



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**Trabalho final do 6º ano médico com vista à atribuição do grau de Mestre no âmbito do ciclo de estudos do Mestrado Integrado em Medicina**

ISA DANIELA MARQUES COSTA

**FATORES MEDIADORES DA ASSOCIAÇÃO  
ENTRE ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E  
COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO**

ARTIGO DE REVISÃO

Área Científica de Psiquiatria

Trabalho realizado sob a orientação de:

Doutora Sara Rita Rodrigues Pedroso

Professor Doutor Carlos Manuel Braz Saraiva

Abril/2018

**Fatores Mediadores da Associação entre Abuso Sexual na Infância e Comportamento Suicidário**

Isa D. M. Costa<sup>1</sup>, Sara R. R. Pedroso<sup>2</sup>, Carlos M. B. Saraiva<sup>1</sup>

1- Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

2- Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico de Coimbra - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

**Autora:**

Isa Daniela Marques Costa

Tel.: +351 917 762 754

Endereço de correio eletrónico: [isacosta2014@outlook.pt](mailto:isacosta2014@outlook.pt)

*“Onde quer que a arte da Medicina seja amada,  
há também um amor da Humanidade.”*

Hipócrates

# ÍNDICE

	<b>Página</b>
LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS	5
RESUMO	6
ABSTRACT	8
INTRODUÇÃO	10
MATERIAIS E MÉTODOS	13
CAPÍTULO 1 – ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA	15
1.1 Definição	15
1.2 Epidemiologia	16
1.3 Parâmetros caracterizadores da experiência abusiva	18
1.3.1 Perfil da vítima	19
1.3.1.1 Sexo	19
1.3.1.2 Idade de início do abuso	20
1.3.1.3 Consumo de substâncias	20
1.3.1.4 Incapacitação	20
1.3.2 Perfil do agressor	21
1.3.3 Perfil da família da vítima	22
1.3.4 Dinâmicas	24
1.4 Abuso intrafamiliar <i>versus</i> abuso extrafamiliar	24
1.5 Processo de revelação	26
1.5.1 Fatores prejudiciais	28
1.5.2 Fatores facilitadores	31
1.6 Repercussões na vítima	32
1.6.1 Problemas de saúde mental	32
1.6.2 Problemas comportamentais	36
1.6.2.1 Perpetuação do abuso	37
1.6.2.2 Consumo de substâncias	37
1.6.2.3 Agressividade e déficit de atenção	37
1.6.2.4 Comportamentos sexuais de risco	38
1.6.3 Problemas físicos	39
1.6.4 Revitimização	39

CAPÍTULO 2 – ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO	40
2.1 Definição de comportamento suicidário	40
2.2 Perspetiva da relação	40
2.3 Fatores mediadores	41
2.3.1 Fatores individuais	42
2.3.1.1 Fatores sociodemográficos	42
2.3.1.1.1 Sexo	42
2.3.1.1.2 Normas de género	43
2.3.1.1.3 Idade	44
2.3.1.1.4 Condição profissional/Nível de escolaridade/Estado civil	44
2.3.1.2 Fatores biológicos	44
2.3.1.3 Perturbações psiquiátricas resultantes do abuso	46
2.3.1.4 Sequelas psicológicas resultantes do abuso e características da personalidade	47
2.3.1.5 Consumo de substâncias resultante do abuso	51
2.3.2 Fatores familiares	51
2.3.2.1 História familiar de comportamento suicidário	51
2.3.2.2 Características da família	52
2.3.3 Fatores sociais	54
2.3.4 Fatores relacionados às características da experiência abusiva	56
2.4 Intervenções terapêuticas em vítimas de abuso sexual na infância	59
CONCLUSÃO	62
AGRADECIMENTOS	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

## LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

	<b>Página</b>
<b>Figura 1</b> – Metodologia de pesquisa e seleção dos artigos	13
<b>Gráfico 1</b> – Relação entre o risco de disfunção familiar e o abuso sexual nas crianças	23
<b>Gráfico 2</b> – Principais confidentes da criança abusada	26
<b>Gráfico 3</b> – Modo de revelação do abuso	27
<b>Gráfico 4</b> – Intervalo de tempo até à revelação do abuso	27
<b>Gráfico 5</b> – Influência do sexo na ideação suicida e nas tentativas de suicídio em vítimas de ASI	42
<b>Gráfico 6</b> – Diferença de taxas de ideação suicida e de tentativas de suicídio em indivíduos com história de ASI sem contacto físico e indivíduos sem história de ASI	58
<b>Tabela 1</b> – Características do abusador intrafamiliar e do extrafamiliar	26
<b>Tabela 2</b> – Influência da idade da vítima, do grau de parentesco com o agressor e do tipo de abuso experienciado no atraso da revelação do abuso	29
<b>Tabela 3</b> – Perceção da situação abusiva pela criança e processo de revelação face a pais com atitudes negativas e ansiosos	30
<b>Tabela 4</b> – Perceção da situação abusiva pela criança e processo de revelação face a pais com atitudes positivas e calmos	31
<b>Tabela 5</b> – Relação entre o ASI e ideação suicida/tentativas de suicídio consoante o grau de inteligência emocional	50

## RESUMO

**Introdução:** O abuso sexual na infância é reconhecido como um grave problema de saúde pública e uma realidade a nível mundial. A grande maioria das crianças que sofre abuso sexual desenvolve ao longo da vida problemas de saúde mental, comportamentais e físicos e apresenta risco de comportamento suicidário. **Objetivo:** Analisar fatores mediadores – protetores e de risco – que podem explicar diferenças no risco de comportamento suicidário em populações com história de abuso sexual na infância. **Métodos:** A pesquisa foi realizada na MEDLINE/*PubMed*, restringindo-se a artigos escritos em língua inglesa, publicados entre 2007 e 2017. Foram também consultados livros escritos em língua portuguesa. **Resultados/Discussão:** Uma variedade de fatores individuais, familiares, sociais, relacionados às características da experiência abusiva e às consequências resultantes desta, podem promover uma adaptação positiva à situação traumática e uma vida dentro da normalidade ou, ao invés, podem interagir com esta e aumentar a probabilidade de comportamento suicidário. Constituem-se fatores de risco para o comportamento suicidário: a alta conformidade para as normas tradicionais de género, no sexo masculino; fatores biológicos como o gene recetor nuclear da subfamília 3 grupo C membro 1, o polimorfismo Val66Met do gene do fator neurotrófico derivado do cérebro, o polimorfismo Val158Met do gene catecol-O-metiltransferase e os polimorfismos do gene recetor 1 da hormona libertadora da corticotropina; perturbações psiquiátricas resultantes do abuso, como depressão, perturbação de *stress* pós-traumático, perturbações de ansiedade, perturbação de personalidade antissocial e perturbação de personalidade *borderline*; sequelas psicológicas resultantes do abuso e características da personalidade, como a desinibição comportamental, o humor deprimido, a raiva, o isolamento, a autculpa, a baixa autoestima e a desesperança; o consumo de substâncias resultante do abuso; a história familiar de comportamento suicidário;

a violência interparental e o conflito familiar. Como fatores protetores contra o comportamento suicidário destacam-se: a idade mais avançada da vítima; ter emprego; o maior nível de escolaridade; ter um relacionamento íntimo e coabitar com uma pessoa; a resiliência, a prosperidade e a inteligência emocional enquanto características da personalidade ajustadas; o bom funcionamento e a coesão familiar; o suporte emocional familiar, de amigos, profissionais de saúde e professores. Os resultados dos estudos não foram unânimes relativamente a fatores como o sexo da vítima, a impulsividade e a agressividade da vítima, o divórcio dos pais e os fatores relacionados às características da experiência abusiva.

**Conclusão:** Face à escassez de evidências dirigida a esta temática e perante as conclusões dos estudos analisados, algumas delas controversas, é prioridade em investigações futuras, não só aprofundar os fatores mediadores mencionados ao longo deste artigo de revisão, como também focar a investigação noutros fatores que podem intervir positiva ou negativamente na predição de comportamento suicidário entre as vítimas de abuso sexual na infância.

**Palavras-chave:** “abuso sexual na infância”, “fatores de risco”, “fatores de proteção”, “ideação suicida”, “tentativa de suicídio”, “suicídio”.



