



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde

Isabella Escarlata Hannes

**Violência sexual na infância e transtornos mentais: uma revisão
sistemática e metanálise sobre a relação entre ambos e suas repercussões
clínicas e psicossociais**

Brasília

2021

Isabella Escarlate Hannes

Violência sexual na infância e transtornos mentais: uma revisão sistemática e metanálise sobre a relação entre ambos e suas repercussões clínicas e psicossociais

Monografia apresentada à Faculdade de Ciências da Educação e Saúde para obtenção do grau de bacharel em Medicina.

Orientador: Professor Gustavo Carvalho de Oliveira

Brasília

2021

Isabella Escarlate Hannes

Violência sexual na infância e transtornos mentais: uma revisão sistemática e metanálise sobre a correlação entre ambos e suas repercussões clínicas e psicossociais

Monografia apresentada a Faculdade de Ciências da Educação e Saúde para obtenção do grau de bacharel em Medicina.

Orientador: Professor Gustavo Carvalho de Oliveira

Brasília – 2021

Banca Examinadora:

Professor Gustavo Carvalho de Oliveira (Presidente)

Professor Henrique Oliveira Dumay

Professor Conrado Carvalho Horta Barbosa

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter permitido que eu tivesse saúde e determinação para não desanimar durante a realização deste trabalho.

Ao professor Gustavo por ter sido meu orientador e por ter desempenhado tal função com paciência e dedicação, sempre disponível a compartilhar todo o seu vasto conhecimento.

Aos meus familiares e amigos, em especial minha mãe Liliane, meu pai Marco, minha irmã Carolina, meu companheiro Jefferson, minha avó Lydia, dinda Nilza e tia Lilian, por todo o apoio e pela ajuda, que muito contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao que participaram, direta ou indiretamente, do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo o meu processo de aprendizado.

À instituição de ensino UniCEUB, essencial ao meu processo de formação profissional e por tudo o que aprendi ao longo dos anos do curso que foram fundamentais para o desenvolvimento e a realização deste trabalho.

“Podemos, e devemos, proteger as crianças de todas as formas de abuso e exploração sexual em todos os ambientes. As crianças não merecem nada menos que isso.”

Marta Santos Pais, Ex-Representante Especial da
Secretaria Geral de Violência contra a Criança dos
Estados Unidos

RESUMO

Introdução: A violência contra crianças e adolescentes se configura como um processo endêmico e global. Quando não é fatal, o abuso sexual infantil (ASI) pode ter graves consequências adversas graves ao longo da vida com alterações profundas no funcionamento físico, psicológico e social. **Objetivo:** Investigar a relação entre abuso sexual na infância e o desencadeamento de transtornos mentais e identificar as principais repercussões negativas clínicas e psicossociais. **Método:** Foi elaborado um protocolo de revisão sistemática e metanálise, por meio do qual foram consultadas as bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs. Os critérios de exclusão foram estudos que foram publicados há mais de 5 anos, população-alvo em que não houve a descrição de que a violência ocorreu na infância, em que a descrição de adoecimento mental foi anterior ao episódio de violência e estudos de menor evidência científica ou de baixa qualidade. **Resultados:** Foram incluídos 28 estudos nesta revisão. Os principais itens relacionados ao desencadeamento de adoecimento mental foram: o abuso ter ocorrido entre 12 e 16 anos, em múltiplas ocasiões, perpetrado por alguém da família ou conhecido próximo, ser do sexo feminino, outras formas de maus-tratos infantis associados, história familiar de transtorno mental, associação com abuso sexual na vida adulta. Os principais transtornos mentais relatados após um ASI foram: depressão, TEPT, abuso de substâncias, transtornos de personalidade e de ansiedade. Comportamento suicida, comportamento sexual relacionado ao aumento do risco de HIV/ ISTs e baixa autoestima também foram significativos. Outras repercussões encontradas foram: maior uso do sistema de saúde, uso de psicotrópicos e envolvimento criminal. Nas vítimas masculinas, foram vistos os maiores índices de TEPT, Depressão maior, abuso de substâncias, envolvimento criminal e maior necessidade de cuidados em saúde em comparação às vítimas femininas. A metanálise revelou uma razão de chances de ocorrer depressão após um ASI de 1,69 [1,34-2,13], $q_i^2 P < 0,0001$ e $i^2 93\%$. **Conclusão:** Há diversas repercussões negativas e significativas ao longo da vida em vítimas de ASI, o que mostra a necessidade de cuidados continuados em saúde para essa população. A capacitação de profissionais de saúde e o reconhecimento dos primeiros sinais de vitimização são necessidades urgentes para as políticas de saúde nacionais. Espera-se que novas pesquisas sobre esse relevante tema sejam desenvolvidas e publicadas, especialmente em nosso país.

Palavras-chave: abuso sexual na infância; transtornos mentais; psicopatologia; sobreviventes adultos de maus-tratos infantis

ABSTRACT

Introduction: Violence against children and adolescents is configured as an endemic and global process. When it is not fatal, child sexual abuse (CSA) can have serious adverse consequences throughout life with profound changes in physical, psychological and social functioning. **Objective:** To investigate the relationship between childhood sexual abuse and the onset of mental disorders and to identify the main negative clinical and psychosocial repercussions. **Method:** A systematic review and meta-analysis protocol was developed, through which the PubMed, Scielo and Lilacs databases were consulted. Exclusion criteria were studies that were published more than 5 years ago, target population in which there was no description that violence occurred in childhood, in which the description of mental illness was prior to the episode of violence, and studies with less scientific evidence or of poor quality. **Results:** 28 studies were included in this review. The main items related to the triggering of mental illness were: abuse occurring between 12 and 16 years of age, on multiple occasions, perpetrated by someone in the family or close acquaintance, being female, other forms of associated child abuse, family history of mental disorder, association with sexual abuse in adult life. The main mental disorders reported after an CSA were: depression, PTSD, substance abuse, personality and anxiety disorders. Suicidal behavior, sexual behavior related to increased risk of HIV/STIs and low self-esteem were also significant. Other repercussions found were: greater use of the health system, use of psychotropic drugs and criminal involvement. In male victims, higher rates of PTSD, Major depression, substance abuse, criminal involvement and greater need for health care were seen compared to female victims. The meta-analysis revealed an odds ratio of depression after an ASI of 1.69 [1.34-2.13], $\chi^2 P < 0.0001$ and i^2 93%. **Conclusion:** There are several negative and significant repercussions throughout life in victims of CSA, which shows the need for continued health care for this population. The training of health professionals and recognition of the first signs of victimization are urgent needs for national health policies. It is expected that further research on this relevant topic will be developed and published, especially in our country.

Keywords: childhood sexual abuse; mental disorders; psychopathology; adult survivors of child abuse

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxo de seleção dos artigos

Figura 2 - Descrição dos resultados encontrados nos artigos 1 a 9

Figura 3 - Descrição dos resultados encontrados nos artigos 10 a 18

Figura 4 - Descrição dos resultados encontrados nos artigos 19 a 28

Figura 5 - Forest plot sobre a razão de chances da ocorrência de depressão em indivíduos que sofreram abuso sexual infantil

SUMÁRIO

<u>Introdução</u>	<u>10</u>
<u>Objetivo geral</u>	<u>14</u>
<u>Objetivos específicos</u>	<u>14</u>
<u>Hipótese</u>	<u>14</u>
<u>Metodologia</u>	<u>15</u>
<u>Resultados</u>	<u>19</u>
<u>Respostas fisiológicas, atendimentos em saúde e uso de medicações</u>	<u>20</u>
<u>Funcionamento psicológico e revitimização na vida adulta</u>	<u>22</u>
<u>Comportamentos sexuais de risco e doenças associadas, vitimização sexual e criminalidade</u>	<u>23</u>
<u>Transtornos psiquiátricos e abuso de substâncias</u>	<u>26</u>
<u>Metanálise</u>	<u>32</u>
<u>Discussão</u>	<u>33</u>
<u>Referências</u>	<u>38</u>

INTRODUÇÃO:

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), violência contra criança e adolescente retrata qualquer forma de violência acometida contra indivíduos com idade até 19 anos e, em casos de violência sexual, adota-se o termo abuso sexual infantil. O abuso sexual infantil (ASI) ocorre quando uma criança/adolescente é submetida à exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, pornografia, exploração sexual, estupro ou qualquer outra forma de interação sexual. Violência por ser impossibilitado ao indivíduo compreensão plena da situação devido ao desenvolvimento incompatível, por não poder dar o consentimento e/ou por violar as leis/regras da sociedade. Resultando ou que possa resultar em dano à sua saúde, sobrevivência ou dignidade (PLATT V B et al, 2018).

A partir dos estudos inseridos no banco de dados da OMS, o valor médio da prevalência ao longo da vida do ASI é de 13% no continente africano, 14% na região das Américas, 17% no leste Mediterrâneo, 10% na Europa, 6% no sudeste asiático e 6% no Pacífico ocidental e no Brasil há uma prevalência de 10%. De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS), entre 2009 e 2011, a violência sexual ocupava a segunda maior incidência de notificações entre indivíduos dos 10 aos 14 anos, ficando atrás apenas da violência física. No período de 2011 a 2017, em relação à violência interpessoal ou autoprovocada, incluindo-se a sexual, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 1.460.326 casos, destes, 591.731 casos (40,5%) foram notificações contra crianças/ adolescentes (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2018).

Em relação a características sociodemográficas destas vítimas, a partir do que foi constatado pelo MS entre os anos de 2011 e 2017, em mais de 85% dos casos a vítima era do sexo feminino, principalmente na faixa etária de 1 a 5 anos e de 10 a 14 anos e da raça/cor da pele negra. As notificações se concentraram nas regiões Sudeste, Sul e Norte. Em mais de 80% o agressor era do sexo masculino e aproximadamente 40% tinham vínculo intrafamiliar com a vítima. Caráter de repetição ocorreu em mais de 34% dos eventos, sendo que mais da metade ocorreu na residência da vítima. O tipo de violência sexual mais notificado foi o estupro em 62% das crianças e em 70,4% dos adolescentes (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2018).

Assim, a violência contra crianças e adolescentes se configura como um processo endêmico e global. Segundo a OMS, toda criança tem direito à saúde e à vida longe da violência. O Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2020), a partir dos preceitos do Estatuto da Criança e

do Adolescente (ECA), salienta a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, em que não se atingiu a maturidade moral, espiritual, biológica, psicológica e social, sendo necessário proteção da promoção ao desenvolvimento integral e dos riscos/fragilidades durante seu curso de vida. Garantir o direito ao desenvolvimento de sua sexualidade de forma segura e protegida é fundamental. Esta vulnerabilidade intrínseca associada ao seu crescente envolvimento na indústria do sexo, como prostituição e pornografia, tráfico infantil e o número crescente de crianças de rua, gera uma situação de maior vulnerabilidade à violência, tortura, abuso, exploração, abdução e assassinato (PINHEIRO P S, 2007).

O contexto da relação entre uma criança e um adulto envolve responsabilidade, confiança ou poder (NEVES A S, 2010). Esta disparidade de autoridade está associada à dependência da criança por apoio, nutrição e orientação; ademais, elas são curiosas, buscam atenção e carinho e confiam na autoridade. Cabe salientar a existência do “silent partner” (“parceiro silencioso”) em que um indivíduo que é referência para a criança toma o lado do agressor contra ela, em vez de confrontá-lo ou tentar resgatá-la da situação. Estes fatores, associados às táticas dos autores em utilizar o medo contra a criança ou ameaças à sua família, faz com que esta permaneça vulnerável à repetição do abuso e mantenha o sigilo (HANSON R F, WALLIS E, 2018). E, devido ao discurso de que essas experiências são “normais” ou “instrutivas”, muitas vítimas permanecem sem a completa compreensão da violência que estão sofrendo, gerando um retardo ainda maior na revelação do abuso (CHIESA A, GOLDSOON E, 2017).

Quando não é fatal, o ASI pode ter consequências adversas graves ao longo da vida, mesmo na ausência de lesão física significativa, com alterações profundas no funcionamento físico, psicológico e social, com intensidade e características distintas ao longo do tempo à medida que ocorre o processamento da experiência (CHIESA A, GOLDSOON E, 2017). Algumas variáveis aumentam a gravidade das sequelas e estão associadas ao desenvolvimento de psicopatologias, como tipo de abuso, idade em que o trauma ocorreu, nível de desenvolvimento cognitivo/emocional da vítima, tipo de relacionamento com o agressor, exposição a múltiplos eventos traumáticos, falta de apoio do cuidador e atribuições negativas em relação ao abuso, como vergonha e culpa, com maior probabilidade de reflexos negativos na saúde mental da vítima (SANJEEVI J ET AL, 2018; HANSON R F, WALLIS E, 2018).

