



unifaema

CENTRO UNIVERSITÁRIO FAEMA – UNIFAEMA

ANA PAULA SOARES COUTINHO

ABUSO SEXUAL INFANTIL E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS NA VIDA ADULTA

**ARIQUEMES - RO
2024**

ANA PAULA SOARES COUTINHO

ABUSO SEXUAL INFANTIL E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS NA VIDA ADULTA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia do Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA como requisito para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Orientador (a): Prof. Esp. Kátiuscia Carvalho de Santana.

**ARIQUEMES - RO
2024**

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C871a Coutinho, Ana Paula Soares.

Abuso sexual infantil e possíveis consequências na vida adulta. /
Ana Paula Soares Coutinho. Ariquemes, RO: Centro Universitário
Faema – UNIFAEMA, 2024.

40 f. ; il.

Orientadora: Profa. Esp. Kátiuscia Carvalho de Santana.

Trabalho de Conclusão de Curso – Bacharelado em Psicologia –
Centro Universitário Faema – UNIFAEMA, Ariquemes/RO, 2024.

1. Abuso sexual infantil. 2. Consequências psicológicas. 3. TEPT. 4.
Vida adulta. 5. Resiliência. I. Título. II. Santana, Kátiuscia Carvalho de.

CDD 150

Bibliotecária Responsável
Isabelle da Silva Souza
CRB 1148/11

ANA PAULA SOARES COUTINHO

ABUSO SEXUAL INFANTIL E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS NA VIDA ADULTA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia do Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA como requisito para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Orientador (a): Prof. Esp. Katiuscia Carvalho de Santana.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Esp. Katiuscia Carvalho de Santana
Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA

Profa. Dra. Yesica Nunes Pumariega
Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA

Profa. Ma. Sonia Carvalho de Santana
Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA

Dedico este trabalho aos meus pais, familiares e amigos, que me apoiaram e incentivaram a seguir em frente com meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar força, sabedoria e perseverança para chegar até aqui, superando cada desafio e conquistando mais um degrau em minha trajetória.

Aos meus pais, que sempre estiveram ao meu lado, oferecendo amor incondicional, apoio e motivação. Vocês foram o alicerce que me sustentou nos momentos mais difíceis e me inspiraram a seguir em frente com determinação e coragem. Este trabalho também é resultado da confiança que depositaram em mim.

Agradeço profundamente à minha orientadora, pela paciência, dedicação e valiosas orientações ao longo de todo o processo. Sua sabedoria e experiência foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho, e sua confiança em mim foi um incentivo constante.

Aos meus colegas e amigos, que compartilharam essa jornada acadêmica comigo, oferecendo apoio, troca de ideias e momentos de descontração que tornaram esse caminho mais leve.

Por fim, a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste sonho, seja através de gestos, palavras ou ações que me motivaram a continuar. Cada contribuição, por menor que tenha sido, teve um impacto significativo no resultado final. Sou imensamente grata a todos vocês.

Este é o início de uma nova fase, e levo comigo o aprendizado e as experiências adquiridas com cada um que cruzou o meu caminho nesta jornada..

Esta pesquisa é dedicada a todas as crianças e demais vítimas que enfrentaram alguma forma de violência. Vocês são bravos combatentes que moldam o nosso futuro. Com esperança, este trabalho busca promover um mundo mais seguro e acolhedor para vocês.

RESUMO

A violência é um fenômeno social presente na trajetória da humanidade. Sendo definido como o uso de força física ou poder, intencional ou concreto, provocando sofrimento, morte, danos psicológicos e ou prejuízos. O abuso sexual infantil representa uma forma grave de violência que impacta o desenvolvimento emocional, psicológico e social das vítimas, gerando consequências que podem perdurar ao longo da vida adulta. Desta maneira objetivou-se investigar as repercussões a longo prazo do abuso sexual ocorrido na infância e adolescência, com ênfase nas manifestações psicológicas e comportamentais que impactam a vida adulta. Trata-se de pesquisa cuja metodologia utilizada foi de revisão de literatura, de caráter descritivo e exploratória onde a busca bibliográfica consultada em banco de dados científicos como: SciELO, BVS, LILACS, Biblioteca Julio Bordignon, PUBMED e acervo pessoal da autora. Os resultados apontam que as repercussões do abuso infantil são amplamente documentadas, sendo uma das principais consequências psicológicas o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) se destaca como uma das abordagens mais eficazes no tratamento dessas vítimas, permitindo a reestruturação de padrões de pensamento disfuncionais e contribuindo para o processo de resiliência, aliado o papel da rede de apoio social e familiar na recuperação e resiliência das vítimas ao longo da vida.

Palavras-chave: abuso sexual infantil; consequências psicológicas; TEPT; vida adulta; resiliência.

ABSTRACT

Violence is a social phenomenon present in the trajectory of humanity. It is defined as the use of physical force or power, intentional or concrete, causing suffering, death, psychological damage and/or losses. Child sexual abuse represents a serious form of violence that impacts the emotional, psychological and social development of victims, generating consequences that can last throughout adulthood. In this way, the objective was to investigate the long-term repercussions of sexual abuse that occurred in childhood and adolescence, with an emphasis on the psychological and behavioral manifestations that impact adult life. This is research whose methodology used was a literature review, of a descriptive and exploratory nature, where the bibliographic search was consulted in scientific databases such as: SciELO, VHL, LILACS, Julio Bordignon Library, PUBMED and the author's personal collection. The results indicate that the repercussions of child abuse are widely documented, with one of the main psychological consequences being Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) stands out as one of the most effective approaches in treating these victims, allowing the restructuring of dysfunctional thought patterns and contributing to the resilience process, combined with the role of the social and family support network in recovery and resilience of victims throughout their lives.

Keywords: child sexual abuse; psychological consequences; PTSD; adult life; resilience..

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.2 OBJETIVOS.....	13
1.2.1 Geral	13
1.2.2 Específicos.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 O ABUSO SEXUAL INFANTIL: DEFINIÇÃO E CARACTERÍSTICAS	14
2.1.1 Panorama histórico da Abuso Sexual Infantil	14
2.1.2 Definição e tipos de abuso sexual.....	16
2.1.3 Leis e políticas de proteção	18
2.2 CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS DO ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	20
2.2.1 Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e o abuso sexual infantil	22
2.2.2 Depressão e abordagem cognitiva comportamental	25
2.3 PROCESSO DE RECUPERAÇÃO, A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL COMO ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO	27
2.3.1 Técnicas da TCC para Tratamento de Depressão Decorrente de Traumas	27
2.3.2 Técnicas de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para o Tratamento do TEPT em Sobreviventes de Abuso Sexual	28
2.4 O PAPEL DA REDE DE APOIO SOCIAL E FAMILIAR NA RECUPERAÇÃO E RESILIÊNCIA DAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL.....	30
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

O abuso sexual infantil representa uma forma grave de violência que impacta o desenvolvimento emocional, psicológico e social das vítimas, gerando consequências que podem perdurar ao longo da vida adulta. Este tipo de abuso refere-se a qualquer envolvimento sexual de crianças ou adolescentes em atividades para as quais não possuem maturidade ou capacidade de consentimento (Ruggiero, McLeer & Dixon, 2000). As repercussões desse abuso são amplamente documentadas, sendo uma das principais consequências psicológicas o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), que se manifesta como resposta a traumas severos, resultando em reações de medo, terror e desorientação (Runyon & Kenny, 2002).

Além do TEPT, a depressão é um desfecho comum entre as vítimas de abuso sexual infantil, frequentemente associada a traumas prolongados e recorrentes. De acordo com o DSM-V-TR (2023), a depressão envolve sintomas como humor deprimido, perda de interesse em atividades prazerosas e pensamentos suicidas, os quais podem aparecer na adolescência e se agravar na vida adulta. A alta comorbidade entre TEPT e depressão é notável, com taxas variando de 50% a 94%, indicando uma significativa sobreposição de sintomas e condições clínicas entre esses transtornos (Ikin et al., 2010).