## ABSTRACT

**Introduction:** Sexual abuse in childhood is recognised as a serious public health problem and a reality at the global level. The vast majority of children who suffer sexual abuse develops mental, behavioural and physical problems throughout life and presents a high risk of suicidal behaviour. **Goal:** To analyse mediating factors – protective and of risk – that may explain differences in the risk of suicidal behaviour in populations with a history of sexual abuse in childhood. **Methods:** The research was performed in MEDLINE/*PubMed*, restricting itself to articles written in English language, published between 2007 and 2017. They were also consulted books written in Portuguese. **Results/Discussion:** A variety of individual, familiar and social factors related to the characteristics of the abusive experience and the resulting consequences can promote a positive adaptation to the traumatic situation and a normal life or, instead, it can interact and increase the likelihood of suicidal behaviour. Risk factors for the suicidal behaviour can be: the high compliance to the traditional norms of gender, in males; biological factors as the recipient of nuclear gene subfamily 3 Group C state 1, the polymorphism Val66Met of the brain-derived neurotrophic factor, the polymorphism Val158Met of catechol-O-methyltransferase and the polymorphisms of the gene receiver 1 of the corticotropin-releasing hormone; psychiatric disorders resulting from abuse, such as depression, disruption of post-traumatic stress, anxiety disorders, antisocial personality disorder and borderline personality disorder; psychological sequels resulting from abuse and personality characteristics, such as the behavioural disinhibition, depressed mood, anger, isolation, the guilty feelings, low self-esteem and hopelessness; the consumption of substances resulting from abuse; family history of suicidal behaviour; the parental violence and family conflict. As protective factors against suicidal behaviour one can emphasize: the older the victim is; to be employed; the highest level of schooling; to have an intimate

relationship and cohabit with one person; the resiliency, prosperity and the emotional intelligence as adjusted personality characteristics; the smooth functioning and family cohesion; the emotional support from family, friends, health professionals and teachers. The results of the studies were not unanimous in relation to factors such as the victim gender, impulsivity and aggressiveness of the victim, parents divorce and factors related to the characteristics of the abusive experience. **Conclusion:** According to the scarcity of evidences directed to this theme and to the conclusions of the analysed studies, some of them controversial, it is a priority in future investigations, not only to deepen the mediating factors mentioned throughout this review article, but also to focus research on other factors that can intervene positively or negatively in the prediction of suicidal behaviour among victims of sexual abuse in childhood.

**Key words:** “child abuse, sexual”, “risk factors”, “protective factors”, “suicidal ideation”, “suicide, attempted”, “suicide”.

## INTRODUÇÃO

Os maus-tratos infantis sempre existiram. Estes correspondem, de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde,<sup>1</sup> ao abuso e negligência que ocorrem em crianças com idade inferior a 18 anos, e incluem todos os tipos de abuso físico, emocional, sexual, negligência e exploração comercial ou outra, resultando em danos reais ou potenciais para a saúde da criança, sua sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder.

Introduzido o conceito de maus-tratos infantis, destaca-se em particular o abuso sexual na infância (ASI).

O ASI tem sido foco de muitas investigações, a fim de apurar a dimensão do fenómeno nas diferentes sociedades. Ele é reconhecido como um sério problema de saúde pública<sup>2,3</sup> e uma realidade absoluta em todo o mundo,<sup>2-5</sup> que afeta uma em cada cinco crianças na Europa,<sup>2</sup> de ambos os sexos, em comunidades grandes e pequenas, numa variedade de culturas e contextos socioeconómicos<sup>4,5</sup> e com uma prevalência a nível mundial que aponta para percentagens de 18-20% para o sexo feminino e 8% para o sexo masculino.<sup>2,3</sup>

Sabe-se que existem fatores de risco para o ASI, essencialmente relacionados à criança e à sua família, que apesar de nem sempre estarem presentes, fornecem uma visão geral ao tentar compreender o perfil das vítimas mais associado a esta problemática.

Ainda que nem todas as crianças vítimas de abuso sexual experimentem sintomatologia clinicamente marcada após o abuso,<sup>6-9</sup> a grande maioria desenvolverá sintomas resultantes do abuso em algum momento da sua vida.<sup>7,10</sup>

Uma grande proporção dessas crianças experiencia sofrimento e um maior risco de problemas de saúde mental, comportamentais e físicos a curto e longo prazo, como depressão, perturbações de ansiedade, perturbação de *stress* pós-traumático (PSPT), perturbação de

personalidade *borderline* (PPB), perturbação de personalidade antissocial (PPAS), défice de atenção, agressividade, impulsividade, baixa autoestima, culpa, vergonha, raiva, isolamento, incapacidade de estabelecer e manter relacionamentos íntimos saudáveis, abuso de substâncias, comportamentos sexuais de alto risco, gravidezes indesejadas, revitimização sexual futura, perturbações do sono e alimentares, doenças cardíacas, cancro, doenças pulmonares, entre outras.

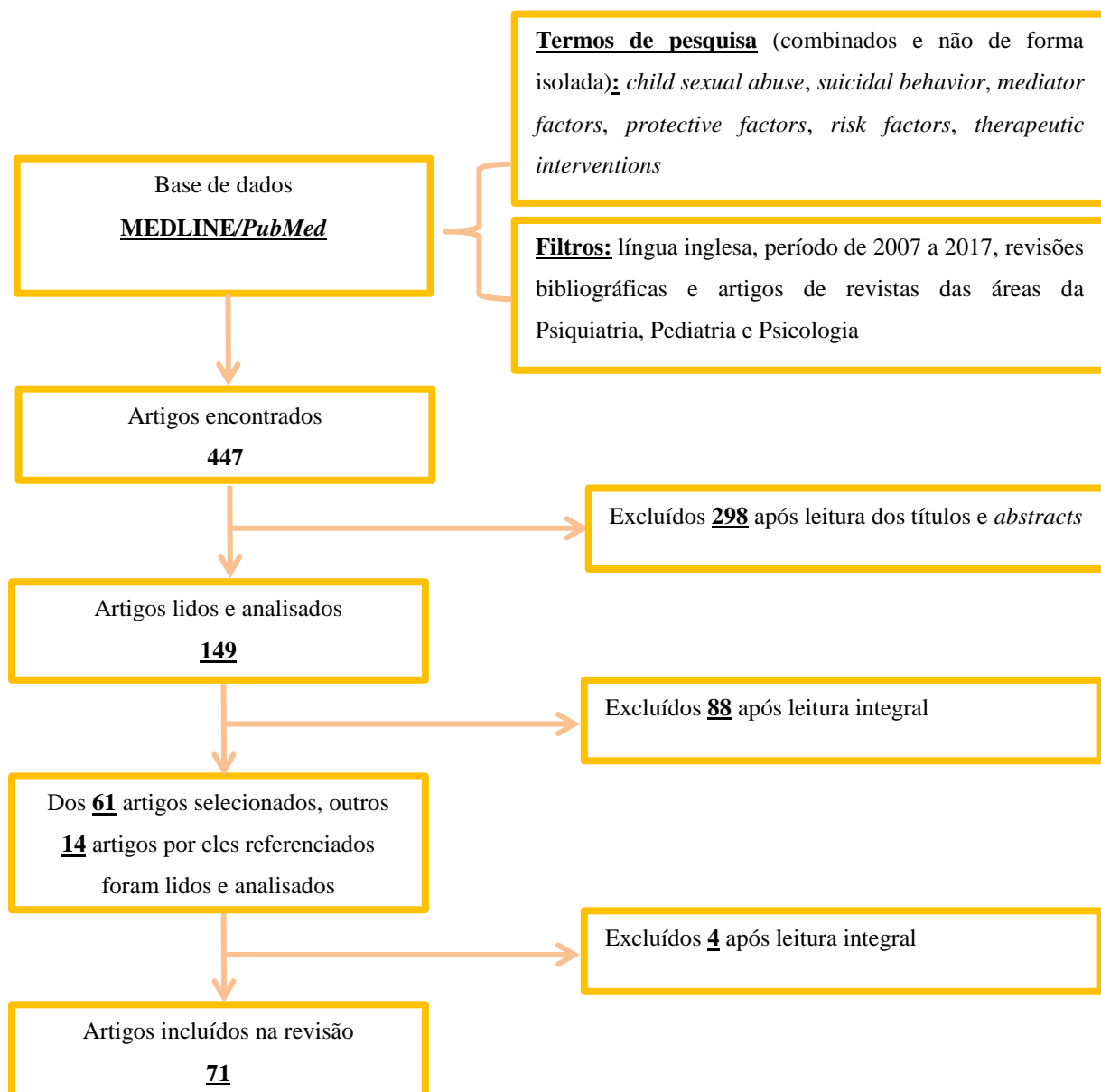
Além destas possíveis complicações, o ASI é um importante fator de risco de comportamento suicidário (CS), existindo uma literatura extensa que relata uma associação significativa entre o ASI e o CS futuro. Até à data, grande parte da literatura identificou a associação entre o ASI e ideação suicida, tentativas de suicídio e/ou suicídio, mas há uma escassez de estudos que investiguem os fatores que medeiam essa relação, sejam eles fatores facilitadores da adaptação positiva à situação traumática vivida ou fatores potencializadores do risco para o CS. Esta constatação, ou seja, a escassez de estudos que abordem o tema sob este ponto de vista, resulta da sua complexidade e de questões metodológicas a ele associadas, sobretudo, a dificuldade em realizar estudos longitudinais que permitam obter dados de acompanhamento das crianças vítimas de abuso sexual ao longo do tempo, já que estes, apesar de fornecerem muitas vantagens, acarretam problemas insuperáveis em termos éticos e práticos (relatórios frequentes, custos elevados, longa duração e desgaste dos investigadores). Também contribuem para o reduzido número de estudos, a inexistência de um consenso geral sobre a definição do ASI, a dificuldade na escolha da amostra e de métodos/instrumentos de colheita de dados adequados/validados/fiáveis e a dificuldade no controlo de fatores de confusão.