Esta situação traumática e conflituosa, permeada por sentimentos de impotência, traição e estigmatização, desencadeia uma variedade de comportamentos internalizantes e externalizantes, que podem incluir ser vítima e/ou perpetradora de mais violência. Efeitos adversos na saúde mental foram evidenciados por Fergusson et al. (2013), a partir de uma coorte

de trinta anos de seguimento com adultos que sofreram ASI, em que se observou um aumento estatisticamente significativo do risco de depressão, desordens de ansiedade, ideação e tentativas de suicídio, abuso/dependência de álcool e outras substâncias, transtorno de estresse pós-traumático, baixa autoestima e baixa satisfação com a vida. Representando um aumento de 5,7% para 16,6% do risco para o desencadeamento de problemas de saúde mental. As consequências desses achados são abrangentes dentro do contexto familiar e social, com custos significativos para as instituições de saúde, assistência social e o sistema judiciário (FONTES L F C et al, 2017).

Com o intuito de analisar estas variáveis e repercussões, a OMS desenvolveu o Sistema de Informações sobre Prevenção à Violência (“Violence Info”), plataforma que reúne informações científicas publicadas sobre os principais tipos de violência interpessoal. Em 2017, a partir da análise de 336 estudos baseando-se na mediana de odds ratio entre violência sexual e as consequências, constatou-se que indivíduos que sofreram violência sexual possuem uma prevalência de 3.8x maior de problemas sexuais e relacionados a saúde reprodutiva (infecções sexualmente transmissíveis, outras infecções, desordens ginecológicas), 2.5x maior de transtornos mentais e neurológicos e 1.8x maior de comportamentos de risco (sexo desprotegido, múltiplos parceiros sexuais, abuso de substâncias) (Violence Info, 2017).

Em consonância à relevância deste tema, compreendendo-o como um fenômeno multicausal, multifatorial e multidimensional, a literatura nacional e internacional procura desenvolver uma análise geral que inclui os âmbitos social, econômico e político (NEVES A S, 2010). Em 2003, sob apoio do gabinete do Alto Comissariado para os Direitos Humanos (OHCHR), Unicef e OMS, uma investigação sobre o panorama global da violência infanto-juvenil apresentou como principais pontos de preocupação: programas inadequados de prevenção, recursos financeiros/ humanos insuficientes, falta de mecanismos para o registro das queixas pelas próprias vítimas, procedimentos insuficientes para processar os perpetradores, estigmatização social das vítimas, carência de medidas de reabilitação social e psicológica com limitadas possibilidades de reintegração à sociedade (PINHEIRO P S, 2007).

A literatura científica atual comprova que a saúde mental é uma das principais variáveis afetadas pela violência sexual. Contudo, o preconceito social relacionado ao abuso sexual agregada à estigmatização inerente aos transtornos psiquiátricos pode levar à marginalização destas vítimas, gerando subnotificação dos casos e das suas repercussões. A escassez de trabalhos científicos e de análises das repercussões, acaba por comprometer a divulgação de resultados robustos, com conseqüente detecção tardia das vítimas e prejuízo futuro ao

desenvolvimento. Faz-se necessário assumir crianças e adolescentes como sujeitos, que existem no tempo e no espaço, dotados de sentimentos, desejos, sonhos e motivações.

Assim posto, este trabalho visa agregar à literatura uma análise deste panorama de violência infanto-juvenil e as repercussões sobre a saúde mental das vítimas de ASI, vislumbrando uma conseqüente ampliação da conscientização sobre os transtornos desenvolvidos e de outros problemas relacionados ao ASI. Conseqüências deletérias no desenvolvimento das vítimas, como subdesempenho educacional, social e profissional necessitam ser prevenidas. É fundamental garantir que essas vítimas sejam avaliadas precocemente e adequadamente, aumentando a probabilidade de se aplicar um tratamento adequado e, possivelmente, amenizar os danos causados no curso de sua vida.

OBJETIVO GERAL

Analisar a relação entre abuso sexual na infância e desencadeamento de transtornos mentais, identificando as principais repercussões clínicas e psicossociais destes transtornos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar os estudos publicados e revisar as associações descritas entre abuso sexual na infância e o desencadeamento de transtornos mentais.

Identificar os principais transtornos mentais relatados nos estudos desencadeados após um abuso sexual ocorrido na infância.

Evidenciar as características e os aspectos envolvidos no abuso sexual que foram considerados nos estudos como os principais determinantes para o desencadeamento do transtorno mental.

Descrever as principais repercussões clínicas e psicossociais dos transtornos mentais que foram observados em crianças vítimas de abuso sexual.

HIPÓTESE

Abuso sexual na infância é um fator de risco significativo para o desenvolvimento de transtornos mentais durante a vida, resultando em comprometimento de sua saúde e com consequências deletérias no desenvolvimento das vítimas, como subdesempenho educacional, social e profissional.

METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão sistemática da literatura em que se utilizaram critérios objetivos, descritos a seguir, para a coleta de dados. Os dados selecionados foram verificados de forma independente por dois pesquisadores que seguiram estritamente a mesma metodologia. Em caso de discordância foi realizada reunião para decisão final.

Registro

Este estudo foi registrado no Registro Prospectivo Internacional de Revisões Sistemáticas (PROSPERO) através do protocolo: **CRD42021236468**

Coleta de dados

Foram utilizadas as bases de dados MEDLINE (National Library of Medicine), Biblioteca Virtual em Saúde/Lilacs e Scielo em busca de trabalhos sobre o desenvolvimento de transtornos mentais em vítimas de violência sexual na infância. Os descritores foram formulados em língua inglesa submetidos à consulta nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual de Saúde, resultando em “abuso sexual na infância”, “sobreviventes adultos de maus-tratos infantis”, “transtornos mentais”, “psicopatologia”, e os seus respectivos na língua inglesa e espanhola.

Estratégia de busca

Na base de dados PubMed a estratégia de busca utilizada foi: (“abuso sexual na infância” [All Fields] AND “transtornos mentais” [All Fields]) OR (“abuso sexual na infância” [All Fields] AND “psicopatologia” [All Fields]) OR (“sobreviventes adultos de maus-tratos infantis” [All Fields] AND “transtornos mentais” [All Fields]) OR (“sobreviventes adultos de maus-tratos infantis” [All Fields] AND “psicopatologia” [All Fields]). Esta estratégia de busca foi adaptada às demais bases de dados, os termos correspondentes foram aplicados em inglês e espanhol na Biblioteca Virtual em Saúde/Lilacs e Scielo.

Critérios de elegibilidade

A estratégia PICO (População; Intervenção e exposição; Comparação; Desfechos) foi usada para definir os critérios de elegibilidade (Santos, Pimenta e Nobre, 2007). Como critérios

de inclusão foram selecionados os estudos realizados com indivíduos adultos (maiores de 18 anos - população), a exposição considerada foi o abuso sexual na infância, a comparação deveria ocorrer com indivíduos que não sofreram abuso sexual na infância. Os desfechos deveriam envolver um enfoque nas repercussões desta violência (transtornos psíquicos ou repercussões clínico-sociais) avaliadas por meio de instrumentos científicos. Os critérios de exclusão foram população-alvo em que não houve a descrição de que a violência ocorreu na infância, em que a descrição de adoecimento mental foi anterior ao episódio de violência, estudos de menor evidência científica: cartas ao editor, publicações que não sejam artigos originais, relatos de caso único, artigos sem acesso ao conteúdo completo.

Todos os artigos encontrados através da estratégia de busca passaram por dois processos de avaliação de forma pareada e independente, com deliberação das discordâncias através de uma reunião de consenso entre os dois pesquisadores. Os artigos foram analisados para elegibilidade nas fases de triagem com base nos critérios de inclusão e exclusão.

Na primeira fase, foram avaliados ano e idioma de publicação, sendo incluídos estudos científicos publicados no período de 2015 a 2020 e publicados em português, inglês ou espanhol.

Na segunda fase, os estudos selecionados foram incluídos conforme título e resumo pertinentes. Quando o estudo não tinha resumo, porém o título era pertinente, foi mantido na seleção.

Na terceira fase, foi feita a leitura do texto completo dos artigos selecionados, utilizando-se os mesmos critérios de inclusão e exclusão, mas também excluindo-se os estudos cujos resultados estivessem relacionados a outras violências na infância, que não o abuso sexual.

Análise qualitativa

O instrumento de avaliação crítica de estudos proposto por Loney et al (1998) foi utilizado, com adaptações, por dois revisores independentemente, para determinar a qualidade dos artigos incluídos ao final da terceira fase. Foram adotados oito critérios:

- Delineamento do estudo e métodos de amostragem apropriados: adequado se for estudo primário e possuir como desenho de pesquisa o delineamento transversal ou de coorte longitudinal.
- Amostragem: adequada se o estudo fosse realizado em toda a população ou se realizado com amostragem probabilística.
- Fonte de amostragem adequada: adequada se foi com base no censo populacional.

- Tamanho da amostra: adequado se foi calculada estatisticamente.
- Ferramenta de medição: adequada se o desfecho (psicopatologias e outras repercussões clínico-sociais) foi calculado utilizando critérios objetivos, adequados e padronizados.
- Taxa de resposta: adequada se maior que 70,0% ou se houver descrição das recusas.
- Prevalência com IC95%: adequada se houve apresentação dos intervalos de confiança da prevalência das repercussões do abuso sexual infantil
- Descrição dos subgrupos de interesse: adequada se os sujeitos do estudo forem bem descritos e semelhantes à pergunta de pesquisa.

Para cada critério atendido o estudo recebeu um ponto. Foram considerados estudos de alta qualidade aqueles com pontuação 7 e 8; moderada qualidade, 4 a 6 pontos; e de baixa qualidade, 0 a 3 pontos. Após essas avaliações, os estudos considerados de moderada e de alta qualidade foram selecionados para análise e tabulação de dados.

Classificação e tabulação de dados:

Para cada estudo selecionado foram avaliadas as seguintes variáveis: título, autor, ano de publicação, base de dados em que foi publicado, desenho do estudo, país do estudo, tamanho da amostra, característica da amostra (população geral ou se grupo específico, como: pacientes internados, pessoas encarceradas), relação avaliada (ex. prevalência da comorbidade ou de repercussões clínicas/ psicossociais), características específicas observadas (da população ou do desfecho) e significância estatística encontrada em relação ao desfecho (adoecimento mental e transtornos mentais desenvolvidos, repercussões clínicas e sociais elencadas). Estas variáveis foram compiladas em uma planilha do Microsoft Excel.

Análise quantitativa:

Devido ao pequeno número de desfechos em comum encontrados nos estudos selecionados ao final da revisão, foi optado por ampliar o período de busca para os últimos dez anos, seguindo a mesma metodologia utilizada para selecionar os artigos da revisão sistemática, para possibilitar a realização da metanálise. O desfecho primário mais frequente nas pesquisas, nesse novo intervalo, foi a razão de chances (Odds Ratio - OR) de depressão em vítimas de abuso sexual infantil quando comparado a indivíduos que não sofreram este tipo de violência. Em primeiro lugar, o Odds Ratio foi identificada em cada estudo selecionado, com um intervalo de confiança de 95%. Esses ORs e seus intervalos foram plotados em um Forest Plot para possibilitar a comparação entre os estudos. A metanálise foi calculada utilizando o software

Revman 5.4.1, a partir dos Odds Ratio e Intervalos de Confiança, número da amostra e estimativa do número de eventos. Também foi calculado o Odds Ratio médio realizado com base nos pesos de cada estudo através dos tamanhos amostrais individuais. Realizado a avaliação da heterogeneidade através do teste do i-quadrado e teste do qui-quadrado para avaliar significância, com $p < 0,10$ indicando significância relevante, de acordo com as diretrizes para este tipo de desenho de estudo.