Estudos mostram que as vítimas de abuso sexual infantil apresentam maior probabilidade de enfrentar dificuldades ao longo da vida, como transtornos de ansiedade, disfunções sexuais, isolamento social e transtornos alimentares (Romaro & Capitão, 2007; Landini, 2011). Além disso, estressores ocupacionais e sociais na vida adulta podem agravar esses sintomas, tornando-as mais vulneráveis a episódios recorrentes de depressão e crises de TEPT, especialmente em ambientes de trabalho com alto estresse ou violência (Raviola, Becker & Farmer, 2011).

Diante desse cenário, é essencial a implementação de intervenções terapêuticas eficazes que ajudem as vítimas a superar os traumas e reconstruir suas vidas. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) se destaca como uma das abordagens mais eficazes no tratamento dessas vítimas, permitindo a reestruturação de padrões de pensamento disfuncionais e contribuindo para o processo de resiliência (Delitti, 2001).

Esta pesquisa se justifica pela importância de compreender as possíveis consequências do abuso sexual durante a infância ou adolescência, e repercussões na vida adulta. Trata-se de um tema de crescente relevância na área da psicologia, dado o aumento de casos relatados e a complexidade dos efeitos que o abuso pode causar ao longo da vida. Embora existam diversos estudos que abordem o impacto do abuso sexual em crianças e adolescentes, ainda há lacunas significativas no que se refere aos efeitos prolongados desse trauma na vida adulta, especialmente no que diz respeito às dificuldades emocionais, cognitivas e sociais.

Compreender essas consequências é essencial não apenas para a produção acadêmica, mas também para o aprimoramento das práticas clínicas e terapêuticas. Uma análise aprofundada desse tema pode auxiliar psicólogos, psiquiatras e outros profissionais da saúde a desenvolverem abordagens mais eficazes no tratamento de pacientes que vivenciaram essa forma de violência. Além disso, a pesquisa pode contribuir para a formulação de políticas públicas que garantam assistência adequada às vítimas de abuso sexual, promovendo suporte a longo prazo e maior conscientização social sobre a importância do tratamento psicológico continuado.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

- Investigar as repercussões a longo prazo do abuso sexual ocorrido na infância e adolescência, com ênfase nas manifestações psicológicas e comportamentais que impactam a vida adulta.

1.2.2 Específicos

- Identificar o que é o abuso sexual infantil, analisando como o abuso sexual infantil impacta o desenvolvimento emocional e a capacidade de formar relações saudáveis na vida adulta.
- Explorar a relação entre o abuso sexual na infância e o surgimento de transtornos como depressão e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).
- Apresentar intervenções psicológicas que podem ajudar a mitigar os efeitos do abuso sexual infantil na fase adulta.
- Examinar o papel da rede de apoio social e familiar na recuperação e resiliência das vítimas ao longo da vida.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O ABUSO SEXUAL INFANTIL: DEFINIÇÃO E CARACTERÍSTICAS

2.1.1 Panorama histórico da Abuso Sexual Infantil

A violência é um fenômeno social presente na trajetória da humanidade desde os tempos antigos, mas que começou a receber maior atenção acadêmica a partir dos anos 1980 (Hayeck, 2009). Apesar de ser um conceito abrangente e complexo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou, em 1996, uma definição específica: violência consiste no uso intencional de força física ou poder, seja como ameaça ou de forma concreta, contra si mesmo, outra pessoa, grupos ou comunidades, provocando ou potencialmente causando sofrimento, morte, danos psicológicos, prejuízos ao desenvolvimento ou privação.

De acordo com Ghesi e Caldas (2010), o ato de causar prejuízos físicos ou morais tem como objetivo forçar alguém a ceder à vontade de outra pessoa, comprometendo sua autonomia. Esse fenômeno pode ser observado em diversos contextos sociais, mostrando-se presente no cotidiano das pessoas. Castro (2012) reforça essa ideia, apontando que tal fenômeno não leva em consideração fatores como classe social, nível de escolaridade, etnia, religião ou idade.

Já quando se trata de abuso infantil Florentino (2015) afirma que é uma forma de violência em que o aspecto sexual da agressão se sobrepõe, sendo praticado por um adulto ou um adolescente mais velho contra uma criança ou adolescente. A violência física e/ou emocional que acompanha essa agressão está frequentemente relacionada à diferença de idade entre o agressor e a vítima, o que é uma característica marcante dessa violência. Além disso, o poder do agressor sobre a criança pode ser intensificado pela sua posição hierárquica em relação à vítima, como em casos de autoridade familiar ou educacional.

É difícil abordar com precisão a questão da violência sexual em épocas antigas, pois a sexualidade e as categorias que temos hoje para esses temas não existiam na mesma forma naquela época. Os termos que se aproximam do que hoje chamamos de “estupro” tinham um significado muito mais amplo. Por exemplo, o termo “húbris” e o verbo derivado “hubrizein” não se referiam apenas ao ato de estupro, mas a qualquer tipo de excesso, seja no campo político ou como insulto a

alguém. Em certas situações, “húbris” também poderia se referir a uma relação sexual ilícita ou moralmente reprovável, como o envolvimento excessivo com prostitutas ou com mulheres e meninos, ou ainda o caso de um cidadão que se prostituía. Além disso, o estupro também podia ser descrito de forma indireta, através de expressões eufemísticas que indicavam um ato cometido pela força (bía), mas o contexto é que determinava se era uma agressão física ou uma relação sexual forçada (Steinberg, 2021, cap. 6).

Os gregos reconheciam a multiplicidade de significados do termo “húbris”. No final do século IV a.C., Platão, em “O Banquete” (219c), fez uma brincadeira sobre as diferentes implicações dessa palavra. Alcibíades afirmou que Sócrates cometeu “húbris” por não ceder aos seus avanços, ou seja, ele o insultou por não insultá-lo. Este exemplo mostra como a palavra poderia ser usada de forma bem-humorada, distante do ato forçado contra uma pessoa não consensual. Esse breve estudo dos termos revela como uma categoria pode ter significados complexos. Hoje, nossa ideia de violência sexual está ligada ao conceito de consentimento, o que implica que a pessoa tenha a capacidade de decidir livremente, sem estar sob a autoridade de outra, como um professor ou empregador, e possuindo condições físicas e psicológicas para tomar decisões. A vulnerabilidade da pessoa também é considerada, sendo um fator agravante em muitos países europeus em casos de estupro. Na Grécia Antiga, no entanto, essa ideia de vulnerabilidade não existia. O que determinava se uma relação sexual era lícita ou não era a relação de autoridade ou propriedade. Por exemplo, no caso de estupro de escravos, o primeiro passo era determinar quem era o proprietário do escravo. O dono tinha o direito de manter relações sexuais com seus escravos, e a questão do consentimento era irrelevante. Se o escravo pertencesse a outra pessoa, poderia haver uma negociação por danos a propriedades, independente do consentimento do escravo (Steinberg, 2021).

Conforme aponta Azambuja (2004), ao longo da história da humanidade, a negligência contra crianças e adolescentes foi um aspecto marcante das culturas humanas. Isso ocorria devido à falta de percepção sobre a fragilidade inerente à infância, à escassez de discussões sobre o tema e à ausência de políticas de proteção. Na antiguidade, a prática de violência contra crianças era considerada algo comum, como demonstram registros que relatam infanticídios e fratricídios.

Após o término da Primeira Guerra Mundial, organizações internacionais emergentes começaram a estruturar códigos relacionados aos direitos humanos.

Nesse contexto, algumas dessas entidades passaram a focar especificamente nos direitos das crianças. A Agência Internacional do Trabalho (atualmente Organização Internacional do Trabalho) direcionou suas convenções para assegurar os direitos das crianças que trabalhavam. Exemplos disso incluem a Convenção sobre o Trabalho Noturno dos Adolescentes na Indústria, de 1919, e a Convenção sobre a Idade Mínima na Agricultura, de 1921. Contudo, a maior parte da legislação criada no período entre as duas guerras mundiais não diferenciava claramente os direitos de crianças e adolescentes dos direitos atribuídos aos adultos (UNICEF, 2009).

Conforme destaca o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (2011), a violência sexual contra crianças e adolescentes passou a ser tratada como um problema de natureza social a partir da última década do século XX. Durante os anos 1990, a questão ganhou maior destaque político e visibilidade na sociedade, sendo analisada de forma mais complexa. Nesse contexto, o tema deixou de ser encarado apenas como um segredo familiar e passou a ser reconhecido como uma questão pública e um problema social.