Neste artigo de revisão pretendo sistematizar, através de uma revisão bibliográfica, os dados científicos publicados relativos a esta temática, com o objetivo principal de analisar fatores mediadores – protetores e de risco – que podem explicar diferenças no risco de CS em

populações com história de ASI. Este trabalho reveste-se de extrema importância uma vez que, considerando estes fatores no estudo do risco de CS em populações vítimas de abuso sexual, podem ser reconhecidos atempadamente os indivíduos mais suscetíveis a tal comportamento, podendo assim ser melhorado o acompanhamento e a eficácia das intervenções terapêuticas e dos cuidados de saúde nesses indivíduos.

## MATERIAIS E MÉTODOS

No âmbito deste trabalho, que consistiu numa revisão bibliográfica do tema “Fatores Mediadores da Associação entre Abuso Sexual na Infância e Comportamento Suicidário”, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sistemática durante o ano de 2017. A metodologia de pesquisa e seleção dos artigos utilizada encontra-se descrita na **Figura 1**.



**Figura 1** – Metodologia de pesquisa e seleção dos artigos (própria autoria).

Inicialmente foi feita uma seleção dos artigos que, pelo seu título e *abstract*, estariam relacionados com o tema deste trabalho, excluindo-se os restantes. Posteriormente a essa primeira redução, os artigos selecionados foram lidos na íntegra para compreender se, de facto, abordavam o tema deste trabalho enquanto um tema principal e com informação relevante, sendo excluídos os artigos que o mencionavam como um tópico *minor*. Na seleção dos artigos não se teve em consideração o tamanho da amostra nem a metodologia usada.

Paralelamente à pesquisa de artigos na MEDLINE/*PubMed*, foram também consultados livros de referência das áreas da Psiquiatria e da Pediatria escritos em língua portuguesa.

# CAPÍTULO 1 – ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA

## 1.1 Definição

O ASI é um fenómeno complexo de se compreender<sup>11</sup> e difícil de identificar, que poucas vezes é divulgado e que tende a permanecer oculto.

Tratando-se de um padrão de comportamento que é perpetrado por vários tipos de abusadores, incluindo homens e mulheres, desconhecidos, amigos ou familiares confiáveis e pessoas de todas as orientações sexuais, classes socioeconómicas e origens culturais, pode, de acordo com Pereda *et al.*<sup>12</sup> afetar crianças de todas as idades, de todas as raças e culturas, de todos os níveis socioeconómicos e em todos os países.

O primeiro desafio colocado pelo ASI é a sua definição, já que quanto a esta existe apenas um consenso: a de que não há consenso. Para o ASI não existe uma definição global, pelo que cada autor usa a sua própria definição consoante o que lhe parecer mais adequado.<sup>13</sup> Na sua revisão, Senn, Carey e Venable<sup>13</sup> referem que alguns autores usam critérios de idade da vítima diferentes, definindo o ASI quando ocorre até aos 18 anos, outros até aos 16 anos e outros estipulam o ASI até aos 13 anos. Além disso, segundo os mesmos autores, alguns autores cujas definições são mais abrangentes, identificam o ASI independentemente do tipo de ato proposto à criança ou ao qual esta é exposta, logo, a definição do ASI inclui o contacto sexual, o exibicionismo e a solicitação.<sup>13</sup> As definições mais restritivas definem o ASI apenas pela penetração, e outras mais limitadas abrangem apenas o contacto sexual, como beijos e carícias.<sup>13</sup> Os mesmos investigadores apontam também a diferença de idade entre o abusador e a criança e o uso da força como duas condições que contribuem para a discrepância entre as definições, acabando por concluir que, apesar dos esforços que têm sido desenvolvidos, ainda não se encontrou uma definição única para o ASI.<sup>13</sup>



De acordo com Pereda *et al.*,<sup>12</sup> o ASI caracteriza-se pelo envolvimento de uma criança em práticas sexuais que visam a satisfação sexual do adulto/jovem (a diferença etária tem de ser de pelo menos 5 anos), e para as quais, em função da idade e da fase de desenvolvimento, a criança não tem competência para dar um consentimento livre e esclarecido. Baseia-se numa relação de responsabilidade, confiança ou poder que é aproveitada para atos de natureza sexual, os quais a criança não é capaz de perceber como abusivos e, mesmo quando a criança percebe que são abusivos, não tem capacidade para os denunciar.<sup>12</sup>

Para Bebbington *et al.*,<sup>11</sup> o ASI abrange todas as atividades sexuais praticadas por alguém com um desenvolvimento sexual superior ou com uma relação de autoridade, e que têm como intuito utilizar a criança para alcançar gratificação sexual. Engloba comentários/elogios com conteúdo sexual, assédio, exibicionismo, penetração (digital, com objetos, coito), carícias, beijos e masturbação.<sup>11</sup>

## **1.2 Epidemiologia**

Sendo o ASI definido de forma diferente em várias comunidades científicas, médicas, clínicas e legais em relação a questões como a idade e a intenção dos abusadores envolvidos, a idade das vítimas e os comportamentos sexuais praticados, e havendo diferenças na amostra e nos métodos de colheita dos dados, as investigações conduzidas a fim de apurar a prevalência do fenómeno tendem a atingir resultados díspares, com as estimativas da sua prevalência a variarem amplamente.<sup>3,4,6</sup>

Assim, mesmo sendo muito difícil obter dados precisos sobre a prevalência do ASI,<sup>11</sup> a Organização Mundial de Saúde<sup>1</sup> menciona que, aproximadamente 20% das mulheres e 5-10% dos homens reportaram ter sido abusados sexualmente na infância.

Em Portugal, no âmbito da Consulta de Prevenção do Suicídio do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, cuja quase totalidade dos doentes é oriunda do Serviço de

Urgência, em 448 jovens observados durante o período de 1992-2012 (média de idades de 19 anos, sendo 80% do sexo feminino), 30% referiram maus-tratos na infância e 20% relataram ser vítimas de abuso sexual.<sup>14</sup>

Ainda a nível nacional, num estudo que incluiu 104 crianças maltratadas, diagnosticadas no Hospital Pediátrico de Coimbra nos anos de 1990-1991, que foram seguidas durante um período de 5 anos em regime de consulta externa, Canha<sup>15</sup> verificou a existência de abuso sexual em 15 (14%) dessas crianças, sendo 12 (80%) do sexo feminino. A investigadora portuguesa pensa, no entanto, que o número de crianças diagnosticadas não corresponde à verdadeira frequência do abuso sexual no país, dadas as dificuldades óbvias no seu diagnóstico.<sup>15</sup>

O estudo de Pereda *et al.*<sup>12</sup> expõe que, internacionalmente, entre 7% e 36% das mulheres e 3% e 29% dos homens experienciaram ASI, e essas estimativas permaneceram relativamente constantes por quase duas décadas.

Numa abrangente meta-análise desenvolvida por Stoltenborgh *et al.*<sup>3</sup> que visou estimar a prevalência mundial do ASI através da combinação de valores de prevalência do ASI descritos em 217 artigos, com um total de 9.911.748 participantes, a prevalência global do ASI foi estimada em 11,8%, ou seja, 118 por 1000 indivíduos, existindo uma diferença significativa relativamente ao sexo, com 18% das mulheres e 7,6% dos homens a relatar experiências de ASI antes dos 18 anos. As taxas mais baixas para as mulheres (113/1000) e para os homens (41/1000) foram encontradas na Ásia, e as taxas mais altas foram encontradas para as mulheres na Austrália (215/1000) e para os homens em África (193/1000), o que possivelmente reflete verdadeiras diferenças transculturais nas taxas de ASI e/ou capacidade de denúncia da experiência abusiva.<sup>3</sup> Os estudos de informantes em comparação com os estudos de autorrelato produziram uma estimativa muito mais conservadora (0,4% *versus* 12,7%), o que mostra que a percentagem de ASI pode ser até 30 vezes maior quando os

estudos recorrem a autorrelatos comparativamente a quando são utilizados dados de informantes.<sup>3</sup> Stoltenborgh *et al.*<sup>3</sup> analisaram, ainda, se a prevalência do ASI seria afetada pelo nível de desenvolvimento económico de um país, tendo concluído que, para os homens, a prevalência era mais alta em países economicamente subdesenvolvidos do que nos desenvolvidos, enquanto que para as mulheres não obtiveram conclusões que indicassem que o nível de desenvolvimento económico do país influencia a prevalência do ASI.

Numa meta-análise de estudos de prevalência no campo do ASI desenvolvida por Pereda *et al.*,<sup>2</sup> foram incluídos 65 artigos abrangendo 22 países. Os investigadores constataram uma prevalência de ASI em 7,9% dos homens e 19,7% das mulheres.<sup>2</sup> Especificamente, as taxas de prevalência mais altas foram registadas em África (34,4%), enquanto as mais baixas foram registadas na Europa (9,2%).<sup>2</sup>

Nos Estados Unidos, numa amostra com 34.653 adultos, Pérez-Fuentes *et al.*<sup>16</sup> descobriram que a prevalência do ASI foi de 10,14%, dos quais 24,8% eram homens e 75,2% eram mulheres.