RESULTADOS

Inicialmente, através da estratégia de busca aplicada, 1523 estudos foram encontrados (1431 PubMed, 35 Scielo e 57 Lilacs). Após a primeira fase de seleção, com avaliação idioma e ano de publicação, restaram 316 estudos (296 PubMed, 12 Scielo, 8 Lilacs), com exclusão de 8 duplicados. Na segunda fase de seleção, a partir da leitura do título e resumo, 83 estudos foram selecionados (81 PubMed, 1 Scielo e 1 Lilacs). E na terceira fase, após leitura do texto completo e exclusão dos que não possuíam os resultados relacionados ao abuso sexual infantil, foram selecionados 28 estudos que compuseram esta revisão. A análise qualitativa revelou que esses 28 estudos tiveram qualidade de moderada a alta, conforme critérios de Lonely adaptados (Lonely et al, 1998), não havendo exclusões por este critério. A figura 1 mostra o fluxo de seleção desses estudos.

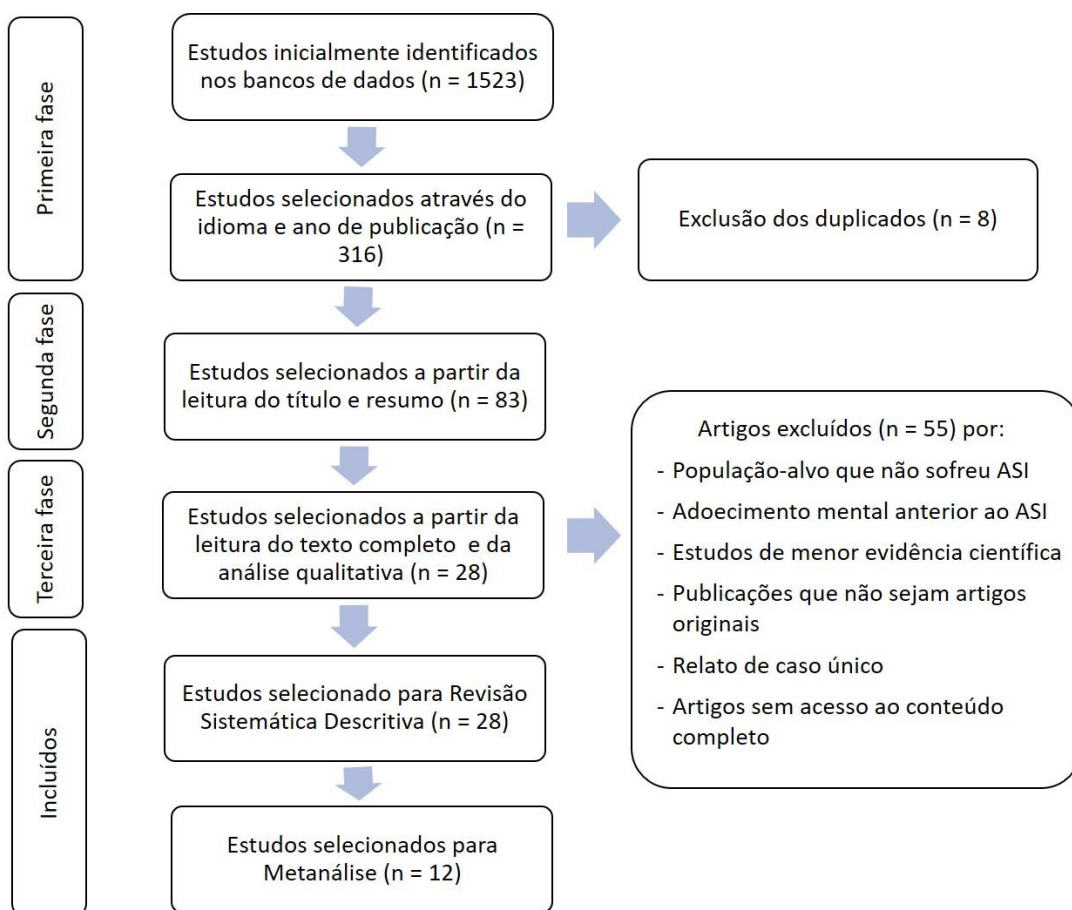


Figura 1 - Fluxo de seleção dos estudos

Destes 28 estudos, 35,71% (n = 10) tiveram o objetivo de avaliar o abuso de substâncias e o desenvolvimento de outros transtornos psiquiátricos em indivíduos com histórico de ASI. Questões relacionadas à vitimização sexual, comportamentos sexuais e doenças usualmente associadas à esses comportamentos (como o vírus da imunodeficiência humana - HIV e infecções sexualmente transmissíveis - ISTs) foram avaliadas por 17,85% (n = 5) dos trabalhos. Em 17,85% (n = 5) foram abordadas questões relacionadas ao funcionamento social e psicológico, em especial à internalização e à externalização. Comportamentos criminosos (7,14%, n = 2), consultas em atendimentos de saúde e uso de medicações (7,14%, n = 2), alteração em citocinas inflamatórias (3,57%, n= 1), avaliações psicofisiológicas (3,57%, n= 1), disfunção sexual (3,57%, n= 1) e queixas somáticas na gestação (3,57%, n= 1) foram os outros temas abordados.

Para uma melhor compreensão destes resultados, os estudos selecionados foram distribuídos em quatro grupos de acordo com a consequência adversa resultante do abuso sexual infantil, entre eles: Respostas fisiológicas, atendimentos em saúde e uso de medicações; Adoecimento psíquico e revitimação na vida adulta; Comportamento sexual e infecções sexualmente transmissíveis associadas à vitimização sexual e criminalidade; e Transtornos psiquiátricos e abuso de substâncias.

Respostas fisiológicas, atendimentos em saúde e uso de medicações

Ao avaliarem os cinco principais tipos de trauma infantil presentes entre 194 indivíduos acompanhados em nível ambulatorial, Ng et al (2020) encontraram que o ASI foi o único que mostrou uma correlação estatisticamente significativa com o nível de interleucina-6 (IL-6) em adultos com depressão clinicamente significativa. Enquanto a confiança no parceiro íntimo mostrou uma correlação positiva com o nível de IL-6, mitigando os impactos negativos do ASI na idade adulta.

Ben-Amitay et al (2016), buscando demonstrar estas respostas fisiológicas alteradas em 60 mulheres adultas vítimas de ASI em acompanhamento em centros de apoio, frente a estímulos alusivos e neutros, evidenciaram elevações significativas da frequência cardíaca e das respostas fisiológicas mais elevadas nos exames de eletromiografia e eletroencefalografia dessas mulheres em relação ao grupo controle. Houve uma correlação inversa entre a

intensidade destas respostas e o tempo decorrido desde o trauma. Os participantes do grupo de vítimas de ASI foram mais frequentemente diagnosticadas com manifestações psiquiátricas prévias e atuais (91,4% vs 12%). Não foram encontradas diferenças significativas entre os tipos de agressões nem entre ter sofrido múltiplas agressões.

Maseroli et al (2019) investigando 200 mulheres que procuraram atendimento médico por questões relacionadas à disfunção sexual, observaram que 23,5% destas relataram abuso sexual, sendo a maioria ocorrida no período da infância e adolescência, com recorrência de 70,2%. O fato de a vítima conhecer ou não o perpetrador não gerou diferenças nos parâmetros psicológicos e sexuais. Mulheres com uma história de ASI, notavelmente as expostas na adolescência, apresentaram um comprometimento maior nos domínios de excitação, orgasmo e satisfação, também relataram maior angústia relacionado ao sexo. Houve, ainda, significativamente maior inquietação, maiores preocupações com a imagem corporal, incluindo sintomas de despersonalização nas vítimas de ASI em comparação ao grupo controle. Durante a atividade sexual, as vítimas de ASI relataram mais frequentemente perda de desejo e o hábito de praticar sexo complacente, que é quando a mulher se envolve no ato sexual mesmo que não tivesse inicialmente esta intenção pelo seu próprio desejo. Foi visto também que mulheres com histórico de ASI apresentaram maior índice de manifestações psiquiátricas e uso de medicações psicotrópicas (MASEROLI et al, 2019).

Littleton (2015), pesquisou a saúde de 407 gestantes que sofreram ASI e constatou que elas foram significativamente mais propensas do que as não vitimadas a relatarem maior nível de gravidade nas queixas gerais, além de terem mais sintomas depressivos, queixas de dores de cabeça, tonturas e outras queixas somáticas. Nos casos em que também ocorreu abuso sexual na vida adulta, houve um índice ainda maior de queixas. E que os sintomas depressivos foram vistos como mediadores da relação entre história de vitimização sexual e queixas somáticas na gestação.

Ao avaliarem a prevalência de ASI em 677 pacientes ambulatoriais em acompanhamento psiquiátrico e as características sociodemográficas destes pacientes, Agyapong et al (2017) verificaram que a taxa de prevalência de ASI nestes pacientes ambulatoriais foi cerca de duas vezes maior em relação à população geral da mesma região. Esses autores encontraram o seguinte perfil nos pacientes com história de ASI: gênero feminino, escolaridade até o ensino médio, histórico de atendimento com psiquiatra, história de automutilação, em uso de medicação psicotrópica, história de abuso de substâncias ou história familiar de doença mental.

Guha et al (2019) reafirmaram essa maior prevalência de histórico de cuidados em saúde mental ao constatarem que, em uma amostra com 4598 indivíduos, as vítimas de ASI tiveram significativamente mais contatos com psiquiatras (OR 1,29), psicólogos e assistentes sociais (OR = 6,68) e atendimentos em geral envolvendo cuidados de saúde mental (OR = 1,76). A diferença foi maior em vítimas do sexo masculino. Houve uma frequência significativamente maior de prescrições de medicamentos (OR de 1,40 a 6,18) como analgésicos, antipsicóticos, ansiolíticos, estabilizadores de humor, estimulantes e medicações utilizadas para o tratamento de transtornos de abuso de álcool e substâncias (como uso de dissulfiram para o abuso de álcool) do que o grupo controle, principalmente entre as vítimas mulheres. A frequência de demandas em saúde mental e de prescrição de psicofármacos aumentaram nos casos em que o abuso ocorreu após os 12 anos de idade.

Adoecimento psíquico e revitimização na vida adulta

A gravidade e o momento da ocorrência do trauma foram vistos por Lyons e Romano (2019) como preditores de gravidade das repercussões no funcionamento psicológico de homens que sofreram ASI. Foram avaliados 215 homens em acompanhamento psicológico após ASI, que foram separados em perfis conforme a gravidade e a idade de início dos abusos, frequência e relação com o perpetrador e então comparados a um grupo controle. Os resultados mostraram que os problemas de internalização e sintomas de traumas eram elevados (três vezes maior que no grupo controle) independentemente do perfil. Os homens no perfil Mais Grave (41%, apresentando ASI desde a primeira infância, envolvendo atos sexuais mais invasivos por indivíduos de confiança) eram significativamente mais propensos a ter experiências emocionais negativas e a sofrer abuso físico, internalização e mais sintomas de trauma em comparação com homens nos demais perfis.

Lund et al (2016 ¹) realizaram estudo com 324 indivíduos, incluindo-se nascidos com extremo baixo peso e expostos ao ASI. As vítimas de abuso sexual na infância desenvolveram alto risco de adoecimento psíquico, sendo que ter nascido na condição de extremo baixo peso gerou um acréscimo neste risco. Houve maior disfunção do funcionamento psicológico observada em relação à internalização e à externalização, principalmente durante o período da segunda e terceira décadas de vida, quando comparados ao grupo controle, sem histórico de ASI. Desfechos sociais com repercussões negativas ao longo da vida relacionados ao

funcionamento familiar e social também foram vistos em adultos nascidos de extremo baixo peso, de modo que os efeitos adversos da ASI foram amplificados.

Lund et al (2016²), através de segunda linha de estudo, constataram que os participantes de extremo baixo peso ao nascer que sofreram ASI eram menos propensos a ter um parceiro ou filhos ou a ter um relacionamento pior com estes, mas eram mais propensos a apresentar solidão, a ter baixa autoestima e níveis mais elevados de transtornos de personalidade, sendo a evitativa e a esquiva as mais observadas quando comparados àqueles que não experimentaram ASI.

Ao avaliarem os mecanismos de internalização e de externalização, Latack et al (2015) consideraram estes mecanismos importantes mediadores na relação ASI e desfechos de risco como HIV/AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) entre os 34653 indivíduos da sua pesquisa. A história positiva de ASI esteve associada a mais do que o dobro de probabilidade de diagnóstico de HIV/AIDS ou ISTs, sendo que tanto o efeito direto quanto indireto da internalização e da externalização, em particular o fator externalização, representaram a maioria do efeito total do ASI na probabilidade de diagnóstico destes desfechos de risco.