2.1.2 Definição e tipos de abuso sexual

O abuso sexual infantil é uma grave violação dos direitos das crianças e adolescentes. Guerra e Azevedo (1998) definem o abuso sexual como a introdução de crianças e adolescentes, que são imaturos e dependentes do ponto de vista de seu desenvolvimento, em atividades sexuais que não compreendem completamente e para as quais não têm capacidade de consentir. Essas práticas violam tabus sociais e papéis familiares. A Organização Mundial da Saúde (2022) inclui o abuso sexual como uma das categorias principais de maus-tratos contra crianças e adolescentes, ao lado do abuso físico, psicológico e da negligência.

Atos de violência, especialmente de caráter sexual, são frequentemente repetitivos, podendo ser intencionais ou resultantes de omissões e atitudes negligentes. Esses atos, conforme aponta Ballone (2008), têm o potencial de causar danos físicos, psicológicos e sociais, prejudicando o desenvolvimento das vítimas. Normalmente, são cometidos por adultos que, em teoria, deveriam ser responsáveis por garantir a segurança e o bem-estar da criança.

Desde a década de 1960, a violência contra crianças, especialmente a violência sexual, começou a ser reconhecida como um problema de saúde pública

devido às suas graves consequências físicas e psicológicas para as vítimas (Pinheiro, 2006). Esse tipo de violência inclui contato sexual não consentido, exposição a conteúdos pornográficos e outras formas de exploração sexual, como prostituição infantil (UNICEF, 2009).

Minayo (2011) enfatiza que a violência contra crianças e adolescentes não é um fenômeno recente, mas está profundamente enraizada na história da humanidade, manifestando-se de diferentes maneiras ao longo dos períodos históricos e atravessando todas as classes sociais. A autora também destaca que a violência estrutural, proveniente das desigualdades sociais, e a violência interpessoal, muitas vezes perpetrada por familiares e pessoas próximas, podem gerar ciclos de violência, transformando as vítimas em agressores no futuro.

A identificação de casos de abuso sexual infantil apresenta inúmeros desafios. Azevedo e Guerra (1998) argumentam que a terminologia utilizada para discutir a violência infantil, muitas vezes, distorce a realidade, ignorando as agressões sexuais e minimizando a gravidade dos castigos físicos e disciplinares. O uso do termo "agressão", por exemplo, é inadequado, pois tem conotações amplas e pode ser interpretado de maneira positiva ou negativa. Para descrever adequadamente os casos de abuso sexual, os termos "abuso" e "vitimização" são mais apropriados, pois refletem a dinâmica de poder entre o abusador e a vítima, onde o adulto exerce um papel dominante sobre a criança vulnerável.

Conforme apontam Habigzang et al. (2005), a violência sexual pode se manifestar de duas maneiras distintas. A primeira envolve o contato físico, com ou sem uso de força, e pode incluir toques (como apalpamentos ou penetração com os dedos), carícias, felação, masturbação ou relações sexuais com penetração (genital ou anal). A segunda forma ocorre sem contato físico direto e abrange práticas como telefonemas obscenos, ofensas ao pudor, voyeurismo, pornografia, assédio sexual e exibicionismo.

Para o Ministério Público do Estado do Piauí (2021) o abuso sexual pode se manifestar de diversas formas. Abaixo, estão listadas as principais modalidades:

- **Abuso sexual sem contato físico:** envolve práticas como assédio sexual, abuso verbal, telefonemas obscenos, atos exibicionistas, voyeurismo e pornografia.

- **Abuso sexual com contato físico:** inclui ações físicas como carícias nos órgãos genitais, tentativas de relação sexual, masturbação, sexo oral e penetrações.
- **Abuso sexual sem conjunção carnal:** refere-se a atividades sexuais realizadas sem a penetração peniana, como toques nas partes íntimas, penetração com dedos ou objetos, e sexo oral.
- **Abuso sexual com conjunção carnal:** ocorre quando uma pessoa é forçada a ter uma relação sexual com penetração.

A dificuldade em diagnosticar o abuso sexual é agravada quando a própria família está envolvida no abuso, prejudicando a investigação e ocultando evidências. Além disso, em ambientes de pobreza e precariedade, sinais de abuso, como machucados e mudanças comportamentais, podem ser negligenciados ou vistos como parte das condições de vida inadequadas (Silva et al., 2021).

Cunha (2008) argumenta que, em muitos casos, a criança, após longos períodos de violência, passa a normalizar o abuso, considerando-o uma parte de sua rotina ou mesmo acreditando que o merece. Essa internalização da violência pode dificultar ainda mais a denúncia e a intervenção por parte de autoridades e familiares.

2.1.3 Leis e políticas de proteção

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069 em 1990, representa um marco legal na proteção dos direitos das crianças e adolescentes, garantindo-lhes o desenvolvimento físico, mental, espiritual, social e moral em condições dignas. O ECA também estabelece medidas de proteção contra maus-tratos, incluindo o abuso sexual, determinando que, em casos suspeitos ou confirmados, a autoridade judiciária pode afastar o agressor da convivência com a vítima (Brasil, 1990).

O artigo 5º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece que a criança e o adolescente devem gozar de todos os direitos previstos na Constituição e em outras legislações, sem qualquer discriminação. Todos têm direito à dignidade, ao respeito e à liberdade, sendo assegurado o direito a serem tratados de forma

igualitária, com proteção e cuidados adequados ao seu desenvolvimento físico, mental e emocional (JUSBRASIL, 2019).

A legislação brasileira também aborda a proteção contra o abuso sexual infantil na Constituição Federal e no Código Penal. A Constituição, no artigo 227, §4º, determina que a lei punirá severamente qualquer forma de abuso, violência ou exploração sexual contra crianças e adolescentes. Já o Código Penal, em seus artigos 213 e 214, descreve os crimes de estupro e atentado violento ao pudor, diferenciando os delitos com base no gênero da vítima. É importante ressaltar que o artigo 224 prevê que, em casos envolvendo menores de 14 anos ou indivíduos com deficiência mental, a violência é presumida, mesmo que não haja resistência explícita (Brasil, 2009).

A Lei nº 12.015, sancionada em 7 de agosto de 2009, promoveu alterações importantes no Código Penal Brasileiro, especialmente em relação aos crimes de natureza sexual. O artigo 213, após a modificação, passou a englobar de forma mais ampla os atos de constrangimento sexual, especificando que o estupro ocorre quando alguém é forçado, por meio de violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a realizar ou permitir outro ato libidinoso. Com isso, os crimes de estupro e atentado violento ao pudor foram unificados, tratando-se agora como uma infração única, mas abrangendo tanto a penetração sexual quanto outras práticas sexuais sem penetração (Jusbrasil, 2009).

A Lei nº 13.431, sancionada em 4 de abril de 2017, estabeleceu um conjunto de normas para garantir os direitos de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência, com foco no abuso sexual. Essa legislação introduziu o "Sistema de Garantia de Direitos", promovendo uma abordagem integrada e especializada para o atendimento dessas vítimas. Um dos seus principais avanços é a escuta especializada, que assegura que depoimentos sejam coletados por profissionais capacitados, em ambientes que proporcionam segurança e acolhimento à criança ou adolescente, com o objetivo de minimizar a revitimização. Além disso, a criação de centros de atendimento integrados concentra diversos serviços, como saúde, assistência social e segurança, em um único local, garantindo um atendimento mais eficiente e coordenado (Conselho Nacional de Justiça [CNJ], 2017).

Essas legislações refletem um compromisso com a proteção das crianças e adolescentes, mas a aplicação eficaz dessas leis depende de uma rede de apoio e da conscientização dos profissionais envolvidos.

2.2 CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS DO ABUSO SEXUAL INFANTIL

Existem consequências do abuso sexual na vida das vítimas, e podem ser devastadoras e se manifestar de várias formas. Rover et al. (2020) ressalta que o abuso pode causar traumas psicológicos profundos, resultando em comportamentos como agressividade, isolamento, automutilação e, em situações extremas, até tentativas de suicídio. A violência sexual afeta o desenvolvimento social, emocional e físico das vítimas, deixando marcas duradouras que afetam suas relações e qualidade de vida.