A baixa prevalência do ASI no sexo masculino comparativamente ao feminino foi discutida em vários estudos, tendo sido sugerido que a definição do ASI utilizada não permite obter um conhecimento adequado das experiências masculinas.<sup>2</sup> Para Stoltenborgh *et al.*,<sup>3</sup> não está claro se este desequilíbrio traduz as diferenças entre os sexos na prevalência do ASI ou das taxas de denúncia do ato abusivo.

### **1.3 Parâmetros caracterizadores da experiência abusiva**

É primordial não só conhecer as dinâmicas mais usuais da experiência abusiva, mas também investigar o perfil do agressor e os fatores que amplificam o risco de uma criança ser vítima de abuso sexual, relacionados com características individuais e familiares.

### 1.3.1 Perfil da vítima

#### 1.3.1.1 Sexo

O sexo feminino está associado a uma maior probabilidade de ser vítima de ASI em relação ao sexo masculino.<sup>1-3,11,12,15-23</sup>

Contudo, existem estudos que relatam semelhanças de prevalência do ASI entre sexos. Nesta linha de pensamento, Brown *et al.*<sup>24</sup> concluíram que entre meninos e meninas de cinco países africanos, o abuso sexual foi maior entre as meninas, embora as diferenças entre os sexos não fossem grandes, destacando a importância de não negligenciar o abuso sexual entre os meninos. Pineda-Lucatero *et al.*<sup>25</sup> num estudo que abrangeu 1067 participantes mexicanos de ambos os sexos, mostraram que mesmo tendo sido a prevalência do ASI ligeiramente maior no sexo feminino (19,3%) do que no sexo masculino (17,3%), não houve uma diferença estatisticamente significativa.

Distintas representações sociais sobre o ASI salientam a ideia da vítima do sexo feminino e menosprezam este tipo de mau-trato infantil em crianças do sexo masculino. De facto, a família e a comunidade tendem a ser mais protetoras das meninas, em relação aos mesmos problemas entre meninos, e chegam mesmo a desconhecer que os meninos podem ser abusados sexualmente por agressores do sexo masculino e feminino.<sup>26</sup> Dois estudos indicaram que esta perspetiva é errada, e enfatizaram que as crianças do sexo masculino devem ser alvo de preocupação. No primeiro, realizado com 683 participantes em Hunan, na China, um total de 123 (18%) relataram ter experienciado ASI antes dos 16 anos, com mais participantes do sexo masculino (21,5%) do que do sexo feminino (14,2%) a relatar essa experiência.<sup>27</sup> O segundo, desenvolvido com 1519 mulheres e 1475 homens com idades entre os 20 e os 64 anos na China, relatou uma prevalência geral de ASI de 4,2%, com taxas maiores entre homens (5,1%) do que entre mulheres (3,3%).<sup>26</sup>

### **1.3.1.2 Idade de início do abuso**

No que concerne à idade de início do abuso sexual, existem variações quando comparados os estudos. Deste modo, e fazendo uma conclusão geral dos resultados apresentados pelos vários estudos,<sup>17,18,23,25-33</sup> o intervalo de idades das vítimas no momento da primeira exposição ao abuso sexual variou entre os 4 e os 16 anos. O estudo de Canha<sup>15</sup> é uma exceção a destacar, visto que entre as 15 crianças vítimas de abuso sexual, 13 tinham mais de 4 anos, mas as restantes duas tinham menos de 2 anos. Tendo em conta o seu limitado desenvolvimento físico, psicológico e sexual, e reconhecendo a menor probabilidade de se protegerem, pedirem ajuda e perceberem que estão a ser alvo de abuso, todos estes aspetos tornam as crianças mais vulneráveis ao abuso sexual relativamente aos adolescentes e aos adultos.

### **1.3.1.3 Consumo de substâncias**

Existe uma ligação entre o álcool e/ou as drogas e a ocorrência de ASI,<sup>17</sup> identificando-se mais histórias de ASI entre os indivíduos com problemas relacionados com álcool e/ou drogas.<sup>9</sup>

### **1.3.1.4 Incapacitação**

As crianças com deficiências físicas, mentais e/ou emocionais podem ter o triplo do risco de abuso sexual comparativamente aos seus colegas com desenvolvimento normal.<sup>34</sup> Davies e Jones<sup>17</sup> corroboram estes achados, afirmando que as crianças que têm dificuldades de aprendizagem, incapacidades/limitações físicas ou problemas de saúde mental podem estar em maior risco de abuso sexual, pelo que merecem especial atenção.<sup>7</sup>

### 1.3.2 Perfil do agressor

Numerosos estudos investigam o perfil das vítimas, mas menos são os que se focam no perfil dos agressores envolvidos no ato abusivo.

Ainda que existam mulheres a abusar sexualmente de crianças, a esmagadora maioria dos abusadores sexuais infantis são homens,<sup>23,25,28,31,33,35,36</sup> cuja idade é variável.<sup>28,31,35</sup> Isto vai de encontro aos discursos sociais dominantes, que tendem a acreditar que o agressor é alguém do sexo masculino.

West, Friedman e Kim<sup>37</sup> defendem que o número de abusos sexuais em crianças cometidos por mulheres é subestimado, tendo constatado na maioria delas um nível elevado de psicopatologia e história infantil pessoal de abuso físico ou sexual. Muitas vezes o ASI perpetrado pelas mulheres ocorre no contexto das rotinas de cuidar da criança, passando despercebido e não sendo revelado, mas mesmo nos casos em que esse abuso é identificado, pode acontecer que os profissionais de saúde o ignorem e o encarem como uma manifestação de afeto inadequada. Mais, considerando as crenças sociais e culturais associadas ao instinto protetor da mulher, as denúncias apresentadas contra estas tornam-se, inevitavelmente, menos credíveis.

Indivíduos que cometem ASI tendem a ter experiências pessoais de ASI, testemunhos de violência física e psicológica no ambiente doméstico e problemas comportamentais, tais como abuso de substâncias e comportamentos sexuais desadequados (por exemplo, masturbação e interesse pela pornografia precoces).<sup>38</sup>

Seto *et al.*<sup>36</sup> analisaram na sua meta-análise 78 estudos, com um total de 6605 abusadores sexuais intrafamiliares e 10.573 extrafamiliares, e verificaram que os agressores sexuais intrafamiliares tinham mais frequentemente uma história de ASI. Estes autores explicam que algumas famílias apresentam características intergeracionais de abuso sexual

intrafamiliar, ou seja, as crianças abusadas sexualmente crescem e tornam-se na vida adulta perpetuadoras desse abuso nos seus filhos ou enteados.<sup>36</sup>

Não obstante seja aconselhável acautelar as crianças relativamente a indivíduos desconhecidos que as possam tentar prejudicar, Pineda-Lucatero *et al.*<sup>25</sup> constataram que o maior risco surge de familiares próximos, amigos e conhecidos, com os quais as crianças já têm estabelecida uma relação de empatia e confiança.

### **1.3.3 Perfil da família da vítima**

É conveniente identificar características comuns ao agregado familiar das vítimas de ASI.

Antecedentes parentais de problemas de álcool e/ou uso de drogas,<sup>10,16,21,39</sup> violência doméstica,<sup>10,16,21,40</sup> criminalidade,<sup>10,21</sup> perturbações psiquiátricas<sup>10,16,39</sup> e divórcio<sup>10</sup> podem aumentar a probabilidade de ASI.

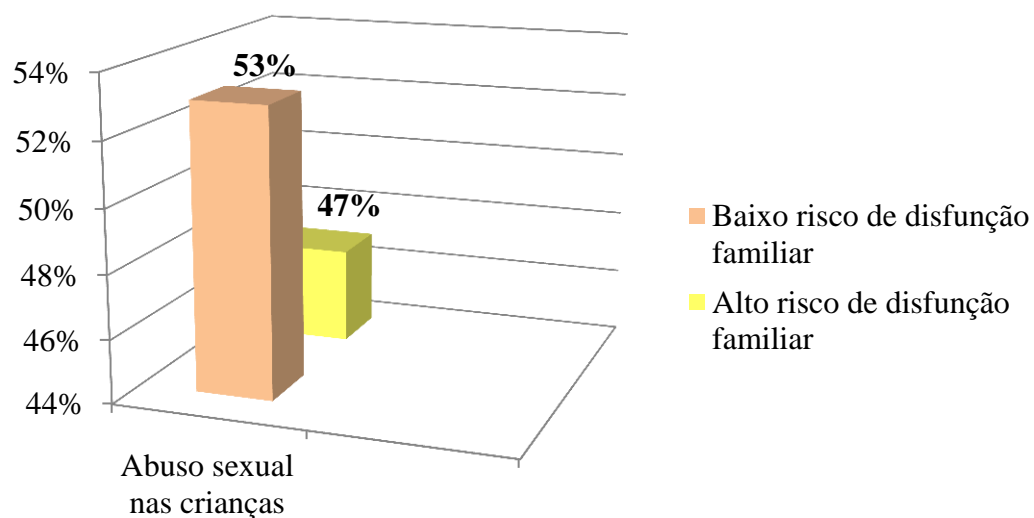
Igualmente, a ausência de um dos pais biológicos ou de ambos antes dos 18 anos coloca a criança num maior risco de ocorrência de abuso sexual.<sup>16</sup>

Wearick-Silva *et al.*<sup>41</sup> acrescentam como fator de risco para o ASI, a presença de abuso sexual na história de vida da mãe, pois quando investigaram os padrões intergeracionais do abuso sexual, compreenderam que existe uma maior probabilidade de os filhos de mães abusadas sexualmente durante a sua infância serem vítimas de abuso sexual.