Witthöft et al (2015), ao avaliarem a associação entre 91 pacientes que apresentavam a associação comórbida entre Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) após um ASI e Transtorno de Personalidade Borderline após um ASI, constataram que estes tinham um viés de atenção mais forte para estímulos relacionados ao corpo e uma sintomatologia mais grave em comparação a pacientes sem essa associação comórbida. A deficiência na regulação emocional, característica do Transtorno de Personalidade Borderline, em combinação com experiências traumáticas, em particular o ASI, são necessárias para produzir um viés de atenção mais forte para estímulos relacionados ao corpo.

Comportamentos sexuais e infecções sexualmente transmissíveis associadas à vitimização sexual e criminalidade

O comportamento sexual pode ser influenciado por um histórico de ASI, conforme Werner et al (2018). A análise de 2948 mulheres revelou que a exposição ao trauma, em especial o ASI, pode influenciar nos comportamentos sexuais de forma a aumentar o risco de ocorrer uma gravidez indesejada e de contrair ISTs/ HIV, como praticar sexo sob o uso de substâncias

e uso inconsistente de preservativos. Além do impacto da exposição ao trauma, o estudo demonstrou que o uso de substâncias, em especial álcool, *cannabis* e tabaco, e a pressão por parte de parceiros sexuais, para a não utilização de preservativos, também foram considerados fatores que influenciam estes comportamentos. Sendo que em mulheres brancas o uso de substâncias impactou mais nestes comportamentos e para as mulheres negras, a pressão por parte do parceiro teve maior influência.

Brown et al (2017), em um estudo transversal, avaliaram 34.391 indivíduos que contraíram HIV/ ISTs na vida adulta e possíveis associações a Depressão Maior, TEPT, abuso de substâncias e experiências negativas na infância, incluindo diversas formas de abuso como o ASI. Houve diferença nos resultados, a depender do gênero das vítimas de ASI. Entre os homens vítimas de ASI, verificou-se um aumento significativo do risco de: TEPT, Transtorno Depressivo Maior, Abuso de substâncias, Início sexual precoce e Violência por parceiro íntimo. Já em relação às mulheres, observou-se risco aumentado para abuso de substâncias após histórico de negligência, abuso físico e psicológico na infância e de Depressão Maior após histórico de abuso físico e psicológico.

Ports et al (2016) estudaram a relação entre experiências adversas na infância e o risco de vitimização sexual (VS) em adultos, sendo elas: abuso sexual, abuso emocional, negligência emocional, abuso físico, doença mental doméstica, negligência física, membro da família encarcerado, abuso de substâncias no domicílio, separação/ divórcio dos pais e violência física no domicílio. Dentre os 7272 indivíduos avaliados, os que sofreram ASI tiveram maior risco de sofrerem violência sexual quando adultos. A presença de outras experiências negativas na infância associadas ao ASI aumentou o risco de vitimização sexual desses adultos, quando comparados ao ASI isoladamente.

Das e Otis (2016) avaliaram se a gravidade do ASI interfere na intensidade das consequências psicológicas futuras em uma amostra de 3283 indivíduos. Foi observado que qualquer contato sexual na infância, independentemente da gravidade, foi associado à vitimização sexual posterior. Também foi observado que os homens vítimas de ASI possuíram um histórico de maior número de parceiros sexuais durante a vida. Os casos em que o ASI desencadeou um transtorno depressivo, este foi visto como um fator de risco importante para a ocorrência de vitimização posterior.

Werner, McCutcheon e Challa (2016) avaliaram a associação entre abuso sexual infantil, abuso físico infantil e testemunhar abuso de algum familiar durante a infância, com a vitimização sexual posterior em uma amostra de 6082 adultos vítimas de maus tratos na

infância. Dentre esses fatores, o abuso sexual e o abuso físico geraram um aumento do risco de vitimização sexual posterior. Houve um maior risco geral de revitimização em mulheres e, para os homens, uma maior magnitude de vitimização do tipo sexual. A relação entre ASI e revitimização, ajusta para sexo e psicopatologia relacionada, mostrou um efeito significativo (OR 1,57, IC 1,44-1,72). Esses autores observaram que dependência de álcool, nicotina e outras drogas, depressão maior e TEPT se relacionaram a um maior risco de nova vitimização sexual em mulheres, enquanto a presença de depressão maior e de dependência de nicotina estiveram associados a nova vitimização sexual em homens.

Papalia et al (2017) buscaram determinar a taxa de ocorrência de morbidades mentais e sociais em 5365 vítimas de ASI. Observaram que mais da metade (52%) das vítimas de ASI posteriormente desenvolveram problemas em um ou mais dos seguintes domínios: problemas de saúde mental, envolvimento criminal, vitimização posterior ou suicídio. Vítimas de ASI do sexo feminino demonstraram um maior aumento nas chances desses resultados adversos (OR 9,8, IC 5,8-16,8) quando comparadas às mulheres que não sofreram ASI. Contudo, as vítimas homens que apresentaram os maiores valores absolutos para esses desfechos, com exceção de suicídio em que não houve diferença entre os gêneros.

Em relação à idade em que ocorreu o ASI, essa pesquisa revelou que crianças abusadas entre 12 e 16 anos tiveram maior probabilidade para desenvolverem problemas em pelo menos um dos domínios supracitados em relação às crianças abusadas em idade inferior. Nos homens, a ocorrência de vários episódios de abuso, abuso ocorrido em idade maior e abuso por perpetrador extrafamiliar foram motivos de aumento significativo do risco de adoecimento mental. Para as mulheres ter sofrido ASI após os 12 anos foi um motivo de aumento deste risco (PAPALIA et al, 2017).

Nessa mesma pesquisa, observou-se um maior índice de mortes por suicídio ou por overdose de drogas no grupo com histórico de ASI em comparação ao controle. Entre essas vítimas, 95,2% tinham experimentado pelo menos um outro resultado adverso prévio (76,2% problemas de saúde mental, 71,4% antecedentes criminais e 57,1% outras formas de vitimização). Também foi observada uma maior associação dessas vítimas a diagnósticos psiquiátricos (OR 9,2), transtorno por uso de substâncias (OR 7,8) ou transtorno de personalidade (OR 13,5) (PAPALIA et al, 2017).

Papalia et al (2018), em outra publicação, analisaram o comportamento criminoso a longo prazo em 5436 indivíduos. Dentre estes, as vítimas de ASI foram mais propensas a se envolver em todos os tipos de comportamentos criminosos em relação ao grupo que não sofreu ASI, com

prevalência de 23,6 e 5,9%, respectivamente. Em relação ao gênero, as mulheres tiveram maior associação com crimes em geral e os homens com crimes sexuais. Quando as vítimas foram molestadas entre 12-16 anos, quando sofreram violência por um indivíduo conhecido, quando sofreram violência por mais de um abusador e quanto maior o número de episódios de abuso sexual, houve um maior desenvolvimento de distúrbios psicológicos e maior probabilidade de comportamento criminoso (PAPALIA et al, 2018).

Transtornos psiquiátricos e abuso de substâncias

Buscando compreender a prevalência, características e consequências do ASI através de uma avaliação longitudinal de 829 homens, Richter et al (2018) observaram que a incidência de ASI em meninos de 11 anos era de aproximadamente 5% em sua amostra, mas que quando questionados novamente aos 14 anos esta taxa aumentou para 37,7%. Todas as formas relatadas de atividade sexual aumentaram com a idade, contudo os relatos de coerção diminuíram após os 14 anos. Entre as experiências sexuais que foram relatadas como coagidas, a maioria ocorreu com um agressor do sexo masculino que possuía idade próxima à da vítima, com variação de até 4 anos de idade.

As vítimas de ASI pontuaram mais alto em uma medida geral de sofrimento psicológico, bem como mais alto em escalas de Ansiedade e Depressão. Os resultados dessa pesquisa também revelaram que meninos com menor estatura, meninos cujas mães possuíam maior grau de instrução (consequentemente mais propensas a trabalhar fora de casa) e meninos em situação de pobreza tiveram maior probabilidade de sofrerem ASI. No entanto, não houve associação significativa entre ASI e adoecimento psíquico aos 22-23 anos quando ajustadas para essas variáveis. Apesar de maior prevalência de ASI entre os indivíduos que apresentavam essas vulnerabilidades, estas não foram suficientes para isoladamente aumentar o risco de adoecimento psíquico (RICHTER et al, 2018).

Arrom et al (2015) avaliaram a prevalência e as repercussões do ASI em 44 pacientes encaminhados para psicoterapia. Quarenta e duas (95,4%) eram mulheres, 17 (38,6%) tinham entre 19-25 anos quando foram encaminhados à psicoterapia e 32 (72,7%) eram solteiros. A ocorrência de abuso sexual associado a abuso físico ou psicológico ocorreu em 61,4% dos pacientes. Em 86,4% o abuso sexual foi perpetrado por alguém da família ou conhecido próximo da família. Quanto à presença de comorbidades psiquiátricas, todos os indivíduos da

amostra (n = 44) manifestaram pelo menos um transtorno relacionado à saúde mental, em especial transtornos do humor (36,4%), ansiedade (18,2%), transtornos de personalidade (15,9%) e transtornos psicóticos (4,5%). Seis pacientes (13,6%) manifestaram dois ou mais transtornos concomitantemente.

Ao avaliarem a prevalência de transtornos mentais em 14564 homens vítimas de ASI, Turner et al (2017) observaram que as chances de sofrer ASI foram significativamente elevadas em lares onde outras formas de maus-tratos infantis ou uma história familiar de disfunção também estiveram presentes (OR 2,98-5,84). Somente a presença de ASI isoladamente ou associado a algum tipo maus-tratos tiveram chances significativamente maiores (OR 2,98-8,57) de desenvolvimento de transtornos de humor, transtornos de ansiedade, transtornos de personalidade (do grupo A, B ou C) e tentativas de suicídio em comparação a homens sem histórico de ASI. Abuso emocional, abuso físico e exposição à vitimização por parceiro íntimo foram as formas mais comuns de maus-tratos que ocorreram associadas ao ASI.

Jaworowski, Golmard e Engelberg (2019) estudaram 228 indivíduos em acompanhamento psiquiátrico e observaram uma correlação positiva entre ASI e aumento no número de consultas de saúde, Transtorno de personalidade (principalmente Borderline, Esquiva e Dependente), TEPT e Transtorno por uso de substâncias.

Ulibarri, Ulloa e Salazar (2015), em seu estudo com 204 mulheres latinas realizando acompanhamento médico em ambulatório geral, evidenciaram correlação entre qualquer história de ASI e Depressão maior, TEPT e abuso de substâncias. E, a partir de regressões lineares, observaram que os resultados de saúde mental associados ao abuso sexual infantil estavam pelo menos parcialmente mediados pelo uso de substâncias. Esse estudo mostrou que estratégias mal adaptativas, como o abuso de substâncias, são muito procuradas por vítimas de ASI.

Guina et al (2019) compararam a gravidade dos sintomas de TEPT entre 775 pacientes que sofreram traumas na infância e evidenciaram que aqueles com histórico de ASI manifestaram maior gravidade de sintomas de TEPT em relação aos com outros traumas de infância, que não o ASI. Considerando-se os tipos de sintomas de TEPT e gênero, os homens vítimas de ASI manifestaram mais sintomas relacionados à intrusão e humor/cognição. Já nas mulheres vítimas de ASI, os sintomas de maior gravidade foram de evitação.

Villagra et al (2019) buscaram determinar a taxa de “diagnóstico duplo” (DD), ou seja, sofrer de uma doença mental e ter um transtorno comórbido por uso de substâncias, em uma amostra prisional espanhola de 180 indivíduos. Foi visto que 38,3% dos homens e 57% das

mulheres preencheram os critérios para DD. ASI e abuso físico infantil foram vistos como importantes preditores deste diagnóstico. Para os homens, o abuso físico foi um preditor de maior risco e, para as mulheres, o histórico de ASI. O transtorno depressivo maior foi o principal transtorno mental associado ao abuso de substâncias para as mulheres, e para os homens, o transtorno de personalidade antissocial.

Ellenbogen et al (2018) observaram que muitas vítimas de ASI relataram também ter sofrido Abuso Físico Infantil (93%) em sua amostra composta por 438 indivíduos em acompanhamento pelo serviço de proteção às crianças. Essas apresentaram maior risco de adoecimento mental e dependência de substâncias do que as vítimas com somente um tipo de abuso na infância. O sentimento de vergonha após o ASI foi correlacionado com a gravidade do adoecimento mental, em especial com a gravidade do transtorno depressivo maior, da ansiedade, do TEPT, do psicoticismo, da baixa-autoestima e da ideação suicida.