Segundo Solomon et al (2010) a violência sexual traz um dano permanente para a vida da vítima e não deixa apenas cicatrizes, mas feridas profundas abertas. O trauma não permanece apenas no consciente e inconsciente, porém também no corpo, pronto para se manifestar assim que surgir qualquer coisa que estimula a dor da vivência do trauma. Tentativa de suicídio é um dos motivos que exemplifica claramente a gravidade de sua vivência, sendo resultante de estados depressivos graves.

Os efeitos da violência sexual na infância podem se manifestar de diversas formas. Segundo Romaro e Capitão (2007, p. 151), "grande parte dos pesquisadores concordam que o abuso sexual infantil é um dos fatores que contribui para o desenvolvimento de psicopatologias graves, que prejudica a evolução psicológica, emocional e social da vítima". Assim, as consequências impactam de maneira traumática não apenas os aspectos emocionais, interpessoais, comportamentais, cognitivos e físicos, mas também criam traumas que dificultam o retorno a uma vida normal. Landini (2011, p. 15) observa que "a criança vítima de violência sexual é uma criança cuja infância foi amputada, forçada a entrar precocemente em um mundo adulto, erotizado e sexualizado".

É importante destacar que as consequências e impactos da violência sexual variam entre as crianças. Segundo Sanderson (2005) e Furniss (1993), as repercussões diferem com base em fatores como a idade da criança no momento do abuso, a duração e a frequência das experiências abusivas, a intensidade da violência física, também a diferença de idade entre o abusador e a vítima, e o grau de relação e confiança entre eles.

Ainda é desafiador relatar as consequências da violência sexual devido à escassez de estudos longitudinais e à falta de acompanhamento adequado. Contudo, os impactos na vida de uma criança podem variar significativamente entre as vítimas. É indiscutível que a violação é prejudicial, não só a curto quanto a longo prazo. De acordo com Ferrari e Vecina (2002), as consequências da violência podem diferir entre as vítimas, dependendo de fatores como a idade da criança, a identidade do agressor, a personalidade da vítima, a natureza e a gravidade do ato, além da intimidade e da relação entre vítima e abusador, bem como a duração e a frequência dos episódios.

As consequências imediatas podem incluir isolamento social, sinais de ferimentos físicos, ansiedade, comportamentos compulsivos, características de depressão, distúrbios de sono, dificuldades de aprendizagem e alimentação, além de sentimentos de vergonha, medo, raiva, culpa e episódios de masturbação compulsiva. Já as consequências a longo prazo podem envolver o surgimento de transtornos psiquiátricos, dissociação emocional e de identidade, fobias intensas, ansiedade aguda, percepções distorcidas da realidade, vícios em álcool e drogas, disfunções sexuais duradouras e doenças sexualmente transmissíveis. (Romero e Capitão, 2007).

Dalgalarrondo (2000) observa que estudos confirmam uma forte correlação entre o abuso infantil e o surgimento de transtornos de conduta na adolescência e idade adulta. Alguns desses transtornos incluem o transtorno de identidade de gênero e transtornos de preferência sexual, como as parafilias. Estas englobam comportamentos como o fetichismo (dependência de objetos para excitação sexual), voyeurismo, sadomasoquismo (envolvimento de dor ou humilhação para prazer sexual) e pedofilia, conforme descrito na CID-11 (Organização Mundial da Saúde, 2022).

2.2.1 Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e o abuso sexual infantil

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um transtorno mental que surge após a exposição a eventos extremamente estressantes, como o abuso sexual infantil, e se manifesta por meio de reações emocionais intensas e persistentes. De acordo com Borges e Dell'Aglio (2008), o TEPT frequentemente envolve sintomas como a reexperiência do trauma, que pode ocorrer sob a forma de lembranças intrusivas, sonhos perturbadores e, em alguns casos, flashbacks. Além disso, as vítimas frequentemente adotam comportamentos de esquiva em relação a estímulos associados ao evento traumático e apresentam um estado constante de hipervigilância, o que causa desgaste emocional e físico (Borges; Dell'Aglio, 2008).

Os impactos do TEPT vão além das respostas emocionais, afetando também aspectos cognitivos e neurológicos. Estudos indicam que o TEPT está relacionado a alterações em áreas do cérebro, como o hipocampo e a amígdala, que são responsáveis pela memória e pela resposta ao estresse. Essas mudanças estruturais podem comprometer funções como a memória, a atenção e o controle de impulsos, dificultando o funcionamento cotidiano da vítima (Bremner, 1999; Borges; Dell'Aglio, 2008). Segundo os autores, o abuso sexual infantil é um dos fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de TEPT, pois além do trauma psicológico, interfere no neurodesenvolvimento e pode resultar em dificuldades emocionais duradouras.

Essas informações evidenciam a necessidade de intervenção precoce e suporte contínuo para minimizar os impactos do TEPT, possibilitando que as vítimas desenvolvam mecanismos de resiliência e adaptação ao longo da vida adulta (Borges; Dell'Aglio, 2008).

Estudos sugerem que o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é a psicopatologia mais comumente associada ao abuso sexual infantil (Ruggiero, McLeer & Dixon, 2000; Runyon & Kenny, 2002). O TEPT, por definição, ocorre em resposta à exposição a eventos estressores traumáticos, nos quais a vítima experimenta intensas reações emocionais, como dor, medo e terror (SHERIN, 2011). Um evento é

classificado como traumático quando envolve uma situação vivida, testemunhada ou confrontada, que ameaça a vida ou a integridade física do indivíduo ou de pessoas próximas, como descrito por Câmara Filho e Sougey (2001). Além disso, Garbarino, Kostelny e Dubrow (1992) definem o trauma como um estado psíquico ou comportamental desorientado, resultante de estresse emocional ou físico, que pode gerar medo agudo ou crônico. Dado o seu caráter altamente disruptivo, o abuso sexual infantil é frequentemente considerado um evento traumático e, portanto, pode estar diretamente relacionado ao desenvolvimento do TEPT.

O TEPT é um distúrbio de ansiedade que surge como resposta a eventos altamente impactantes e traumáticos. Esse transtorno pode ser desencadeado por episódios de violência extrema, situações de ameaça, exclusão social e humilhação. As lembranças do trauma são intensas e frequentemente revividas, causando uma reativação das emoções negativas e da ansiedade relacionadas ao evento traumático. Dependendo do fator que atua como gatilho para essas lembranças, as crises podem ocorrer de forma constante ou esporádica, levando alguns pacientes a buscar ajuda apenas anos após as primeiras manifestações de ansiedade e reações intensas (DSM-V-TR, 2023).

Durante uma crise de TEPT, o indivíduo pode apresentar reações extremas de luta ou fuga, paralisar-se ou experimentar sentimento de impotência. Esses sintomas podem se intensificar na ausência de tratamento adequado, dificultando ainda mais a qualidade de vida do paciente (Borges; Dell'Aglio, 2008).

O TEPT é um transtorno de ansiedade desencadeado pela exposição a eventos traumáticos. A avaliação subjetiva da vítima, caracterizada por respostas intensas de medo e pavor (Critério A), se manifesta em sintomas de revivência, esquiva, e hiperexcitabilidade fisiológica. Além disso, esses sintomas precisam persistir por mais de um mês (Critério E) e causar prejuízo funcional (Critério F), conforme descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-V-TR (American Psychiatric Association, 2023).

Depressão e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) são frequentemente co-mórbidos, apresentando sintomas clínicos semelhantes. As taxas

de comorbidade entre esses transtornos variam significativamente, com estudos apontando que a prevalência pode chegar a 94% em alguns casos, destacando a estreita relação entre ambos. Essa alta taxa de comorbidade reforça a importância de investigar as interações entre os dois transtornos. (Ikin et al., 2010).

Existem três hipóteses principais que exploram a relação entre o TEPT e a depressão. A primeira sugere que o TEPT é uma resposta imediata a eventos traumáticos, enquanto a depressão surge como uma complicação em casos crônicos de TEPT. Nesse contexto, o TEPT é visto como um fator de risco para o desenvolvimento da depressão (Ginzburg, Ein-Dor & Solomon, 2010).