O ASI habitualmente ocorre em ambientes familiares em que há baixo apoio familiar, baixa escolaridade dos pais e pobreza.<sup>16</sup> Os pais com maior escolaridade podem fornecer um ambiente mais estável e saudável, em que a probabilidade de o abuso ter lugar é reduzida,<sup>19,21</sup> enquanto que um baixo estatuto socioeconómico traduzido em baixos rendimentos familiares aumenta a probabilidade de exposição da criança ao abuso sexual.<sup>21,39</sup>

Nesta sequência, Bernard-Bonnin *et al.*<sup>35</sup> num estudo realizado com 67 meninas de 7 a 12 anos vítimas de abuso sexual, em Montreal, Quebec, constataram que as famílias monoparentais foram frequentes, as mães apresentaram menor nível de escolaridade e o nível socioeconômico era menor. Os investigadores descobriram uma história de ASI em 50% das mães de crianças sexualmente abusadas.<sup>35</sup> Um quarto das mães relatou violência física por parte do seu cônjuge, menos grave (23,9%) ou mais grave (11,9%), que foi testemunhada pelas suas filhas em 16,4% (violência menos grave) e 1,5% dos casos (violência mais grave).<sup>35</sup> As mães das meninas vítimas de abuso sexual apresentaram angústia, ansiedade e depressão.<sup>35</sup>

As características acima mencionadas são apenas indicadores de maior risco, no entanto, a ausência destas características não exclui a presença do ASI em agregados familiares funcionais, sem comorbilidades ou instabilidades socioeconômicas associadas, até porque se deve ter presente que a menor prevalência em famílias aparentemente estáveis pode precisamente estar associada a situações de ASI bem camufladas. Canha<sup>15</sup> confirmou estes pressupostos (**Gráfico 1**).



**Gráfico 1** – Relação entre o risco de disfunção familiar e o abuso sexual nas crianças (adaptado de Canha, 2003)<sup>15</sup>.



### **1.3.4 Dinâmicas**

O ASI pode envolver penetração,<sup>6,8,9,22,23,28,32,33,35,39,42</sup> uso de força física<sup>8,15,23,28,42</sup> e lesões físicas.<sup>15,42</sup>

Geralmente, o ASI é cometido na casa do agressor ou da vítima.<sup>23,25,36</sup> Tratando-se de um abuso sexual por parte de familiares, amigos ou pessoas conhecidas e próximas da criança, é de esperar que o local de abuso seja, na maior parte das vezes, o seu ambiente doméstico, já que é um local fácil de aceder e onde existe a possibilidade de permanecerem sem levantar suspeitas.<sup>23</sup> Pelo contrário, se se tratar de um abuso sexual por parte de um desconhecido, é habitual que ocorra noutros locais que não a casa da vítima.<sup>36</sup>

Na maioria dos estudos analisados as vítimas de ASI foram expostas ao ato em várias ocasiões,<sup>19,23,28,31,32,35</sup> sendo usualmente abusadas por um único abusador,<sup>28,31,32</sup> durante um período de tempo variável.<sup>28,33,35</sup>

De sublinhar que uma grande proporção de crianças abusadas sexualmente é exposta a outras formas de maus-tratos na infância, incluindo abuso emocional,<sup>10,16,43</sup> abuso físico<sup>6,10,16,21,23,25,30,39,43-45</sup> e negligência.<sup>16,39</sup> No estudo de Canha<sup>15</sup> o abuso sexual das crianças esteve associado em 87% dos casos, tendo-se verificado a associação mais frequente com os maus-tratos físicos (em 46% dos casos) e psicológicos (em 38% dos casos).

### **1.4 Abuso intrafamiliar *versus* abuso extrafamiliar**

O ASI tende a surgir dividido em intrafamiliar ou extrafamiliar.<sup>36</sup> No intrafamiliar, o abusador é alguém com um papel próximo na vida da criança, sem obrigatoriedade de laços de consanguinidade, e pode incluir familiares, mas igualmente outros adultos considerados como sendo parte da família, como o padrasto ou o amigo ou conhecido da criança e da sua família.<sup>36</sup> No extrafamiliar, o abusador é um desconhecido da criança e que está fora do seu círculo familiar e socioafetivo.<sup>36</sup>

O abusador sexual intrafamiliar é considerado o mais prevalente.<sup>6,15,17,23,25,28,31,32,33,35,43</sup>

A título de exemplo, alguns estudos podem ser citados. Canha<sup>15</sup> observou que o abuso sexual foi perpetrado por familiares que coabitavam com a criança em 80% dos casos: 53% pelo pai, 27% por irmãos, tios, avós e padrastos e, só em 20% dos abusos sexuais, o responsável foi outro adulto conhecido da criança. Pineda-Lucatero *et al.*<sup>25</sup> constataram que 87,1% dos agressores eram conhecidos da criança, com 50,3% dos casos a ser perpetrados por vizinhos e 36,8% por parentes. Aydin *et al.*<sup>23</sup> descobriram que 88,2% dos agressores eram conhecidos da vítima e 10,2% eram membros da família. Lalor e McElvaney<sup>6</sup> mostraram que os desconhecidos representaram apenas uma minoria de perpetradores do ASI: 1% (Nova Zelândia); 2% (Reino Unido); 10% (Suazilândia); 16% (Israel); 21% (África do Sul); 36% (Etiópia). Por conseguinte, uma proporção muito elevada de perpetradores era bem conhecida da criança: 86% eram membros da família (Nova Zelândia); 76% eram membros da família ou conheciam a criança (Irlanda); 78% eram vizinhos ou parentes (Suazilândia); 64% eram professores ou parentes (África do Sul).<sup>6</sup> Seto *et al.*<sup>36</sup> porém, não o consideraram a maioria, referindo que os casos intrafamiliares constituem cerca de um terço dos casos de ASI.

Têm sido propostas características que poderão diferenciar o abusador intrafamiliar do abusador extrafamiliar, as quais se encontram descritas na **Tabela 1**.

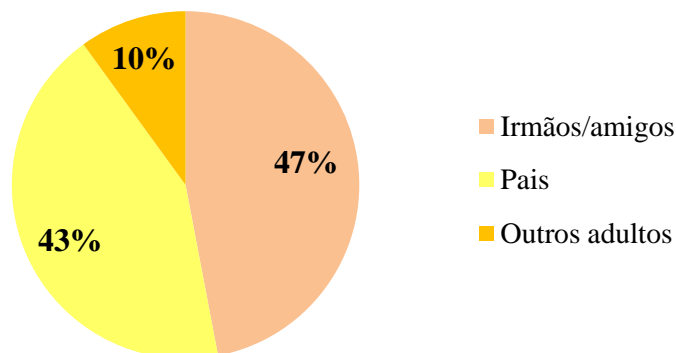
**Tabela 1** – Características do abusador intrafamiliar e do extrafamiliar (adaptado de Seto *et al.*, 2015)<sup>36</sup>.

<b>ABUSADOR INTRAFAMILIAR</b>	<i>Versus</i>	<b>ABUSADOR EXTRAFAMILIAR</b>
Tende a ser heterossexual		Tende a ser homossexual ou bissexual
Vitimiza mais meninas do que meninos		Vitimiza mais meninos do que meninas
Com a mesma criança, tende a repetir o ato sexual ao longo do tempo		Com a mesma criança, tende a repetir o ato sexual com uma menor frequência e num período de tempo limitado
Vitimiza um menor número de crianças		Vitimiza um maior número crianças
Começa a cometer o ato com uma idade mais tardia		Tende a ser mais novo quando começa a cometer o ato
Tende a ser casado ou a viver em união de facto		Tem menor tendência a ser casado ou a viver em união de facto
O abuso tem início por volta dos 7/8 anos de idade da criança		Vitimiza crianças mais velhas

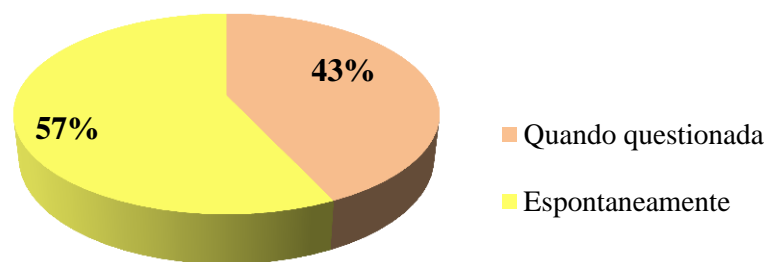
### 1.5 Processo de revelação

A divulgação do abuso sexual constitui sempre um dilema, e a criança atravessa várias dificuldades pessoais para revelar o abuso que contribuem para um menor reconhecimento da extensão do ASI. Todavia, deve ter-se presente que raros são os casos em que a criança não diz a verdade.<sup>11</sup>