Rosmarim et al (2018) avaliaram o ASI entre 372 adultos com filiação religiosa judaica e constataram que este foi relatado em todo o espectro de observância religiosa e afiliação na comunidade judaica, variando de 18,2-31,3% entre homens e 21,4-45,0% entre as mulheres, o que não diferiu das taxas nacionais dos Estados Unidos e Canadá. O histórico de ASI foi associada a maior adoecimento mental, menor religiosidade geral e intrínseca, sugerindo que o ASI possui efeitos deletérios na espiritualidade e desenvolvimento religioso. Porém, quando a religiosidade se mostrou presente, houve “efeito tampão” contra o sofrimento mental.

A não conformidade de gênero na infância, discutida por Hidalgo et al (2015), também foi avaliada como fator de risco para a ocorrência e/ou para o agravamento das repercussões após o ASI entre 449 jovens de homens que fazem sexo com homens (HSH). Foi constatado que crianças com não conformidade de gênero manifestaram maior número de relatos de ASI. Houve uma probabilidade significativamente maior de TEPT (OR 2,83, IC 1,39-5,79), depressão (OR 2,82, IC 1,52-5,23), ideação suicida (OR 1,69, IC 0,93-3,08) e tentativa de suicídio ao longo da vida (OR 3,12, IC 1,46-6,69).

Autor	Base de dados	País do estudo	Delimitamento	Amostra	Característica da amostra	Correlações analisadas	Resultados e correlação estatística
Agyapong et al (2017)	PubMED	Canadá	Transversal	677	Acompanhamento psiquiátrico	ASI, dados demográficos e preditores clínicos	Taxa de prevalência de ASI nos pacientes ambulatoriais foi cerca de duas vezes as taxas para a população geral que não fazia este acompanhamento. O perfil sociodemográfico dos pacientes com história de ASI foi: género feminino, escolaridade até o ensino médio, histórico de atendimento com psiquiatra ou de automutilação, uso de medicação psicotrópica, história de abuso de substâncias ou de doença mental.
Arrom et al (2015)	SciELO / LILACS	Paraguai	Transversal	44	Acompanhamento psicoterapêutico	ASI e transtornos psiquiátricos correlatos	Sobre vítimas de ASI, 95,4% eram mulheres, 38,6% tinham entre 19-25 anos quando foram encaminhados à psicoterapia e 72,7% eram solteiros. Ocorrência de abuso sexual associado a abuso físico ou psicológico ocorreu em 61,4%. Em 86,4% o abuso sexual foi perpetrado por alguém da família ou conhecido próximo. Todos os indivíduos da amostra manifestaram pelo menos um transtorno relacionado à saúde mental, em especial transtornos do humor, ansiedade, transtornos de personalidade, transtornos psicóticos. E 13,6% manifestaram dois ou mais transtornos concomitantemente.
Ben-Amity et al (2016)	PubMED	Israel	Transversal	60	Acompanhamento em centros de apoio após abuso sexual	Sequelas neurobiológicas do ASI, papel do género	Vítimas de ASI exibiram elevações significativas na frequência cardíaca e respostas fisiológicas mais elevadas na eletromiografia e electroencefalografia em comparação com o controle. Houve uma correlação inversa entre a intensidade das respostas e o tempo decorrido desde o trauma. Vítimas de ASI foram mais frequentemente diagnosticadas com manifestações psiquiátricas passadas e atuais (91,4% vs 12%). Não foram encontradas diferenças entre os tipos de agressões nem entre ter sofrido múltiplas agressões.
Brown et al (2017)	PubMED	EUA	Transversal	34391	Geral (sem especificidade)	Transtornos psiquiátricos como mediadores na relação entre ASI e HIV/ISTs	TEPT, Transtorno Depressivo Maior, Abuso de substâncias, Início sexual precoce e Violência por parceiro íntimo tiveram um impacto significativo no risco de se adquirir HIV ou ISTs na vida adulta para os indivíduos do sexo masculino. Esta relação não foi evidenciada para as mulheres desta amostra.
Das and Otis (2016)	PubMED	EUA	Transversal	3283	Geral (sem especificidade)	Gravidade do ASI e revitimização sexual, papel nos resultados de saúde mental	Qualquer contato sexual na infância, independentemente da gravidade, foi vinculado à vitimização posterior, sendo este efeito mais fortemente observado nas mulheres com subtipo leve de abuso. Entre os homens foi observado uma prevalência maior de comportamentos considerados erotizados, especialmente os com ASI severo.
Ellebogen et al (2018)	PubMED	Canadá	Transversal	438	Acompanhamento pelo serviço de proteção à criança	Associação entre abuso físico e sexual infantil, papel da vergonha e problemas de saúde mental	Maioria das vítimas de ASI relataram também ter sofrido Abuso Físico Infantil (93%) e essas apresentaram maior risco de adocescimento mental e dependência de substâncias do que as vítimas com somente um tipo de abuso na infância. Sentimento de vergonha após o ASI foi correlacionado com a gravidade do adocescimento mental, em especial com a gravidade do transtorno depressivo maior, da ansiedade, do TEPT, do psicoticismo, da baixa-autoestima e da ideação suicida
Guha et al (2019)	PubMED	Austrália	Coorte prospectiva	4598	Em registros médicos forenses	Taxas de utilização de cuidados de saúde mental e de prescrição de psicotrópicos no ASI	Vítimas de ASI tiveram significativamente mais atendimentos em geral envolvendo cuidados de saúde mental, principalmente entre os homens vítimas. Houve uma frequência significativamente maior de prescrições de medicamentos psicotrópicos, principalmente entre as vítimas mulheres. A frequência de demandas em saúde mental e de prescrição de psicofármacos aumentaram nos casos em que o abuso ocorreu após os 12 anos de idade.
Guina et al (2019)	PubMED	EUA	Transversal	775	Acompanhamento ambulatorial geral	Papel do género nos tipos de traumas, ajustado ao ASI e correlação com TEPT	Aqueles com histórico de ASI manifestaram maior gravidade de sintomas de TEPT. Considerando-se os tipos de sintomas de TEPT e género, os homens vítimas de ASI manifestaram mais sintomas relacionados à intrusão e humor/cognição. Já nas mulheres vítimas de ASI, os sintomas de maior gravidade foram de evitação.
Hidalgo et al (2015)	PubMED	EUA	Transversal	449	Jovens de HSH (homens que fazem sexo com homens)	ASI e sintomas psiquiátricos, influência da não-conformidade de género na infância	Crianças com não conformidade de género manifestaram maior número de relatos de ASI. Houve uma probabilidade significativamente maior de TEPT, depressão, ideação suicida e tentativa de suicídio ao longo da vida.

Figura 2 - Descrição dos resultados encontrados nos artigos 1 a 9

Autor	Base de dados	País do estudo	Delimitamento	Amostra	Característica da amostra	Correlações analisadas	Resultados e correlação estatística
Jaworowski et al (2019)	PubMED	Israel	Caso-controle retrospectivo	228	Acompanhamento psiquiátrico	ASI e re-traumatização	Correlação positiva entre ASI e aumento no número de consultas de saúde, Transtorno de personalidade (principalmente Borderline, Esquiva e Dependente), TEPT e Transtorno por uso de substâncias
Latack et al (2015)	PubMED	EUA	Transversal	34653	Geral (sem especificidade)	Papel mediador do ASI para desfechos de risco (HIV/AIDS/IST)	História positiva de ASI esteve associada a mais do que o dobro de probabilidade do diagnóstico de HIV/AIDS ou ISTs, sendo que tanto o efeito direto quanto indireto da internalização e externalização, em particular o fator externalização, representaram a maioria do efeito total do ASI na probabilidade de diagnóstico destes desfechos de risco.
Littleton H (2015)	PubMED	EUA	Transversal	407	Acompanhamento em clínica de ginecologia e obstetrícia	ASI, vitimização sexual e queixas somáticas na gravidez, papel mediador da depressão	Gestantes vítimas de ASI foram mais propensas a relatar maior nível de gravidade nas queixas gerais, mais sintomas depressivos, dores de cabeça, tonturas e outras queixas somáticas. Se também ocorreu abuso sexual na vida adulta, houve um índice ainda maior de queixas. Sintomas depressivos foram vistos como mediadores da relação entre ASI e queixas somáticas
Lund et al (2016) ¹⁾	PubMED	Canadá	Coorte prospectiva	324	Em prontuários médicos	ASI e resultados psiquiátricos em sobreviventes nascidos de extremo baixo peso	Vítimas de ASI desenvolveram alto risco de adoecimento psíquico e repercussões negativas relacionadas ao funcionamento familiar e social, sendo que ter nascido na condição de extremo baixo peso gerou um acréscimo neste risco. Houve maior disfunção do funcionamento psicológico em relação à internalização e à externalização, principalmente durante o período da segunda e terceira décadas de vida, quando comparados ao grupo sem histórico de ASI.
Lund et al (2016) ²⁾	PubMED	Canadá	Coorte prospectiva	324	Em prontuários médicos	ASI e funcionamento social em sobreviventes nascidos de extremo baixo peso	Participantes de extremo baixo peso ao nascer e história de ASI eram menos propensos a ter um parceiro ou filhos ou a ter um relacionamento pior com estes, mas eram mais propensos a apresentar solidão, a ter baixa autoestima e níveis mais elevados de transtornos de personalidade quando comparados aqueles que não experimentaram ASI.
Lyons and Romano (2019)	PubMED	EUA e Canadá	Transversal	215	Acompanhamento para casos de ASI	Perfis de abuso, associação com outras experiências adversas, funcionamento psicológico posterior	Problemas de internalização e sintomas de traumas eram elevados (3x maior que no grupo controle) independentemente do perfil. Homens no perfil Mais Grave (41%, ASI desde a primeira infância, envolvendo atos sexuais mais invasivos por indivíduos de confiança) eram significativamente mais propensos a ter experiências emocionais negativas e a sofrer abuso físico, internalização e mais sintomas de trauma em comparação com homens nos demais perfis.
Maseroli et al (2018)	PubMED	Itália	Transversal	200	Acompanhamento de disfunção sexual	ASI e disfunção sexual feminina, associação com parâmetros psicossociais	23,5% das mulheres com questões relacionadas a disfunção sexual relataram abuso sexual, sendo a maioria ocorrida na infância/adolescência, com recorrência em 70,2%. Começar ou não o perpetrador não gerou diferenças nos parâmetros. Diagnóstico de qualquer condição psiquiátrica e o uso de psicotrópicos foram mais comuns se ASI. Comprometimento mais forte dos domínios de excitação, orgasmo e satisfação, maior angústia/ inquietação, perda de desejo durante o ato sexual, hábito de praticar sexo complacente e maiores preocupações com a imagem corporal foram vistos em vítimas de ASI.
Ng et al (2020)	PubMED	Hong Kong	Transversal	194	Acompanhamento de má qualidade do sono	ASI e biomarcadores inflamatórios, papel da confiança no parceiro	ASI foi o único tipo de trauma infantil que mostrou correlação significativa com o nível de IL-6. Enquanto a confiança no parceiro íntimo mostrou correlação positiva com o nível de IL-6, mitigando os impactos negativos do ASI na idade adulta.
Papalia et al (2018)	PubMED	Austrália	Coorte prospectiva	5436	Em prontuários médicos	ASI e criminalidade, papel do gênero, revitimização e problemas de saúde mental	Vítimas de ASI foram mais propensas a se envolver em todos os tipos de comportamentos criminosos. Mulheres tiveram maior associação com crimes em geral e os homens com crimes sexuais. Vítimas terem sido molestadas entre 12-16 anos, sofreram violência por abusador conhecido, número maior de abusadores envolvidos e maior número total de episódios de abuso sexual, foram associados ao aumento na probabilidade de comportamentos criminosos e ao aumento do risco de desenvolvimento de distúrbios psicológicos.