A segunda hipótese propõe uma relação causal inversa, onde a depressão, especialmente em indivíduos com histórico de morbidades psiquiátricas, aumenta a vulnerabilidade ao TEPT. Segundo estudos, um histórico de depressão é um dos fatores de risco mais significativos para o desenvolvimento de TEPT após a exposição a eventos traumáticos, confirmando a importância de antecedentes psiquiátricos no prognóstico (Koenen et al., 2011).

Segundo Flores e Caminha (1994), as manifestações do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) dividem-se em três categorias principais: a reexperimentação – que inclui lembranças intrusivas, sonhos traumáticos e comportamento de revivência, acompanhados de angústia diante das memórias; a evitação – com fuga de sentimentos, pensamentos e locais, perda de interesse em atividades cotidianas, sentimento de isolamento e restrição emocional; e o estado de hiperexcitação – caracterizado por distúrbios do sono, irritabilidade, raiva, dificuldade de concentração, hipervigilância e resposta exacerbada a lembranças traumáticas.

Silva (2000) realizou uma revisão da literatura sobre os impactos do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), identificando seis características recorrentes em pessoas afetadas: reexperimentação constante de memórias intrusivas e compulsão a se expor a situações que remetam ao trauma; resistência frequente a expor-se a essas situações, o que se reflete em um entorpecimento emocional; diminuição da comunicação verbal, com uso maior de gestos; desatenção e dificuldades de

concentração; e alterações na identidade pessoal e mecanismos de defesa psicológica.

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é a psicopatologia mais frequentemente associada ao abuso sexual infantil (ASI) (Ackerman, Newton, McPherson, Jones & Dykman, 1998; Cohen, 1991; Famularo, Fenton, Kinscherff & Augustyn, 1996; Ruggiero, McLeer & Dixon, 2000). A prevalência desse transtorno entre crianças vítimas de ASI pode variar entre 20% e 70% dos casos (RANGÉ, 2011). Nos Estados Unidos, o diagnóstico de TEPT foi encontrado em 36,3% das crianças abusadas sexualmente (Ruggiero et al., 2000). Outro estudo no Canadá identificou uma prevalência de 46% em uma amostra de meninas vítimas de ASI (Collin-Vézina & Hébert, 2005). Em geral, a ocorrência de TEPT em casos de ASI é significativamente elevada quando comparada à prevalência na população geral, estimada entre 6% para homens e 14% para mulheres (Breslau, 2002).

2.2.2 Depressão e abordagem cognitiva comportamental

A depressão é uma desordem mental complexa, caracterizada a uma série de sintomas emocionais e comportamentais. Conforme descrito no DSM-V-TR (2023), um dos manuais de referência para diagnósticos psiquiátricos, os sintomas centrais da depressão também incluem humor deprimido e na maior parte do tempo e perda de interesse e prazer em atividades que anteriormente eram consideradas prazerosas. Além do mais, para que o diagnóstico seja preciso, esses sintomas devem estar presentes quase todos os dias, por um período mínimo de duas semanas. Outros sintomas associados incluem fadiga, sentimento de culpa ou desvalia, energia reduzida, irritabilidade, dificuldades de concentração, pensamentos recorrentes sobre morte e, em casos mais graves, ideação suicida ou tentativas de suicídio (DSM-V-TR, 2023).

A depressão é caracterizada por um estado emocional de tristeza intensa e perda de interesse ou prazer nas atividades diárias. Segundo o DSM-V-TR, para diagnosticar um Episódio Depressivo Maior (EDM), a pessoa precisa apresentar, no mínimo, cinco dos nove sintomas principais, incluindo humor deprimido e perda de interesse ou prazer em atividades, por pelo menos duas semanas (DSM-V-TR, 2023).

Os sintomas específicos do EDM incluem humor deprimido, alteração significativa de peso, insônia ou hipersonia, agitação, fadiga, sentimentos de desvalia ou culpa, dificuldades de concentração e pensamentos suicidas. A depressão pode se manifestar de forma crônica, como na distimia, onde os sintomas são menos intensos, mas persistem por um longo período.

A abordagem cognitiva da depressão, citada por Delitti (1998), oferece uma perspectiva distinta sobre o transtorno. Para a Terapia Cognitiva, o comportamento depressivo é baseado em padrões de pensamento negativos e disfuncionais. Delitti sugere que os indivíduos com depressão possuem uma visão negativa de si mesmos, do mundo ao seu redor e do futuro. Esses padrões de pensamento são organizados em "esquemas cognitivos", que influenciam a maneira como o indivíduo percebe e reage às suas experiências. Esses esquemas, muitas vezes distorcidos, levam à formação de erros cognitivos, como inferências arbitrárias (conclusões sem base), hipergeneralização (tirar conclusões gerais a partir de eventos isolados) e pensamento dicotômico (interpretações extremas, como "tudo ou nada") (Delitti, 1998).

Além dos sintomas descritos no DSM-V-TR, a terapia cognitiva enfatiza que esses esquemas cognitivos distorcidos não apenas mantêm o ciclo depressivo, mas também podem intensificá-lo. Segundo Delitti (1998), a visão negativa que os indivíduos têm de si mesmos, do mundo e do futuro os leva a padrões de raciocínio que perpetuam a depressão, criando uma visão pessimista sobre a vida em geral. A identificação e reestruturação desses pensamentos é o objetivo central da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), uma abordagem amplamente utilizada no tratamento da depressão.

De acordo com o DSM-V-TR (2023), a depressão não se limita apenas a sintomas emocionais, como tristeza e desânimo, mas também afeta a capacidade cognitiva e física dos indivíduos. Dificuldades em tomar decisões, concentração reduzida e falta de energia são comuns entre aqueles que sofrem do transtorno. A abordagem cognitiva, por sua vez, se foca em como esses sintomas estão ligados a padrões de pensamento negativos, que podem ser corrigidos por meio da TCC (Delitti, 1998).

A terapia cognitiva, ao trabalhar sobre esses esquemas disfuncionais, é eficaz porque atua diretamente na raiz do transtorno. Segundo Lima (2001), os erros cognitivos e as interpretações negativas geram distorções na percepção da realidade, o que, por sua vez, contribui para o agravamento da depressão. Ao reestruturar esses pensamentos, a terapia permite ao paciente adquirir uma perspectiva mais equilibrada e realista de si mesmo, do mundo e das suas expectativas futuras.

Portanto, tanto o DSM-V-TR quanto a abordagem de Beck (1997) convergem para a ideia de que a depressão envolve uma combinação de fatores emocionais, cognitivos e comportamentais. Enquanto o DSM-V-TR oferece um diagnóstico clínico e sintomático da depressão, Beck propõe uma abordagem terapêutica focada em identificar e corrigir as distorções cognitivas que mantêm o transtorno. A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), baseada nessas premissas, tem mostrado grande eficácia no tratamento da depressão, promovendo mudanças tanto no comportamento quanto no pensamento dos pacientes.

2.3 PROCESSO DE RECUPERAÇÃO, A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL COMO ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO

2.3.1 Técnicas da TCC para Tratamento de Depressão Decorrente de Traumas

A TCC oferece técnicas que auxiliam no tratamento de pacientes com depressão causada por traumas como o abuso sexual infantil. Esses métodos têm como foco central a reestruturação cognitiva, com o objetivo de identificar e modificar pensamentos automáticos e crenças disfuncionais que contribuem para os sentimentos de tristeza e desamparo do paciente (LEAHY, 2016).

1. **Registro de Pensamentos Disfuncionais:** Essa técnica ajuda o paciente a monitorar pensamentos automáticos e emoções disfuncionais, promovendo maior objetividade na identificação dos padrões de pensamento negativo. Com o auxílio de um quadro de registro, o paciente anota os eventos que desencadeiam esses pensamentos e avalia a intensidade da emoção associada. Esse processo ajuda o paciente a desenvolver novas perspectivas diante de situações que geram angústia (BECK et al., 2013).

