23, n. 1, p. 45-60, jan. 1999.

ZAVASCHI, M. L; et al. **Adult mood disorders and childhood psychological trauma.** Revista Brasileira de Psiquiatria, 28 (3), 184-190. 2006.