Figura 3 - Descrição dos resultados encontrados nos artigos 10 a 18

Autor	Base de dados	País do estudo	Definimento	Amostra	Característica de amostra	Correlações avaliadas	Resultados e correlação estatística
Papalia et al (2017)	PubMED	Austrália	Coorte prospectiva	5365	Em prontuários médicos forenses	Co-ocorrência de morbidade mental, contato com a justiça criminal e automutilação fatal	52% das vítimas de ASI posteriormente experimentaram problemas em um ou mais dos seguintes domínios: problemas de saúde mental, ofensa criminal, vitimização posterior ou automutilação fatal. Homens apresentaram os maiores valores absolutos para esses resultados adversos, exceto automutilação fatal. Crianças abusadas entre 12-16 anos tiveram maior probabilidade de terem experimentado problemas em pelo menos um dos domínios. Nos homens, a ocorrência de vários episódios de abuso, abuso ocorrido em idade maior e abuso por perpetrador extramiliar foram motivos de aumento significativo do risco dessas trajetórias. Nas mulheres, apenas ser mais velha na ocorrência do abuso. Maior índice de mortes por suicídio ou por overdose, de drogas no grupo de ASI e, entre essas vítimas fatais, 95,2% tinham experimentado outro resultado adverso prévio.
Portis et al (2016)	PubMED	EUA	Transversal	7272	Geral (sem especificidade)	ASI e vitimização sexual adulta, risco cumulativo de adversidades, adicionais	Indivíduos que sofreram ASI tiveram maior risco de sofrerem violência sexual quando adultos. Presença de outras experiências negativas na infância associadas ao ASI aumentou o risco de vitimização sexual desses adultos, quando comparado ao ASI isoladamente.
Richter et al (2018)	PubMED	África do Sul	Coorte prospectiva	829	Geral (sem especificidade)	ASI e vulnerabilidades sociais e pessoais, resultados de saúde mental	Incidência de ASI de 37,7% em meninos de 14 anos. Todas as formas relatadas de atividade sexual aumentaram com a idade, com redução apenas da coerção após os 14 anos. Entre as experiências sexuais coagidas, a maioria ocorreu com um agressor do sexo masculino que possuía idade próxima à da vítima. Vítimas de ASI pontuaram mais alto em uma medida geral de sofrimento psicológico e nas subescalas de Ansiedade e Depressão. Meninos com menor estatura, cujas mães possuíam maior grau de instrução e em situação de pobreza tiveram maior probabilidade de sofrerem ASI. Mas, não houve associação significativa entre ASI e resultados de saúde mental aos 22-23 anos quando ajustadas para essas variáveis.
Rosmarin et al (2018)	PubMED	EUA e Canadá	Transversal	372	Em filiação religiosa judaica	ASI entre judeus, espiritualidade/religiosidade e saúde mental	ASI foi relatado em todo o espectro de observância religiosa e afiliação na comunidade judaica, variando de 18,2-31,3% entre homens e 21,4-45,0% entre as mulheres. História de ASI foi associada a piores desfechos em saúde mental, menor religiosidade geral e menor religiosidade intrínseca. Porém, quando a religiosidade se mostrou presente, houve "efeito tampão" contra o sofrimento mental.
Turner et al (2017)	PubMED	EUA	Transversal	14564	Geral (sem especificidade)	ASI e outros tipos de maus-tratos na infância, desfechos em saúde mental	Chances de sofrer ASI foram significativamente elevadas em lares onde outras formas de maus-tratos infantis ou história familiar de disfunção também estavam presentes (OR 2,98-5,84). Apenas ASI e ASI com outros tipos de maus-tratos tiveram chances significativamente maiores (OR 2,98-8,57) de transtornos de humor, de ansiedade, de personalidade e tentativas de suicídio em comparação com maus-tratos à criança sem ASI. Abuso emocional, abuso físico e exposição à vitimização por parceiro íntimo foram as formas mais comuns de maus-tratos que co-ocorreram com o ASI.
Ulliberrri et al (2015)	PubMED	San Diego	Transversal	204	Em acompanhamento ambulatorial	ASI e saúde mental, mediação através do uso de substâncias	Correlação entre qualquer história de ASI e Depressão maior, TEPT e abuso de substâncias. E que os resultados de saúde mental associados ao ASI estavam pelo menos parcialmente mediados pelo uso de substâncias.
Villagrà et al (2019)	PubMED	Espanha	Transversal	180	Em regime prisional	Diagnóstico duplo (abuso sexual e físico), preditores, padrões de dependência de drogas	38,3% dos homens e 57% das mulheres preencheram os critérios para DD. ASI e abuso físico infantil foram vistos como importantes preditores deste diagnóstico. Para os homens o abuso físico foi um preditor de maior peso e, para as mulheres, o ASI teve maior peso. Transtorno depressivo maior foi o principal transtorno mental associado ao abuso de substâncias para as mulheres. Para os homens o transtorno de personalidade antissocial foi a principal comorbidade associada.
Werner et al (2018)	PubMED	EUA	Transversal	2948	Mulheres gémeas	Tipos de exposição ao trauma, comportamento sexual de risco relacionado à substância e ao parceiro	O ASI influencia nos comportamentos sexuais de forma a aumentar o risco de ocorrer uma gravidez indesejada e de contrair ISTs/ HIV. O uso de substâncias, em especial álcool, cannabis e tabaco, e a pressão de parceiros sexuais também foram considerados fatores que influenciaram estes comportamentos. Sendo que em mulheres brancas o uso de substâncias impactou mais nestes comportamentos e para as negras a pressão do parceiro.
Werner et al (2016)	PubMED	EUA	Transversal	6082	Indivíduos gémeos	ASI e vitimização sexual de adultos, dependência de substâncias e psicopatologias	Abuso sexual e abuso físico geraram aumento do risco de vitimização sexual posterior. Com maior risco geral de revitimização em mulheres e, para os homens, uma maior magnitude de vitimização do tipo sexual. Dependência de álcool, nicotina e outras drogas, depressão maior e TEPT se relacionaram a um maior risco de nova vitimização sexual em mulheres. E depressão maior e dependência de nicotina em homens.
Witthöft et al (2015)	PubMED	Alemanha	Transversal	91	Em acompanhamento psicoterápico	Gravidade do ASI, sintomatologia do TEPT e do Transtorno de Personalidade Borderline, viés de atenção relacionado ao corpo	Indivíduos que apresentavam a associação comorbida entre TEPT após um ASI e Transtorno de Personalidade Borderline tinham um viés de atenção mais forte para estímulos relacionados ao corpo e uma sintomatologia mais grave decorrente do próprio transtorno em comparação com outros grupos.

Figura 4 - Descrição dos resultados encontrados nos artigos 19 a 28

METANÁLISE

A metanálise envolveu doze estudos com o mesmo desfecho que foi a ocorrência de depressão após um abuso sexual infantil. Assim, a razão de chances de ocorrer depressão após um ASI foi de 1,69 com intervalo de confiança variando de 1,34 a 2,13 (Figura 5). O teste de Pearson (teste do qui-quadrado) demonstrou um valor de $P < 0,0001$, o que evidencia um resultado significativo. A magnitude da heterogeneidade encontrada é considerável, visto apresentar um resultado maior que 75%, com i -quadrado neste estudo igual a 93%. Entre os possíveis motivos desta magnitude da heterogeneidade estão a diferença nos tamanhos amostrais, critérios de inclusão e exclusão divergentes, tipo ou duração da intervenção, escalas utilizadas para avaliação dos desfechos, ponto de corte ou duração de follow up, entre outros. No entanto, devido à impossibilidade de coleta de alguns dados e número reduzido de estudos incluídos na metanálise, não foi realizado meta-regressão para testar variáveis que possuiriam menor magnitude de heterogeneidade (PEREIRA M G e GALVÃO T F, 2014).

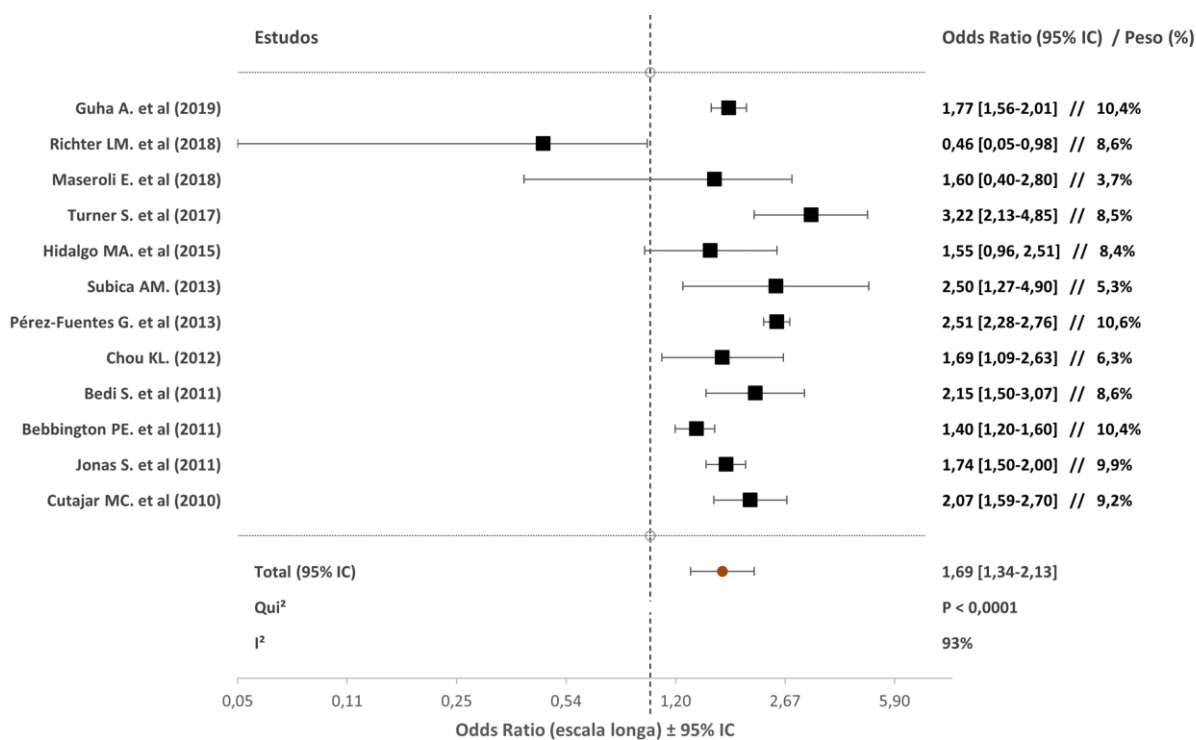


Figura 5 - Forest plot sobre a razão de chances da ocorrência de depressão em indivíduos que sofreram abuso sexual infantil

DISCUSSÃO

A violência sexual contra crianças está acontecendo em todos os lugares, independentemente da situação econômica ou da qualidade de vida dos seus cidadãos, sendo assim uma ameaça universal. Contudo, os efeitos adversos dessa violência sobre a saúde e o bem-estar das vítimas, permanecem amplamente negligenciados, sendo um risco para a saúde pública e para a sociedade (THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2019).

O “Summary exposure value” (SEV), medida de exposição a um fator de risco, que leva em consideração a extensão e a gravidade da contribuição desse risco para o ônus da doença, relacionado ao ASI, apresentou um aumento substancial (de 8,68 para 9,36) entre os anos de 1990 e 2019, afetando substancialmente a carga global das doenças (MURRAY et al, 2020). Violência sexual entrou em 2015 na lista dos 17 principais fatores de risco no Brasil que interferem no indicador DALY (Anos de Vida Ajustados por Deficiência) que mostra simultaneamente o efeito da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos (MALTA et al, 2017).

O abuso prolongado e precoce gera impactos críticos em períodos de desenvolvimento do cérebro correlacionados aos processos neurobiológicos, aumentando os riscos na saúde física e psicológica quando estas competências não são alcançadas adequadamente (LYONS e ROMANO, 2019). A inflamação pode ser um mecanismo que explica esta associação, devido à alteração de diversos mecanismos homeostáticos após traumas, como os que alteram o sistema nervoso simpático, o eixo límbico-hipotalâmico-pituitário-adrenal e o sistema serotoninérgico (BALDWIN et al, 2018). Essas alterações podem ser identificadas através de biomarcadores inflamatórios que influenciam no microambiente celular (DE BELLIS, SPRATT E HOOPER, 2011; ROOKS et al, 2012).

O impacto do abuso quando ocorrido em idades mais avançadas também gera grande repercussão na saúde mental. Guha et al (2019) buscaram avaliar esta inter-relação e evidenciaram que indivíduos que sofriram ASI após os 12 anos de idade tiveram maiores demandas em saúde mental e maior uso de psicofármacos. A pesquisa sugere que um abuso sexual ocorrido em faixa etária mais avançada pode contribuir para a demonstração de comportamentos externalizantes, como comportamentos hiperativos que podem necessitar de tratamento com psicoestimulantes, e o eventual desenvolvimento de transtornos de dependência de substâncias.