2. **Seta Descendente:** A técnica da seta descendente é usada para explorar crenças subjacentes que sustentam pensamentos disfuncionais. Por meio de questionamentos guiados, o terapeuta ajuda o paciente a refletir sobre a origem de seus pensamentos automáticos, desafiando a veracidade das crenças e favorecendo o surgimento de pensamentos alternativos e mais adaptativos (LEAHY, 2016).
3. **Decatastrofização:** A decatastrofização auxilia o paciente a reduzir a tendência de amplificar situações negativas, ajudando-o a reavaliar percepções catastróficas. Por meio de uma análise realista dos pensamentos negativos, essa técnica é eficaz para diminuir o impacto emocional que certos pensamentos têm sobre o paciente, promovendo um entendimento mais equilibrado dos eventos e das reações (MANFRO et al., 2008).
4. **Coping:** O coping envolve estratégias para enfrentar e gerenciar as emoções negativas e o sofrimento psicológico. Ao estabelecer novas metas e ressignificar eventos estressantes, o paciente aprende a desenvolver habilidades de enfrentamento para lidar com situações desafiadoras, reduzindo os efeitos negativos do trauma e da depressão associada (VIANA, 2012).

2.3.2 Técnicas de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para o Tratamento do TEPT em Sobreviventes de Abuso Sexual

A TCC oferece técnicas específicas para auxiliar os sobreviventes de abuso sexual a lidar com os sintomas do TEPT, promovendo melhorias na qualidade de vida e resiliência do paciente. Entre as técnicas mais utilizadas estão:

1. **Exposição:** A técnica de exposição é uma das mais eficazes para pacientes com TEPT, pois permite que o indivíduo se exponha, de forma gradual e controlada, às situações ou lembranças que ativam o trauma, ajudando-o a desenvolver respostas mais equilibradas. Essa prática auxilia o paciente a retomar atividades diárias que, antes, eram evitadas devido à ansiedade e ao medo excessivo (Leahy, 2016).

- 2. Dessensibilização Sistemática:** Similar à exposição, a dessensibilização sistemática envolve uma exposição gradual ao estímulo estressor. Inicialmente, o paciente é encorajado a visualizar o evento traumático e a praticar técnicas para controlar suas reações emocionais. Gradualmente, ele se aproxima do contexto real que provoca o estresse, permitindo uma adaptação mais saudável e reduzindo o impacto das memórias traumáticas (Beck et al., 2013).

- 3. Relaxamento:** Técnicas de relaxamento, como exercícios de respiração e meditação, são usadas para ajudar o paciente a reduzir o estresse e a ansiedade. Essas práticas são especialmente úteis em tratamentos de TEPT, pois auxiliam o paciente a estabelecer um estado de calma, facilitando o progresso em outras técnicas da TCC e promovendo o bem-estar geral (Campos, 2006).

- 4. Enfrentamento do Estresse:** O enfrentamento do estresse é uma técnica que ensina o paciente a lidar com eventos estressantes de maneira mais eficaz. Isso pode envolver tanto a evitação de situações específicas quanto o desenvolvimento de métodos para gerenciar o estresse de forma rápida e eficiente, fortalecendo a resiliência do paciente contra fatores externos que desencadeiam o TEPT (Nezu; Nezu; Dobson, 2010).

- 5. Interrupção do Pensamento e Autoinstrução:** A técnica de parada do pensamento e autoinstrução ajuda o paciente a identificar e redirecionar pensamentos automáticos negativos que surgem diante de lembranças traumáticas. Com o auxílio do terapeuta, o paciente aprende a questionar esses pensamentos e a substituí-los por afirmações mais construtivas, promovendo uma reestruturação cognitiva e emocional (Segal; Williams; Teasdale, 2013).

Essas técnicas, aplicadas de forma combinada e adaptadas às necessidades do paciente, oferecem suporte para que o indivíduo enfrente o TEPT de maneira saudável e recupere a funcionalidade e a qualidade de vida. Além disso, a TCC proporciona mudanças duradouras, auxiliando o paciente a construir uma base sólida

para a recuperação, com benefícios que persistem mesmo após o término do tratamento (Martell; Dimidjian; Herman-Dunn, 2010).

2.4 O PAPEL DA REDE DE APOIO SOCIAL E FAMILIAR NA RECUPERAÇÃO E RESILIÊNCIA DAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

A rede de apoio social e familiar tem um papel crucial na recuperação e no desenvolvimento da resiliência em vítimas de abuso sexual, auxiliando tanto na superação do trauma quanto na construção de estratégias de enfrentamento. Esse suporte é fundamental não apenas para o acolhimento emocional imediato, mas também para o desenvolvimento de uma base estável que possibilite a ressignificação das experiências traumáticas e o fortalecimento da autoconfiança da vítima ao longo do tempo (Borges; Dell'Aglio, 2008).

Pesquisas mostram que uma rede de apoio consistente contribui para a recuperação das vítimas, especialmente quando o apoio provém de familiares e amigos próximos, que fornecem um ambiente de segurança e confiança. Essa presença constante e afetuosa atua como um fator protetor, diminuindo a sensação de isolamento e rejeição, que são comuns entre sobreviventes de abuso sexual. Segundo Bryant (2003), um vínculo positivo com figuras cuidadoras, particularmente aquelas não envolvidas no trauma, favorece o processo de cura e reduz a probabilidade de desenvolvimento de transtornos psicológicos como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

Além disso, o apoio social e familiar é essencial para incentivar a vítima a buscar e manter tratamentos terapêuticos, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que visa à ressignificação das crenças disfuncionais associadas ao trauma. Estudos indicam que a eficácia da TCC é amplificada quando o paciente possui uma rede de apoio que valida suas experiências e promove a continuidade do tratamento, facilitando o desenvolvimento de resiliência e a adaptação emocional ao longo da vida (Runyon; Kenny, 2002).

Portanto, a rede de apoio social e familiar não apenas oferece um ambiente acolhedor e seguro, mas também funciona como um catalisador no processo de recuperação, ajudando as vítimas a reconstruírem uma visão positiva de si mesmas e

a desenvolverem uma capacidade de enfrentamento mais robusta frente aos desafios futuros.

A ausência de apoio familiar pode intensificar os efeitos do trauma em vítimas de abuso, dificultando o processo de superação e aumentando o risco de desenvolver transtornos psicológicos. Segundo Peres (2009), a falta de suporte emocional no ambiente familiar potencializa sentimentos de isolamento, vergonha e culpa, impedindo que a vítima construa a resiliência necessária para enfrentar o trauma de maneira saudável. O autor explica que, “sem um ambiente acolhedor, a vítima tende a internalizar o sofrimento, o que pode comprometer seu desenvolvimento emocional e dificultar a formação de relacionamentos saudáveis” (Peres, 2009, p. 112).

A ausência de uma rede de apoio familiar amplia a vulnerabilidade da vítima, expondo-a a um risco maior de desenvolver transtornos como depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Peres (2009) destaca que “o ambiente familiar é um dos pilares para a ressignificação do trauma; sem ele, o sofrimento pode se tornar uma experiência isoladora e profundamente impactante na vida adulta” (p. 134). Portanto, o apoio familiar é fundamental para que a vítima possa processar o trauma de forma menos dolorosa e, assim, recuperar sua qualidade de vida e bem-estar emocional.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma revisão de literatura com caráter exploratório e descritivo. A pesquisa exploratória visa aprofundar o entendimento, apanhando informações sobre tópicos pouco estudados e contribuindo para esclarecer ou reformular ideias e conceitos. Além disso, este modelo de pesquisa constitui-se na exploração e interpretação das obras publicadas, visando o reconhecimento dos novos segmentos que compõem a temática central da pesquisa e o aprimoramento (Lozada, Nunes, 2018), na qual é descrita como um método que utiliza estudos científicos e empíricos, que tem por objetivo definir conceitos, revisão de teorias, evidências e análise de um tema específico, fornecendo maior compreensão de um determinado tema.

Os artigos de estudo de revisão de literatura integrativa, foram alcançados através de publicações eletrônicas nas bases de periódicos: Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine (PubMed), Google Scholar, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando como palavras-chaves abuso sexual infantil; consequências psicológicas; TEPT; vida adulta; resiliência.