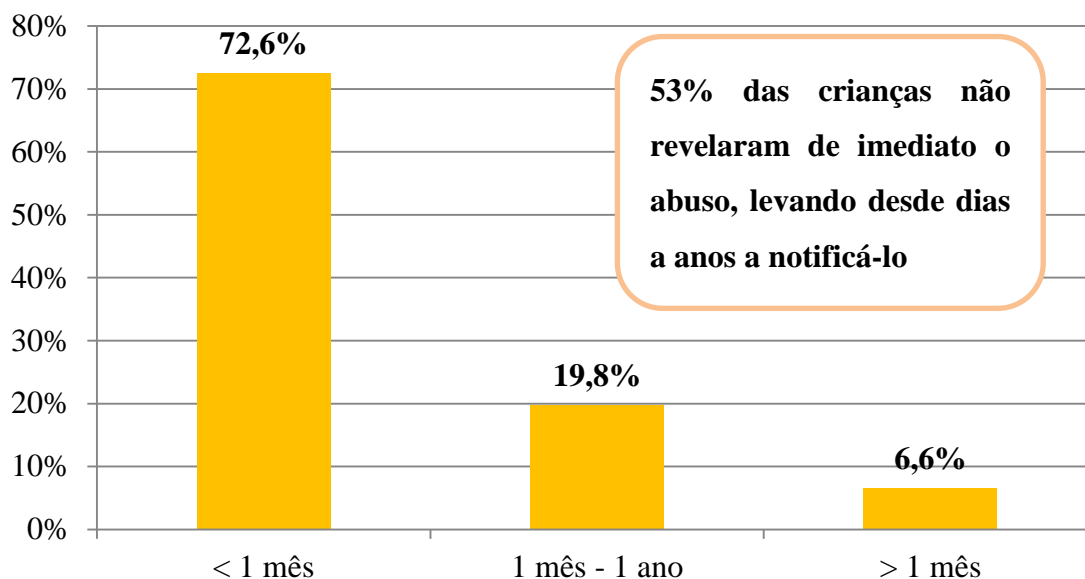
No âmbito do processo de revelação, Hershkowitz, Lanes e Lamb<sup>46</sup> obtiveram achados significativos no seu estudo, que são apresentados nos **Gráficos 2, 3 e 4**.



**Gráfico 2** – Principais confidentes da criança abusada (adaptado de Hershkowitz, Lanes e Lamb, 2007)<sup>46</sup>.



**Gráfico 3** – Modo de revelação do abuso (adaptado de Hershkowitz, Lanes e Lamb, 2007)<sup>46</sup>.



**Gráfico 4** – Intervalo de tempo até à revelação do abuso (adaptado de Hershkowitz, Lanes e Lamb, 2007)<sup>46</sup>.

Pineda-Lucatero *et al.*<sup>25</sup> mostraram que, entre as crianças sexualmente abusadas, 14,4% falaram sobre o problema às suas famílias, 3,7% procederam legalmente, apresentando uma queixa formal às autoridades, e 9,6% admitiram que necessitavam de acompanhamento psicológico. Os investigadores realçam que o silêncio é escolhido por muitas crianças porque estas têm medo da reação dos pais e querem evitar conflitos familiares, vergonha e escândalo público.<sup>25</sup> A acrescentar, muitas delas são submetidas a ameaças por parte do agressor.<sup>25</sup>

No estudo conduzido por Aydin *et al.*<sup>23</sup> o abuso sexual foi divulgado diretamente pela vítima infantil em 61,8% dos casos. 53,1% das crianças contaram espontaneamente a situação abusiva a um membro da família, com 36,9% a apresentar uma queixa legal no mesmo dia ou no dia seguinte e 14,3% a fazê-lo 1 ano depois.<sup>23</sup> Em 15,4% dos casos, o abuso sexual só foi

revelado após as vítimas infantis terem sido questionadas pelos seus familiares e amigos próximos.<sup>23</sup>

A divulgação é um processo complexo e multifacetado e embora seja importante entender quais as barreiras que podem impedir a divulgação, é talvez mais importante compreender quais os fatores específicos que a facilitam.<sup>47</sup>

### **1.5.1 Fatores prejudiciais**

Independentemente da idade ou do sexo, as crianças com deficiências divulgam mais dificilmente a vitimização sexual em relação às crianças com desenvolvimento normal.<sup>46</sup>

O'Leary e Barber<sup>20</sup> realizaram um estudo na Austrália que incluiu 145 homens e 151 mulheres que foram abusados sexualmente exclusivamente com menos de 18 anos. Os investigadores constataram que os homens são significativamente menos propensos a divulgar o abuso sexual no momento em que este ocorre do que as mulheres e demoram significativamente mais tempo do que as mulheres para discutir a experiência do ASI e a procurar ajuda.<sup>20</sup> Em alguns casos, os homens levaram décadas para divulgar a vitimização.<sup>20</sup> Stoltenborgh *et al.*<sup>3</sup> também verificaram maiores taxas de divulgação em mulheres abusadas sexualmente na infância em comparação com homens com a mesma história, sugerindo que os indivíduos do sexo masculino podem sentir vergonha e medo de serem vistos como homossexuais (se se tratar de um agressor) ou fracos (se se tratar de uma agressora), acabando muitos deles por não divulgar o abuso. A hesitação em divulgar experiências de abuso por meninos e homens pode relacionar-se com normas culturais de masculinidade e estigma social associadas à atividade sexual do mesmo sexo, já que a maioria dos agressores são homens. Por sua vez, os estereótipos culturais tradicionais associam a vitimização ao sexo feminino, dificultando a expressão masculina de dependência e sofrimento. Desta forma, o medo de ser

olhado como homossexual e/ou feminino são duas razões usuais para falhas na divulgação entre estas vítimas.

As vítimas infantis de abuso sexual intrafamiliar demoram mais tempo a revelar o abuso comparativamente às vítimas de abuso sexual extrafamiliar, podendo mesmo nunca o divulgar.<sup>47</sup> É natural que uma criança que seja vitimizada por alguém de quem gosta e que é suposto amá-la e protegê-la (muitas das vezes o seu pai), tenha dificuldade em divulgar o abuso comparativamente a uma criança que não nutre qualquer tipo de afeto pelo abusador. A criança vítima de abuso intrafamiliar tende a apresentar sentimentos ambivalentes em relação à situação abusiva: por um lado nutre afeto pelo abusador, por outro sofre com os atos abusivos que este pratica.

Hershkowitz, Lanes e Lamb<sup>46</sup> analisaram o atraso na revelação do abuso de acordo com a idade da vítima, o grau de parentesco com o agressor e o tipo de abuso sofrido (**Tabela 2**).

**Tabela 2** – Influência da idade da vítima, do grau de parentesco com o agressor e do tipo de abuso experienciado no atraso da revelação do abuso (adaptado de Hershkowitz, Lanes e Lamb, 2007)<sup>46</sup>.

	<b>ATRASSO NA REVELAÇÃO</b>	<b>COMENTÁRIOS</b>
<b>Idade da Vítima</b>		
≤ 9 anos	33,3%	As crianças mais novas tendem a revelar o abuso mais rapidamente do que as crianças com mais idade
> 9 anos	73,3%	
<b>Grau de Parentesco com o Agressor</b>		
Conhecido	77,8%	Na presença de um agressor conhecido, 77,8% das crianças atrasa a revelação, enquanto que na presença de um agressor desconhecido, apenas 16,7% o faz
Desconhecido	16,7%	
<b>Tipo de Abuso Sofrido</b>		
Ligeiro (por cima da roupa)	27,8%	Quando o abuso é ligeiro, apenas 27,8% atrasa a revelação. Quando o abuso é grave, apenas 8,3% das crianças não atrasa a revelação
Grave (por baixo da roupa)	91,7%	

As crianças também optam por não divulgar a vitimização sexual porque temem consequências negativas para o agressor (por exemplo, prisão), para a sua família (por exemplo, discriminação familiar) e para si mesmas (por exemplo, sanções parentais).<sup>47</sup>

A resposta emocional da criança ao abuso sexual, usualmente traduzida em vergonha e autculpa, pode igualmente constituir uma notável barreira à divulgação.<sup>47</sup>

A falta de compreensão e o apoio emocional limitado de adultos, pais ou profissionais de saúde, impedem a divulgação.<sup>47</sup> Efetivamente, a resposta do cuidador não-abusivo tem um impacto enorme no ajustamento emocional e comportamental das crianças vítimas de abuso sexual e, uma das piores atitudes que este pode tomar é negar ou desmentir o abuso revelado pela criança. Neste ponto de vista, Hershkowitz, Lanes e Lamb<sup>46</sup> estudaram o modo como a atitude dos pais pode influenciar a perspectiva da criança sobre a situação abusiva e o seu comportamento relativamente ao processo de revelação, e os resultados obtidos estão registados nas **Tabelas 3 e 4**.

**Tabela 3** – Perceção da situação abusiva pela criança e processo de revelação face a pais com atitudes negativas e ansiosos (adaptado de Hershkowitz, Lanes e Lamb, 2007)<sup>46</sup>.