O desajuste interpessoal com dificuldades nas competências sociais gerais também é influenciado pelo ASI, repercutindo negativamente em recursos interpessoais importantes para o enfrentamento de dificuldades (DILILLO, 2001; WHISMAN E UEBELACKER, 2003; BOOKWALA, 2005). ASI também pode ter efeitos no desenvolvimento espiritual e religioso do indivíduo, incluindo redução na participação das atividades em igrejas/ sinagogas, diminuição da confiança da vítima com os oficiais da igreja e prejuízo no relacionamento da vítima com Deus (MCLAUGHLIN, 1994).

O aumento da vulnerabilidade nas vítimas de ASI também é observado com a exacerbação dos sintomas somáticos por meio de mecanismos como a interpretação catastrófica dos sintomas e a interferência nos mecanismos de enfrentamento (OTIS, KEANE E KERNS, 2003). Dentre os efeitos de longo prazo, foi visto um maior risco de experimentar violência ao longo da vida com risco acumulado de piores resultados sociais e de saúde (WILKINS et al, 2014).

A despeito da grande importância no âmbito social e de saúde, foi possível a partir desta revisão sistemática, perceber que há poucos trabalhos sobre as repercussões clínicas e psicossociais do ASI. Considerando a nossa população, houve apenas uma amostra com indivíduos da América do Sul (Paraguai) e nenhuma com amostra composta por brasileiros.

A hipótese estudada com essa pesquisa de que o ASI é um fator de risco importante para o desenvolvimento de transtornos mentais durante a vida e de outras repercussões psicossociais negativas foi confirmada. Os principais transtornos mentais relatados após um abuso sexual ocorrido na infância foram: depressão (em 12 estudos); TEPT (em 8 estudos), abuso de substâncias (em 7 estudos); transtornos de personalidade (em 7 estudos); ansiedade (em 4 estudos); ideação suicida ou tentativa de autoextermínio (em 4 estudos); alterações no funcionamento psicológico (principalmente envolvendo a internalização e a externalização, em 3 estudos); comportamento sexuais que aumento o risco de HIV/ ISTs (em 3 estudos); transtornos psicóticos (em 2 estudos); disfunção sexual (em 1 estudo); automutilação (em 1 estudo); violência por parceiro íntimo (em 1 estudo); vitimização sexual (em 1 estudo) e automutilação fatal (em 1 estudo).

Contemplando o objetivo de evidenciar as características e os aspectos envolvidos no abuso sexual que foram considerados importantes para o desencadeamento de transtornos mentais, esta revisão permitiu destacar os seguintes aspectos nos estudos: abuso ter ocorrido entre 12 e 16 anos (em 3 estudos); terem ocorrido abusos repetitivos (em 3 estudos); ter sido abusado por alguém da família ou conhecido próximo (em 3 estudos); ser do sexo feminino (em

2 estudos); ter outras formas de maus-tratos infantis associados no momento do abuso sexual (em 2 estudos); ter história familiar de algum transtorno mental (em 1 estudo); associação com abuso sexual na vida adulta (em 1 estudo).

Frente ao objetivo de identificar as principais repercussões clínicas e psicossociais observadas em crianças vítimas de abuso sexual, nos estudos selecionados foi encontrado: aumento do número de atendimentos em saúde (em 5 estudos); aumento do uso de medicações psicotrópicas (em 3 estudos); ter um histórico de ofensas criminais (em 2 estudos); ter baixa autoestima (em 2 estudos); ter um aumento nas taxas de inflamação sistêmica (em especial de interleucina-6, em 1 estudo); ter uma elevação da resposta em parâmetros fisiológicos (frequência cardíaca, respostas no eletroneuromiografia e eletroencefalografia, em 1 estudo); maior gravidade de queixas somáticas (em 1 estudo); menor propensão de serem casados ou ter filhos ou maior de ser solitário (em 1 estudo); possuir uma atenção negativa mais forte para estímulos relacionados ao corpo (em 1 estudo); ter menor religiosidade intrínseca após o abuso (em 1 estudo).

Assim, compreendendo se tratar de fenômeno presente em todos os contextos sociais, culturais e econômicos, Letourneau et al (2014) encontraram fatores que devem ser levados em consideração para melhor entendimento do panorama que envolve o abuso. Como princípio, deve-se reconhecer a complexidade que envolve o ASI, por representar um fenômeno humano que é influenciado por fatores de risco e de proteção. Pesquisas devem, então, buscar fatores de risco que superem o âmbito individual, envolvendo questões observáveis, mas também genéticas e epigenéticas, combinadas a fatores de proteção ao longo da vida.

Ao enquadrar abusadores no campo da patologia, quando se introduziu o uso da expressão pedofilia no final da década de 1990, a mídia propiciou uma visão sensacionalista e possibilitou a espetacularização do abusador, levando-o ao campo do imaginário. E as vítimas passaram a ser apresentadas no campo das abstrações, visto que não se divulgam informações sobre idade, pertencimento racial, classe social ou gênero das vítimas (MORAES, 2017). Estes enquadramentos da mídia promovem respostas emocionais intensas e defensivas frente ao ASI que terminam por restringir discussões objetivas sobre prevenção, circunstâncias e consequências (LETOURNEAU et al, 2014).

Buscando modificar este panorama de abstenção em relação a esta causa e tornando a legislação efetiva, e não apenas reativa, diversas estratégias foram desenvolvidas no Brasil nos últimos anos. Em 2000, por meio da Lei Federal 9.970, foi instituído o dia 18 de maio como o "Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças" com a intenção de

estimular a formulação de políticas públicas, promover reflexões e debates em torno do tema. O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos instituiu em 2020 a Campanha Nacional “Maio Laranja” que tem como escopo a formulação de estratégias que normatizem e organizem o sistema de garantia de direitos com a perspectiva de um trabalho em rede com responsabilidade coletiva entre família, sociedade e Estado.

Em 2020 a *The Economist Intelligence Unit* elaborou um relatório que avaliou a capacidade dos países de proteger as crianças contra o abuso e a exploração sexual a partir da avaliação dos campos da segurança e estabilidade do ambiente; enquadramento jurídico; compromisso e capacidade do governo; engajamento da indústria, sociedade civil e mídia. Os países considerados mais bem preparados possuíam fundamentos estabelecidos, o que inclui planos, políticas e instituições, coleta abrangente de dados e recursos disponíveis para apoiar profissionais jurídicos e policiais.

A partir desta avaliação o Brasil assumiu a 13ª posição geral dentre os 60 países avaliados, contudo, quando avaliados os campos separadamente, caiu para a 24ª posição se avaliado o compromisso e a capacidade do governo, em que um elemento crucial é a coleta de dados e o uso estratégico destes dados para a tomada de decisões, reforçando o quanto esta questão é imprescindível para uma adequada reação frente à violência e que restrições de recursos não são necessariamente uma barreira para que os países avancem na sua abordagem.

Há diversas repercussões negativas e significativas ao longo da vida em vítimas de ASI, o que mostra a necessidade de cuidados continuados em saúde para essa população. O empenho e o trabalho em conjunto entre o governo e a sociedade civil é indispensável para abranger todas as lacunas do processo, através de conscientização, orientação e educação para prevenção de qualquer tipo de violência sexual contra crianças e adolescentes.

A capacitação de profissionais de saúde e o reconhecimento dos primeiros sinais de vitimização por qualquer indivíduo que conviva com a criança são necessidades urgentes para as políticas de saúde nacionais e internacionais. Espera-se que novas pesquisas sobre esse relevante tema sejam desenvolvidas e publicadas, especialmente em nosso país.

Limitações da pesquisa

Embora esta revisão sistemática reúna dados relevantes sobre as repercussões do abuso sexual ocorrido na infância, dentre as limitações pode-se mencionar o fato de a busca ser limitada a bancos de dados previamente selecionados e o fato não ser possível incluir estudos que estão em processo de aceitação para publicação. O viés de publicação para estudos com

resultados negativos também deve ser considerado. A heterogeneidade entre os estudos incluídos na metanálise foi outro fator limitante.

REFERÊNCIAS:

AGYAPONG V I O, JUHÁS M, RITCHIE A, OGUNSINA O, AMBROSANO L, CORBETT S. **Prevalence Rate and Demographic and Clinical Correlates of Child Sexual Abuse Among New Psychiatric Outpatients in a City in Northern Alberta.** J Child Sex Abus. 2017 May-Jun;26(4):442-452. doi: 10.1080/10538712.2017.1282573. Epub 2017 Mar 17. PMID: 28306391.

ARROM C, FRESCO M P, ARROM C M, SAMUDIO M, ARROM M A, ARCE A, ROMERO M M. **Trastornos mentales en hombres y mujeres expuestos a abuso sexual en la infancia.** Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2015;13(3):17-23

BALDWIN J R, ARSENEAULT L, CASPI A, FISHER H L, MOFFITT T E, ODGERS C L et al. **Childhood victimization and inflammation in young adulthood: a genetically sensitive cohort study.** Brain, behavior, and immunity. 2018; 67: 211–217. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2017.08.025> PMID: 28867281

BEBBINGTON P, JONAS S, KUIPERS E, ET AL. **Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England.** Br J Psychiatry. 2011;199(1):29-37. doi:10.1192/bjp.bp.110.083642

BEDI S, NELSON E C, LYNSKEY M T, ET AL. **Risk for suicidal thoughts and behavior after childhood sexual abuse in women and men.** Suicide Life Threat Behav. 2011;41(4):406-415. doi:10.1111/j.1943-278X.2011.00040.x

BEN-AMITAY G, KIMCHI N, WOLMER L, TOREN P. **Psychophysiological Reactivity in Child Sexual Abuse.** J Child Sex Abus. 2016;25(2):185-200. doi:10.1080/10538712.2016.1124309

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. **Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Volume 49. Jun. 2018.

BOOKWALA J. **The role of marital quality in physical health during the mature years.** Journal of Aging and Health. 2005; 17: 85–104. <https://doi.org/10.1177/0898264304272794> PMID: 15601785

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Viva: sistema de vigilância de violências e acidentes: 2009, 2010 e 2011.** Brasília: MS; 2013.

BROWN M J, MASHO S W, PERERA R A, MEZUK B, PUGSLEY R A, COHEN S A. **Sex Disparities in Adverse Childhood Experiences and HIV/STIs: Mediation of Psychopathology and Sexual Behaviors.** AIDS Behav. 2017 Jun;21(6):1550-1566. doi: 10.1007/s10461-016-1553-0. PMID: 27688144; PMCID: PMC5896316.

CHIESA A, GOLDSON E. **Child Sexual Abuse.** Pediatrics in Review. Vol.38 No.3. March 2017

CHOU K L. **Childhood sexual abuse and psychiatric disorders in middle-aged and older adults: evidence from the 2007.** Adult Psychiatric Morbidity Survey. J Clin Psychiatry. 2012;73(11):e1365-e1371. doi:10.4088/JCP.12m07946

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) na rede de proteção às crianças e adolescentes em situação de violência sexual.** Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 2 ed. Brasília: CFP, 2020. 76p; 21cm

CUTAJAR M C, MULLEN P E, OGLOFF J R, THOMAS S D, WELLS D L, SPATARO J. **Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years.** Child Abuse Negl. 2010;34(11):813-822. doi:10.1016/j.chiabu.2010.04.004

DAS A, OTIS N. **Sexual Contact in Childhood, Revictimization, and Lifetime Sexual and Psychological Outcomes.** Arch Sex Behav. 2016;45(5):1117-1131. doi:10.1007/s10508-015-0620-3

DE BELLIS M D, SPRATT E G, HOOPER S R. **Neurodevelopmental biology associated with childhood sexual abuse.** Journal of Child Sexual Abuse, 2011, 20, 548–587. doi:10.1080/10538712.2011.607753

DILILLO D. **Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues.** Clin Psychol Rev 2001;21:553-576.

ELLENBOGEN S, COLIN-VEZINA D, SINHA V, CHABOT M, WELLS S J R. **Contrasting mental health correlates of physical and sexual abuse-related shame.** J Child Adolesc Ment Health. 2018 Aug;30(2):87-97. doi: 10.2989/17280583.2018.1485569. PMID: 30236036.

FERGUSSON D M, MCLEOD G F H, HORWOOD L J. **Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand.** Child Abuse Neglect 2013; 37(9):664-674.

FONTES L F C et al. **Childhood and adolescent sexual abuse, victim profile and its impacts on mental health.** Ciência & Saúde Coletiva, 22(9):2919-2928, 2017

GUHA A, LUEBBERS S, PAPALIA N, OGLOFF J R P. **A follow-up study of mental health service utilisation in a cohort of 2433 sexually abused Australian children utilising five years of medical data.** Child Abuse Negl. 2019 Apr;90:174-184. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.01.015. Epub 2019 Feb 22. PMID: 30798015.