Os critérios de inclusão envolveram a escolha de artigos que abordassem a temática das possíveis consequências na vida adulta por um abuso sexual na infância, artigos disponíveis de forma completa nas plataformas, artigos publicados em português, inglês e espanhol. Foram selecionadas 43 bibliografias, entre os anos de 1998 a 2024, sendo a maior parte da língua portuguesa. A justificativa para a escolha de um material antigo, é a relevância da obra para este trabalho.

Excluíram-se reportagens de programas televisivos, artigos que não estavam disponíveis nas plataformas, estudos duplicados, traduções diferentes da língua inglesa, espanhola e portuguesa e artigos que não se alinharam com o foco do estudo. A pesquisa foi conduzida de dezembro de 2023 a outubro de 2024.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O abuso sexual infantil constitui um dos eventos mais traumáticos na vida de uma pessoa, cujos impactos psicológicos e emocionais se estendem frequentemente para a vida adulta. Este trabalho demonstrou que as consequências desse tipo de violência são multifacetadas e podem incluir transtornos mentais graves, como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e a depressão. A alta comorbidade entre essas duas condições reforça a necessidade de uma abordagem integrada no tratamento dos sobreviventes, pois o TEPT, muitas vezes, desencadeia quadros depressivos crônicos.

As diferentes hipóteses sobre a relação causal entre TEPT e depressão, como discutido, revelam a complexidade da interação entre esses transtornos. Tanto o TEPT pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de depressão, quanto a depressão preexistente pode aumentar a vulnerabilidade ao TEPT, especialmente quando há histórico de abuso sexual na infância. Esse entendimento é fundamental para o aprimoramento das intervenções psicossociais e psicoterapêuticas voltadas a essa população.

Além disso, foi destacado que o abuso sexual infantil não afeta apenas o bem-estar emocional, mas também provoca impactos duradouros no desenvolvimento social e cognitivo. Esses indivíduos tendem a apresentar dificuldades significativas na formação de vínculos afetivos, no ajuste social e no desempenho ocupacional, o que, por sua vez, agrava ainda mais os sintomas de TEPT e depressão.

É crucial que o tratamento das vítimas de abuso sexual infantil inclua abordagens baseadas em evidências, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que se mostrou eficaz na reestruturação dos pensamentos disfuncionais que perpetuam os sintomas depressivos e ansiosos. Além disso, a detecção precoce dos sintomas e a criação de redes de apoio social podem atenuar os efeitos a longo prazo, promovendo a resiliência e uma melhor qualidade de vida para as vítimas.

Portanto, conclui-se que as consequências do abuso sexual na infância são profundas e multifatoriais, exigindo intervenções terapêuticas contínuas e integradas

para que as vítimas possam superar os traumas e desenvolver uma vida adulta equilibrada e saudável. O avanço das pesquisas na área, aliado ao desenvolvimento de políticas públicas eficazes, é essencial para garantir que as vítimas recebam o apoio necessário para sua reabilitação.

A presente revisão de literatura evidencia a necessidade de pesquisas futuras que investiguem de forma mais aprofundada as consequências do abuso sexual infantil na vida adulta. Observa-se uma carência de estudos longitudinais que acompanhem as vítimas ao longo do tempo, permitindo uma análise mais precisa da evolução dos sintomas e do impacto em diferentes domínios da vida. Além disso, a maioria dos estudos se concentra em populações específicas, limitando a generalização dos resultados.

Sugere-se, para futuras pesquisas, a realização de estudos com amostras mais diversificadas, considerando variáveis socioculturais e a interseccionalidade com outras formas de violência. A utilização de metodologias qualitativas, como entrevistas em profundidade e grupos focais, também pode enriquecer a compreensão da experiência subjetiva das vítimas e suas estratégias de enfrentamento.

REFERÊNCIAS

- ACKERMAN, Peggy T.; NEWTON, Joseph E. O.; MCPHERSON, W. Brian; JONES, Jerry G.; DYKMAN, Roscoe A. **Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both)**. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, v. 22, n. 8, p. 759-774, 1998. Disponível em: <https://eric.ed.gov/?id=EJ570256>. Acesso em: 9 dez. 2024.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- AZAMBUJA, Maria Regina Fay de. **Violência sexual intrafamiliar: é possível proteger a criança?**. 2004. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/anais/download/51>. Acesso em: 9 dez. 2024.
- AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira Araújo. **Pele de asno não é só história... um estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes em família**. São Paulo: Rocca, 1998.
- BALLONE, Geraldo José; ORTOLANI, Ivan Vieira; MOURA, Eduardo Campos. Violência doméstica. In: **PsiquWeb**, 2008. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=89>. Acesso em: 18 jul. 2024.
- BECK, Judith Sharon. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- BECK, Judith Sharon. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- BORGES, Jussara Luciana; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 371-379, abr./jun. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/vzB7BZxdqrbmKZC7dkdmXhb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2024.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 20 fev. 2024.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- BREMNER, J. Douglas. Does stress damage the brain? **Biological Psychiatry**, v. 45, n. 7, p. 797-805, 1999.

BRESLAU, Naomi; KESSLER, Ronald C. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation. **Biological Psychiatry**, v. 50, n. 9, p. 699-704, 2001.

BRYANT, Richard A. Early predictors of posttraumatic stress disorder. **Biological Psychiatry**, v. 53, n. 9, p. 789-795, 2003.

CÂMARA FILHO, João Walfredo de Souza; SOUGEY, Edson Benedito. Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 4, p. 221-228, 2001.

CAMPOS, Livia Maria. **Psicologia cognitiva e terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. São Paulo: Vetor, 2006.

CASTRO, Ana Lúcia. **Violência social: uma análise sobre suas causas e efeitos no cotidiano**. 2012. 150 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

COHEN, David. **Law, Sexuality, and Society: The Enforcement of Morals in Classical Athens**. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

COLLIN-VÉZINA, Delphine; HÉBERT, Martine. Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 193, n. 1, p. 47-52, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Relatório de atividades 2017**. 2017. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/relatorio-de-atividades-2017>. Acesso em: 9 dez. 2024.

CUNHA, Eliane Patrícia; SILVA, Elisa Maria; GIOVANETTI, Adriana Cristina. **Enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil: expansão do PAIR em Minas Gerais**. Belo Horizonte: UFMG, 2008.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DELLITI, Marco. Depressão: a solução depende de vários modelos teóricos? In: KERBAUY, Ricardo R. et al. **Sobre Comportamento e Cognição**. São Paulo: Esetec, 1998. v. 05.

DELITTI, M. **Terapia Cognitiva e Comportamental: Teoria e Prática**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2001.

FAMULARO, R.; FENTON, T.; KINSCHERFF, R.; AUGUSTYN, M. **Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both)**. **Child Abuse and Neglect**, v. 20, n. 10, p. 953-961, 1996. Disponível em: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/psychiatric-comorbidity-childhood-post-traumatic-stress-disorder>. Acesso em: 9 dez. 2024.

FERRARI, Márcia Maria; VECINA, Neide. **A Violência Sexual: A Imunidade e a Prevenção**. São Paulo: Editora Cortez, 2002.

FLORENTINO, Beatriz Rocha Barbosa. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 2, p. 139-144, maio/ago. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/dPY6Ztc8bphq9hzdhSKv46x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2024.

FLORES, Raul Zeni; CAMINHA, Ricardo Moura. Violência sexual contra crianças e adolescentes: algumas sugestões para facilitar o diagnóstico correto. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 158-167, 1994.

FURNISS, Tilman. **Abuso Sexual da Criança: uma abordagem multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GARBARINO, James; KOSTELNY, Katherine; DUBROW, Nancy. **Children in Danger: Coping with the Consequences of Community Violence**. San Francisco: Jossey-Bass, 1992. Disponível em: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/children-danger-coping-consequences-community-violence>. Acesso em: 9 dez. 2024.

GHESI, Carla; CALDAS, Marcelo. **O fenômeno da violência: implicações e formas de manifestação**. 2010. 120 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

GINZBURG, Keren; EIN-DOR, Tsachi; SOLOMON, Zahava. **Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20-year longitudinal study of war veterans**. *Journal of Affective Disorders*, v. 123, n. 1-3, p. 249-257, 2010. DOI: 10.1016/j.jad.2009.08.006.