<b>ASPETOS AVALIADOS</b>	<b>PRESEÇA DE PAIS COM ATITUDES NEGATIVAS E ANSIOSOS</b>
<i>Atraso na revelação</i>	88,2% das crianças atrasaram a revelação
<i>Modo de revelação</i>	29,4% das crianças revelaram o abuso espontaneamente
<i>Sentimentos da criança face ao abuso</i>	88,2% das crianças confessaram sentir medo e vergonha do abuso
<i>Atitude dos pais</i>	11,8% dos pais mostraram atitudes de suporte e apoio

### 1.5.2 Fatores facilitadores

**Tabela 4** – Percepção da situação abusiva pela criança e processo de revelação face a pais com atitudes positivas e calmos (adaptado de Hershkowitz, Lanes e Lamb, 2007)<sup>46</sup>.

<b>ASPETOS AVALIADOS</b>	<b>PRESENÇA DE PAIS COM ATITUDES POSITIVAS E CALMOS</b>
<i>Atraso na revelação</i>	100% das crianças não atrasaram a revelação
<i>Modo de revelação</i>	100% das crianças revelaram o abuso de modo espontâneo
<i>Sentimentos da criança face ao abuso</i>	Nenhuma criança manifestou medo ou vergonha do abuso
<i>Atitude dos pais</i>	100% dos pais mostraram atitudes de suporte e apoio

Ser questionado ou solicitado diretamente sobre o ASI facilita a divulgação,<sup>46,47</sup> assim como fornecer informações sobre abusos sexuais adequadas ao desenvolvimento das vítimas.<sup>47</sup>

Lemaigre, Taylor e Gittoes<sup>47</sup> recomendam que sejam desenvolvidos programas de intervenção tanto para as vítimas de ASI quanto para os potenciais destinatários da revelação, como membros da família, amigos, professores e profissionais de saúde. Esses programas de intervenção devem reforçar que o abuso sexual é errado e que as vítimas não são responsáveis nem se podem culpar.<sup>47</sup> Devem procurar encorajar as vítimas a falar sobre a sua experiência de abuso sexual, uma vez que a divulgação atempada é fundamental para proteger contra a revitimização, ao mesmo tempo que aumenta a probabilidade de melhores resultados em termos mentais, comportamentais e físicos.<sup>47</sup>



## 1.6 Repercussões na vítima

A preocupação contínua com as possíveis consequências do ASI reflete-se no aumento exponencial da pesquisa nesta área.<sup>7</sup> O impacto negativo da experiência de ASI será tanto maior quanto maior for o grau de proximidade entre a vítima e o agressor,<sup>7,10,23,48</sup> quanto maior for a gravidade do abuso (envolvendo penetração),<sup>7,10,23,32,39,48</sup> quanto maior for o número de abusadores<sup>32</sup> e quanto mais frequentes forem os atos abusivos e a sua duração,<sup>7,10,16,39,48</sup> podendo inclusive variar segundo a idade,<sup>7,10</sup> o sexo da vítima<sup>7,10,11,23</sup> e o uso da força física.<sup>7,10,23</sup> Maniglio,<sup>8</sup> na sua revisão, não comprovou que a idade mais nova no momento do abuso, a maior proximidade entre a vítima e o abusador, o abuso com penetração, o uso da força física e a maior frequência e maior duração do abuso aumentassem a probabilidade de depressão ou outras perturbações em sobreviventes de ASI. Por seu lado, Cutajar *et al.*,<sup>32</sup> não encontraram uma associação entre o início mais precoce do abuso sexual e o aumento de perturbações psiquiátricas.

Os efeitos adversos do ASI incluem perturbações psiquiátricas, sequelas psicológicas e diminuição do bem-estar sexual, físico e social nas vítimas.<sup>2,6-8,21</sup>

### 1.6.1 Problemas de saúde mental

A incidência de perturbações psiquiátricas ocorrida em qualquer fase da vida em vítimas de ASI é de 56% para as mulheres e de 47% para os homens (*versus* 32% e 34%, respetivamente, quando não há história de abuso).<sup>10</sup>

Um registo ao longo da vida do contacto com os serviços públicos de saúde mental foi encontrado em 23,3% dos casos de ASI, em comparação com 7,7% na população em geral, sendo este contacto mais comumente estabelecido entre as vítimas que sofrem abuso sexual com penetração e/ou por vários abusadores.<sup>32</sup>

Destacam-se, seguidamente, os resultados obtidos por vários estudos que comprovam que a história de ASI é um fator de risco importante para diferentes perturbações psiquiátricas, sequelas psicológicas e características da personalidade desajustadas.

Os efeitos adversos à saúde associados ao ASI foram semelhantes entre os três países (Haiti, Quênia e Camboja), tendo-se registado taxas mais elevadas de depressão e ansiedade entre os entrevistados masculinos vitimizados.<sup>43</sup>

A exposição ao ASI foi positivamente relacionada com a raiva e humor deprimido entre adolescentes do sexo masculino e feminino.<sup>49</sup>

Os adultos com história de ASI apresentaram taxas significativamente maiores de perturbações psiquiátricas do que aqueles sem essa história em algum momento da vida.<sup>16</sup> As perturbações mais prevalentes foram a depressão, a ansiedade e a PSPT.<sup>16</sup>

A revisão de O'Brien e Sher<sup>50</sup> indicou que o ASI está relacionado ao aumento dos diagnósticos de depressão, PSPT, perturbações de pânico, PPB, impulsividade e isolamento.

Entre as vítimas abusadas sexualmente na infância, a depressão foi prevalente, mas as vítimas também relataram desesperança, PSPT e baixa autoestima.<sup>51</sup>

Bedi *et al.*<sup>18</sup> descobriram um risco significativo associado ao ASI para depressão e PSPT. Tanto a depressão como a PSPT foram significativamente mais comuns em mulheres do que em homens ao longo da vida.<sup>18</sup>

Aqueles que experienciaram ASI apresentaram níveis mais baixos de autoestima.<sup>27</sup>

A revisão de Pérez-González e Pereda<sup>52</sup> revelou uma associação entre a experiência de ASI e baixa autoestima, depressão, PPAS, desesperança e sentimento de culpa.

Na revisão desenvolvida por Maniglio<sup>7</sup> há evidências de que os sobreviventes de ASI correm risco significativo de sintomatologia psicótica, depressão, ansiedade, PSPT, sintomatologia obsessivo-compulsiva, PPB, baixa autoestima, comprometimento do

autoconceito, raiva, dificuldades de aprendizagem e sentimentos de inadequação, inferioridade ou desconforto ao interagir com outros.

Em comparação com as crianças não-expostas, as expostas ao abuso sexual relataram maiores taxas de solidão persistente.<sup>24</sup>

Maniglio<sup>8</sup> analisou 160 estudos com um total de aproximadamente 60.000 indivíduos. Ao considerar globalmente os resultados, há evidências de que o ASI é um fator de risco significativo, embora geral e não específico, para a depressão.<sup>8</sup> Uma série de fatores adicionais antecedentes ou co-ocorrentes podem atuar de forma independente para promover a depressão em pessoas com história de ASI ou interagir com essa experiência traumática precoce para aumentar a probabilidade de depressão em sobreviventes de ASI.<sup>8</sup> Entre esses fatores salientam-se os fatores biológicos (por exemplo, desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal), psicológicos (por exemplo, padrões cognitivos inadaptados da vítima) ou sociais (por exemplo, família disfuncional ou pais com psicopatologia).<sup>8</sup> Portanto, é possível que o ASI possa não ter um papel primário no desenvolvimento da depressão.<sup>8</sup>

O estudo de Aydin *et al.*<sup>23</sup> revelou que as perturbações psiquiátricas correlacionadas ao ASI se desenvolveram em 62,1% dos casos. Os diagnósticos mais comuns foram a depressão e a PSPT.<sup>23</sup>

A exposição ao ASI foi consistentemente relacionada a um risco acrescido de problemas de saúde mental posteriores, incluindo depressão, perturbações de ansiedade e PPAS.<sup>9</sup> As vítimas cujo abuso sexual envolveu tentativa de penetração ou penetração completa apresentaram taxas globais de perturbações psiquiátricas que foram 2,4 vezes maiores em relação às não-vítimas.<sup>9</sup>

A vitimização sexual na infância associou-se ao desenvolvimento de impulsividade, depressão, PSPT, PPAS, perturbação de personalidade paranóide, PPB, vergonha, culpa e raiva.<sup>5</sup>

De acordo com o estudo de Canha,<sup>15</sup> nas crianças vítimas de abuso sexual, o sentimento de rejeição social foi significativamente mais frequente comparando com os outros tipos de maus-tratos e, entre as crianças maltratadas, todas as que evidenciaram sentimento de vergonha, independentemente do sexo, tinham história de abuso sexual.