GUINA J, NAHHAS R W, KAWALEC K, FARNSWORTH S. **Are Gender Differences in DSM-5 PTSD Symptomatology Explained by Sexual Trauma?** J Interpers Violence. 2019 Nov;34(21-22):4713-4740. doi: 10.1177/0886260516677290. Epub 2016 Nov 10. PMID: 27827321.

HANSON R F, WALLIS E. **Treating Victims of Child Sexual Abuse.** AmJ Psychiatry 175:11, November 2018

HIDALGO M A, KUHNS L M, KWON S, MUSTANSKI B, GAROFALO R. **The impact of childhood gender expression on childhood sexual abuse and psychopathology among young men who have sex with men.** Child Abuse Negl. 2015;46:103-112. doi:10.1016/j.chiabu.2015.05.005

JAWOROWSKI S, GOLMARD J L, ENGELBERG M, et al. **Case-Control Retrospective Study of Child Sexual Abuse History among Psychiatric Consultations in a General Hospital Emergency Room.** Isr Med Assoc J. 2019;21(2):77-81.

JONAS S, BEBBINGTON P, MCMANUS S, ET AL. **Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey.** Psychol Med. 2011;41(4):709-719. doi:10.1017/S003329171000111X

SANJEEVI J, HOULIHAN D, BERGSTROM K A, LANGLEY M M, JUDKINS J. **A Review of Child Sexual Abuse: Impact, Risk, and Resilience in the Context of Culture,** Journal of Child Sexual Abuse, 2018, DOI: 10.1080/10538712.2018.1486934

LATAACK J A, RODRIGUEZ-SEIJAS C, STOHL M, BLANCO C, HASIN D S, EATON N R. **Transdiagnostic psychopathology mediates the relationship between childhood sexual abuse and HIV/AIDS and other sexually transmitted infections in adulthood.** Compr Psychiatry. 2015;62:71-79. doi:10.1016/j.comppsy.2015.06.002

LETOURNEAU E J, EATON W W, BASS J, BERLIN F S, MOORE S G. **The need for a comprehensive public health approach to preventing child sexual abuse.** Public Health Rep. 2014;129(3):222-228. doi:10.1177/003335491412900303

LITTLETON H. **Sexual Victimization and Somatic Complaints in Pregnancy: Examination of Depression as a Mediator.** Womens Health Issues. 2015;25(6):696-702. doi:10.1016/j.whi.2015.06.013

LONEY P L, CHAMBERS L W, BENNETT K J, ROBERTS J G, STRATFORD P W. **Critical appraisal of the health research literature: prevalence or incidence of a health problem.** Chronic Dis Can. 1998; 19:170-6

LUND J I, DAY K L, SCHMIDT L A, SAIGAL S, VAN LIESHOUT R J. **Adult mental health outcomes of child sexual abuse survivors born at extremely low birth weight.** Child Abuse Negl. 2016 Sep;59:36-44. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.07.002. Epub 2016 Aug 5. PMID: 27500386.

LUND J I, DAY K L, SCHMIDT L A, SAIGAL S, VAN LIESHOUT R J. **Adult social outcomes of extremely low birth weight survivors of childhood sexual abuse.** J Dev Orig Health Dis. 2016 Dec;7(6):581-587. doi: 10.1017/S2040174416000532. Epub 2016 Sep 19. PMID: 27640897.

LYONS J, ROMANO E. **Childhood Sexual Abuse Profiles and Psychological Functioning in Adult Males.** *J Child Sex Abus.* 2019;28(5):544-563. doi:10.1080/10538712.2018.1563263

MALTA D C, FELISBINO-MENDES M S, MACHADO Í E, PASSOS V M A, ABREU D M X, ISHITANI L H, NAGHAVI M. **Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015.** *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2017, 217–232. doi:10.1590/1980-5497201700050018

MASEROLI E, SCAVELLO I, CAMPONE B, DI STASI V, CIPRIANI S, FELCIAI F, CAMARTINI V, MAGINI A, CASTELLINI G, RICCA V, MAGGI M, VIGNOZZI L. **Psychosexual Correlates of Unwanted Sexual Experiences in Women Consulting for Female Sexual Dysfunction According to Their Timing Across the Life Span.** *J Sex Med.* 2018 Dec;15(12):1739-1751. doi: . Epub 2018 Nov 13. PMID: 30446470.

MCLAUGHLIN B R. **Devastated spirituality: The impact of clergy sexual abuse on the survivor's relationship with God and the church.** *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 1994, 1(2), 145–158.

MORAES J C O S. **Discursos sobre a temática do abuso sexual de crianças e da pedofilia na mídia escrita.** 2017. 208 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Educação, Cuiabá, 2017

MURRAY C J L, ARAVKIN A Y, ZHENG P, ABBAFATI C, ABBAS K M, ABBASI-KANGEVARI M, ABDOLLAHPOUR I. **Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.** *The Lancet*, 2020, 396(10258), 1223–1249. doi:10.1016/s0140-6736(20)30752-2

NEVES A S, CASTRO G B, HAYECK C M, CURY D G. **Abuso sexual contra a criança e o adolescente: reflexões interdisciplinares.** *Temas em Psicologia* - 2010, Vol. 18, no 1, 99 – 111

NG S M, LENG L L, XIE Q W, CHAN J S M, CHAN C H Y, SO K F, LI A, PO K K T, YUEN L P, KU K S, CHOI A W M, CHOULIARA Z, CHEUNG A C Y, CHAN C L W, EMERY C. **Trust as a mediator in the relationship between childhood sexual abuse and**

IL-6 level in adulthood. PLoS One. 2020 May 15;15(5):e0232932. doi: 10.1371/journal.pone.0232932. PMID: 32413063; PMCID: PMC7228092.

OTIS J D, KEANE T M, KERNS R D. **An examination of the relationship between chronic pain and post-traumatic stress disorder.** Journal of Rehabilitation. Research and Development. 2003, 40, 397-406

PAPALIA N, OGLOFF J R P, CUTAJAR M, MULLEN P E. **Child Sexual Abuse and Criminal Offending: Gender-Specific Effects and the Role of Abuse Characteristics and Other Adverse Outcomes.** Child Maltreat. 2018 Nov;23(4):399-416. doi: 10.1177/1077559518785779. Epub 2018 Jul 8. PMID: 29983090.

PAPALIA N L, LUEBBERS S, OGLOFF J R, CUTAJAR M, MULLEN P E. **The long-term co-occurrence of psychiatric illness and behavioral problems following child sexual abuse.** Aust N Z J Psychiatry. 2017 Jun;51(6):604-613. doi: 10.1177/0004867416667232. Epub 2016 Sep 14. PMID: 27630172.

PEREIRA M G, GALVÃO T F. **Heterogeneity and publication bias in systematic reviews.** Epidemiol Serv Saúde. 2014;23:775-8

PÉREZ-FUENTES G, OLFSON M, VILLEGAS L, MORCILLO C, WANG S, BLANCO C. **Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study.** Compr Psychiatry. 2013;54(1):16-27. doi:10.1016/j.comppsy.2012.05.010

PINHEIRO P S. **Violência contra crianças: informe mundial.** Ciência & Saúde Coletiva,11(Sup):1343-1350,2007

PLATT V B et al. **Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências.** Ciência & Saúde Coletiva, 23(4):1019-1031, 2018

PORTS K A, FORD D C, MERRICK M T. **Adverse childhood experiences and sexual victimization in adulthood.** Child Abuse Negl. 2016;51:313-322. doi:10.1016/j.chiabu.2015.08.017

RICHTER L M, MATHEWS S, NONTERAH E, MASILELA L. **A longitudinal perspective on boys as victims of childhood sexual abuse in South Africa: Consequences**

for adult mental health. Child Abuse Negl. 2018 Oct;84:1-10. doi: 10.1016/j.chiabu.2018.07.016. Epub 2018 Jul 20. PMID: 30036688.

ROOKS C, VELEDAR E, GOLDBERG J, BREMNER JD, VACCARINO V. **Early trauma and inflammation: role of familial factors in a study of twins.** Psychosomatic medicine. 2012; 74:146. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318240a7d8> PMID: 22286843

ROSMARIN D H, PIRUTINSKY S, APPEL M, KAPLAN T, PELCOVITZ D. **Childhood sexual abuse, mental health, and religion across the Jewish community.** Child Abuse Negl. 2018;81:21-28. doi:10.1016/j.chiabu.2018.04.011

SANTOS C M C, PIMENTA C A M, NOBRE M R C. **A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências.** Rev Latino-am Enfermagem 2007 maio-junho; 15(3) www.eerp.usp.br/rlae

SILVEIRA I D. **Mídia, infância e violência sexual.** 2007. 55 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) -Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

STOLTENBORGH M, VAN IJZENDOORN M H, EUSER E M, BAKERMANS-KRANENBURG M J. **A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world.** Child Maltreat 2011; 16(2):79-101.

SUBICA A M. **Psychiatric and physical sequelae of childhood physical and sexual abuse and forced sexual trauma among individuals with serious mental illness.** J Trauma Stress. 2013;26(5):588-596. doi:10.1002/jts.21845

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **Out of the Shadows: Shining Light on the Response to Child Sexual Abuse and Exploitation: A 40-Country Benchmarking Index.** Executive Summary. *Institutionalised Children Explorations and Beyond.* 2019;6(1):104-105. doi:[10.1177/2349301120190123](https://doi.org/10.1177/2349301120190123). Disponível em: (<https://outoftheshadows.eiu.com/wp-content/uploads/2019/01/Out-the-Shadows-whitepaper.pdf>)

TURNER S, TAILLIEU T, CHEUNG K, AFIFI T O. **The relationship between childhood sexual abuse and mental health outcomes among males: Results from a nationally representative United States sample.** Child Abuse Negl. 2017 Apr;66:64-72. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.01.018. Epub 2017 Feb 6. PMID: 28185670.

ULIBARRI M D, ULLOA E C, SALAZAR M. **Associations between mental health, substance use, and sexual abuse experiences among Latinas.** J Child Sex Abus. 2015;24(1):35-54. doi:10.1080/10538712.2015.976303

VILLAGRÁ P, FERNÁNDEZ P, GARCÍA-VEGA E, GONZÁLEZ-MENÉNDEZ A. **Dual Diagnosis in Prisoners: Childhood Sexual and Physical Abuse as Predictors in Men and Women.** Int J Offender Ther Comp Criminol. 2019;63(6):960-970. doi:10.1177/0306624X13513560

WERNER K B, CUNNINGHAM-WILLIAMS R M, SEWELL W, AGRAWAL A, MCCUTCHEON V V, Waldron M, Heath AC, Bucholz KK. **The Impact of Traumatic Experiences on Risky Sexual Behaviors in Black and White Young Adult Women.** Womens Health Issues. 2018 Sep-Oct;28(5):421-429. doi: 10.1016/j.whi.2018.04.011. Epub 2018 Jun 11. PMID: 29903544; PMCID: PMC6143429.

WERNER K B, MCCUTCHEON V V, CHALLA M, ET AL. **The association between childhood maltreatment, psychopathology, and adult sexual victimization in men and women: results from three independent samples.** Psychol Med. 2016;46(3):563-573. doi:10.1017/S0033291715002056

WHISMAN M A, UEBELACKER L A. **Comorbidity of relationship distress and mental and physical health problems.** In Snyder D. K. & M. A. Whisman(Eds.), Treating difficult couples: helping clients with coexisting mental and relationship disorders. Guilford Press: New York, 2003, pp 3–26.

WHO. **Studies of child maltreatment prevalence, sexual abuse.** Violence Info, 2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/violence-info/child-maltreatment>> Acesso em: 01/06/2020.

WHO. **Studies of sexual violence consequences.** Violence Info, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/violence-info/sexual-violence>. Acesso em: 01/06/2020.

WILKINS N, TSAO B, HERTZ M, DAVIS R, KLEVENS J. **Connecting the dots: An overview of the links among multiple forms of violence.** Atlanta, GA. 2014. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention Oakland, CA: Prevention Institute.

WITTHÖFT M, BORGMANN E, WHITE A, DYER A. **Body-related attentional biases in patients with posttraumatic stress disorder resulting from childhood sexual abuse with and without co-occurring borderline personality disorder.** J Behav Ther Exp Psychiatry. 2015;46:72-77. doi:10.1016/j.jbtep.2014.07.010