HABIGZANG, Lúcia F. de; CAMINHA, Rosa Maria; KOLLER, Sheila H. **Violência sexual intrafamiliar: o impacto psicológico e as intervenções na rede de proteção**. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivo-Comportamentais*, v. 4, n. 2, p. 59-72, 2005.

HAYECK, Cynara Marques. Refletindo sobre a violência. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, [S. l.], v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10353>. Acesso em: 9 dez. 2024.

IKIN, John F.; CREAMER, Mark C.; SIM, Malcolm R.; MCKENZIE, David P. **Comorbidity of PTSD and depression in Korean War veterans: prevalence, predictors, and impairment**. *Journal of Affective Disorders*, v. 125, n. 1-3, p. 279-286, 2010. DOI: 10.1016/j.jad.2009.12.005.

JUSBRASIL. **Os crimes sexuais e a Lei 12.015, de 2009**. 2009. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/os-crimes-sexuais-e-a-lei-12015-de-2009/176448974>. Acesso em: 9 dez. 2024.

JUSBRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. 2019. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/91764/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-lei-8069-90>. Acesso em: 9 dez. 2024.

KOENEN, K. C.; et al. **Race/ethnic differences in exposure to traumatic events, development of post-traumatic stress disorder, and treatment-seeking for post-traumatic stress disorder in the United States**. *Psychological Medicine*, v. 41, n. 1, p. 71-83, 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/228555408_Raceethnic_differences_in_exposure_to_traumatic_events_development_of_post-traumatic_stress_disorder_and_treatment-seeking_for_post-traumatic_stress_disorder_in_the_United_States. Acesso em: 9 dez. 2024.

LANDINI, Gianna. **A Infância Violentada: Um Estudo Sobre Abuso Sexual**. Rio de Janeiro: Editora Papyrus, 2011.

LEAHY, Robert L. **Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

LIMA, Camila Vitória de Oliveira; DERDYCK, Paula Regina. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pessoas com depressão. In: RANGÉ, Bernard. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MANFRO, Gustavo G.; et al. Catastrofização e descatastrofização na terapia cognitivo-comportamental. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 2, 2008.

MARTELL, Christopher R.; DIMIDJIAN, Sona; HERMAN-DUNN, Ruth. **Behavioral activation for depression: a clinician's guide**. New York: Guilford Press, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PIAUÍ. **MPPI lança cartilha sobre a rede de atendimento às crianças e aos adolescentes vítimas de violência sexual em Picos**. 2021. Disponível em: <https://www.mppi.mp.br/internet/2021/11/mppi-lanca-cartilha-sobre-a-rede-de-atendimento-as-criancas-e-aos-adolescentes-vitimas-de-violencia-sexual-em-picos/>. Acesso em: 9 dez. 2024.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. **Guia escolar: prevenção e enfrentamento à violência nas escolas**. 2011. Disponível em: https://mpdft.mp.br/portal/pdf/unidades/promotorias/pdij/Publicacoes/Guia_Escolar.pdf. Acesso em: 9 dez. 2024.

NEZU, Arthur M.; NEZU, Christine M.; DOBSON, Keith S. **Problem-solving therapy**. New York: Springer Publishing Company, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 2022)**. Disponível em: <https://icd.who.int/en>. Acesso em: 20 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

PERES, Júlio. **Trauma e superação: o que a psicologia, a neurociência e a espiritualidade ensinam**. São Paulo: [s.n.], 2009. Disponível em: <https://clinicajulioperes.com.br/livro-trauma-e-superacao-2/>. Acesso em: 9 dez. 2024.

PINHEIRO, Paulo Sérgio. **Violência contra a criança e o adolescente**. São Paulo: Cortez, 2006.

RANGÉ, Bernard e colaboradores. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAVIOLA, Giuseppe; BECKER, Anne; FARMER, Paul. **Estressores sociais e ocupacionais na vida de indivíduos afetados por trauma infantil**. *Lancet Series on Global Mental Health*. Disponível em: <https://ghsm.hms.harvard.edu/news/ghsm-contributes-lancet-series-global-mental-health>. Acesso em: 9 dez. 2024.

ROMARO, Elaine; CAPITÃO, Cátia. **Abuso Sexual Infantil: Consequências e Intervenções**. São Paulo: Editora Moderna, 2007.

ROMARO, R. A.; CAPITÃO, C. G. **As faces da violência: aproximações, pesquisas, reflexões**. São Paulo: Vetor, 2007.

ROVER, Ana Lúcia Pereira; LIMA, Carolina Oliveira de; RIBEIRO, Lucas Faria; et al. **Violência contra a criança: indicadores clínicos na odontologia**. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 7, p. 28684-28694, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournalofdevelopment.com/index.php/BJD/article/view/7868>. Acesso em: 9 dez. 2024.

RUGGIERO, Karen J.; MCLEER, Susan V.; DIXON, James F. **Características de abuso sexual associadas à psicopatologia do sobrevivente**. *Child Abuse & Neglect*, v. 24, n. 7, p. 951-964, 2000. DOI: 10.1016/S0145-2134(00)00144-7. PMID: 10905419.

RUNYON, Melissa K.; KENNY, Maureen C. **Relationship of attributional style, depression, and post-trauma distress among children who suffered sexual abuse**. *Child Maltreatment*, v. 7, n. 3, p. 254-264, 2002. DOI: 10.1177/1077559502007003007. PMID: 12139192.

SANDERSON, Jill. **Abuso Sexual em Crianças: Capacitando Pais e Educadores para Proteger Crianças**. São Paulo: Editora Papyrus, 2005.

SEGAL, Zindel V.; WILLIAMS, John M. G.; TEASDALE, John D. **Mindfulness-based cognitive therapy for depression**. 2. ed. New York: Guilford Press, 2013.

SHERIN, James E.; NEMEROFF, Charles B. Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 13, n. 3, p. 263-278, 2011. DOI: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.2/jsherin>.

SILVA, S. A.; CERIBELLI, C. O. **O Papel do Enfermeiro Frente a Violência Infantil na Atenção Primária**. Revista Eletrônica Acervo Enfermagem, v. 8, p. e5001, p. 1-7, jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/reaenf.e5001.2021>

STEINBERG, Sylvie. **Uma história das sexualidades**. 2021. Disponível em: https://books.google.com.br/books/about/Uma_hist%C3%B3ria_das_sexualidades.html?id=KiA5EAAAQBAJ&redir_esc=y. Acesso em: 9 dez. 2024.

UNICEF. **Os direitos das crianças e dos adolescentes e por que eles são importantes**. 2009. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/os-direitos-das-criancas-e-dos-adolescentes-e-por-que-eles-sao-importantes>. Acesso em: 9 dez. 2024.

UNICEF. **Perspectivas e percepções sobre trabalho infantil na iniciativa Crescer com Proteção**. 2009. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/18266/file/perspectivas-e-percepcoes-sobre-trabalho-infantil-na-iniciativa-crescer-com-protexao.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2024.

VIANA, Maria Dulce. Estratégias de coping e saúde mental. **Psicologia em Revista**, v. 28, n. 3, p. 500-508, 2012.

RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

DISCENTE: Ana Paula Soares Coutinho

CURSO: Psicologia

DATA DE ANÁLISE: 22.11.2024

RESULTADO DA ANÁLISE

Estatísticas

Suspeitas na Internet: **0,92%**

Percentual do texto com expressões localizadas na internet [▲](#)

Suspeitas confirmadas: **0,76%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados [▲](#)

Texto analisado: **94,04%**

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: **100%**

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.9.6

sexta-feira, 22 de novembro de 2024

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da discente ANA PAULA SOARES COUTINHO n. de matrícula **18656**, do curso de Psicologia, foi aprovado na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 0,92%. Devendo a aluna realizar as correções necessárias.

Assinado digitalmente por: ISABELLE DA SILVA SOUZA
Razão: Responsável pelo documento
Localização: UNIFAEMA - Ariqueme/RO
O tempo: 25-11-2024 18:01:52

ISABELLE DA SILVA SOUZA
Bibliotecária CRB 1148/11
Biblioteca Central Júlio Bordignon
Centro Universitário Faema – UNIFAEMA