Entre as adolescentes sexualmente abusadas quando eram crianças, a depressão foi comum (60% *versus* 38% no grupo de comparação), assim como a solidão (23% *versus* 13% no grupo de comparação).<sup>53</sup>

Pessoas com história de vitimização sexual infantil apresentaram taxas significativamente maiores de depressão e ansiedade do que aquelas que não foram vítimas, sendo a prevalência destes resultados negativos maior entre aquelas que relataram abuso sexual com penetração.<sup>22</sup>

A exposição ao ASI foi associada a taxas aumentadas de depressão, perturbações de ansiedade, PSPT e diminuição da autoestima.<sup>21</sup> Os expostos ao abuso sexual grave tiveram um número de problemas quase 2,5 vezes superior em comparação com os não-expostos.<sup>21</sup>

Para mulheres e homens abusados sexualmente na infância observaram-se níveis mais elevados de sofrimento psicológico.<sup>26</sup> Especificamente, as mulheres eram 1,94 vezes e os homens eram 2,91 vezes mais propensos a reportar sofrimento psicológico.<sup>26</sup> Além disso, a associação entre o ASI e o sofrimento psicológico na vida adulta foi quase completamente mediado pelos efeitos do ASI na hipersexualidade, vitimização na história sexual posterior e problemas sexuais.<sup>26</sup>

O estudo de Bernard-Bonnin *et al.*<sup>35</sup> revelou uma taxa de prevalência de 46,3% para PSPT numa amostra de meninas vítimas de abuso sexual. Em meninas que não foram abusadas sexualmente, a taxa de prevalência de PSPT foi de 18,5%.<sup>35</sup> As meninas vitimizadas, além de terem exibido maiores taxas de PSPT, também apresentaram maiores níveis de desesperança.<sup>35</sup>

As crianças sexualmente abusadas tiveram mais problemas de saúde mental no primeiro ano do que 2 anos depois do abuso, e entre os problemas mais prevalentes foram encontradas a PSPT, a depressão e a ansiedade, além do isolamento.<sup>33</sup>

Cutajar *et al.*<sup>32</sup> obtiveram várias conclusões relativas à associação entre a história de ASI e um conjunto de problemas de saúde mental na vida adulta: existe uma relação moderada a forte com sintomas depressivos bem como uma forte relação com PSPT; parece existir uma relação com sintomas psicóticos e uma forte evidência de risco para perturbações de personalidade, sendo mais frequente a PPB no sexo feminino e a PPAS no sexo masculino; antecedentes de ASI são 1,3 a 4,3 vezes superiores em indivíduos com perturbações de ansiedade; o ASI contribui para 13,1% da psicopatologia na vida adulta. Ainda, quando se estudaram separadamente homens e mulheres, a associação entre a vitimização sexual infantil e as perturbações afetivas apenas se verificou nas mulheres, o que, acrescentam os investigadores, pode ser explicado pela diferente forma como ambos os sexos lidam com o abuso ou pelo facto de as vítimas femininas terem maior tendência para manifestar o sofrimento sob a forma de depressão.<sup>32</sup>

No estudo de Aaron *et al.*<sup>54</sup> as mulheres vitimizadas sexualmente na infância desenvolveram ansiedade, depressão e PSPT.

Os homens que foram abusados sexualmente durante a infância mostraram ter maior risco de depressão, PSPT, perturbações de personalidade, isolamento e autculpa.<sup>42</sup>

### **1.6.2 Problemas comportamentais**

Há evidências fortes de que os sobreviventes de ASI correm risco significativo de uma ampla gama de problemas comportamentais.

### **1.6.2.1 Perpetuação do abuso**

Indivíduos que, em crianças, tenham sido alvo de abuso sexual, apresentam maior probabilidade de vir a tornar-se abusadores na idade adulta,<sup>7,36,38</sup> especialmente se tiverem sido abusados por um familiar.<sup>36,38</sup>

### **1.6.2.2 Consumo de substâncias**

Numerosos estudos têm ligado o consumo de substâncias, como álcool, tabaco ou drogas ao ASI.<sup>5,7,9,10,16,21,22,24,26,27,32,42,43,50,52,53</sup>

O tabagismo, o consumo de álcool ou o uso de drogas podem servir, consciente ou inconscientemente, de conforto emocional<sup>53</sup> e como estratégias de *coping* na presença de *stress* resultante da exposição ao ASI.<sup>10,24</sup> Se esses comportamentos forem assumidos como soluções efetivas, podem tornar-se crônicos e afetar a saúde na idade adulta.<sup>24</sup>

### **1.6.2.3 Agressividade e déficit de atenção**

Os sobreviventes de ASI correm risco significativo de agressividade,<sup>7,42</sup> existindo uma ligação entre o ASI e os comportamentos violentos, incluindo a utilização de armas ou a participação em lutas, que são mais frequentemente exibidos pelos sobreviventes masculinos e que têm como objetivo aliviar o *stress* resultante da experiência traumática.<sup>10</sup> Por outro lado, particularmente as vítimas do sexo feminino, tendem a evidenciar sintomas da perturbação de hiperatividade com déficit de atenção como resultado do abuso sexual.<sup>10</sup> Sumner *et al.*<sup>43</sup> no seu estudo realizado apenas com vítimas de ASI do sexo masculino, corroboraram estes achados, demonstrando um maior número de atitudes violentas entre os indivíduos. Também Canha<sup>15</sup> encontrou durante a avaliação da evolução do comportamento das 104 crianças maltratadas, que a maioria das que revelavam agressividade tinham sido vítimas de abuso sexual.

Num estudo que abrangeu 20 crianças com idades entre os 5 e os 16 anos, foram identificados mais problemas comportamentais nas crianças abusadas sexualmente, como problemas de atenção e agressividade, comparativamente às não-abusadas.<sup>33</sup>

#### **1.6.2.4 Comportamentos sexuais de risco**

As vítimas de ASI apresentam uma vulnerabilidade marcada a alterações comportamentais, particularmente as relacionadas à conduta sexual,<sup>11,15</sup> existindo evidência abundante de que a experiência do ASI, em particular o abuso sexual com penetração, aumenta significativamente o risco de comportamentos sexuais de alto risco.<sup>6</sup> Estes incluem, por exemplo, o envolvimento em relações sexuais desprotegidas<sup>5-7,24,52,54</sup> e/ou com múltiplos parceiros.<sup>6,7,21,24,52</sup>

Vários estudos mostraram que adultos que experienciaram ASI têm maior probabilidade de disfunções sexuais<sup>7</sup> e infeções sexualmente transmissíveis,<sup>5,6,24,43</sup> e que a vitimização sexual na infância está associada a uma idade mais precoce de início da atividade sexual<sup>6,7,21,24,31,52</sup> e a mais gravidezes não planeadas.<sup>6,21</sup>

Luo, Parish e Laumann<sup>26</sup> constataram que o ASI se associa a consequências múltiplas, que incluem hipersexualidade com altos níveis de masturbação, pensamentos continuados sobre sexo, maior variedade de práticas sexuais e número de parceiros (as), atos sexuais indesejados, assédio sexual, infeções sexualmente transmissíveis e disfunções sexuais.

Holmberg e Hellberg,<sup>53</sup> contrariamente aos estudos anteriormente mencionados, verificaram que entre as adolescentes vítimas de ASI, o número de parceiros sexuais não aumentou, um histórico de gravidez foi mais frequente mas o resultado não foi estatisticamente significativo e, as infeções sexualmente transmissíveis, bem como a idade média na primeira relação sexual não diferiram entre as adolescentes abusadas na infância e as não-abusadas.

### **1.6.3 Problemas físicos**

O ASI associa-se ao aumento dos contactos médicos/hospitalares para problemas de saúde física.<sup>21</sup> Aqueles que sofrem ASI correm maior risco de sintomas gastrointestinais,<sup>54</sup> genitourinários,<sup>26,54</sup> ginecológicos, cardiopulmonares,<sup>54</sup> dor pélvica,<sup>7,54</sup> perturbações alimentares,<sup>5,7,22,32,50,52</sup> obesidade,<sup>10,54</sup> dor generalizada, cancro, doenças cardíacas, cefaleias,<sup>54</sup> problemas de sono<sup>5,24,53</sup> e anorexia.<sup>53</sup>

Salientando os problemas de sono, Canha<sup>15</sup> identificou no seu estudo alterações do sono muito frequentes em 4 das 15 crianças vítimas de abuso sexual, que se manifestavam sob a forma de pesadelos, terrores noturnos e insónias.

### **1.6.4 Revitimização**

As vítimas de ASI são vulneráveis à revitimização sexual posterior,<sup>5-7,54</sup> sendo esta vulnerabilidade maior nas vítimas de abuso sexual grave e quando existe concomitantemente abuso físico.<sup>6</sup>

Um estudo na Nova Zelândia desenvolvido com 2855 mulheres concluiu que as mulheres que relataram ASI foram 2 vezes mais propensas a sofrer abuso sexual ou físico por parte de parceiros íntimos e 3,5 vezes mais propensas a sofrer abuso sexual ou físico por um não-parceiro ao longo da vida.<sup>31</sup>



# CAPÍTULO 2 – ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO

## 2.1 Definição de comportamento suicidário

O CS inclui o suicídio, as tentativas de suicídio não-fatais e a ideação suicida.<sup>55</sup> Os autores distinguem entre estas três categorias principais: a ideia suicida inclui qualquer pensamento autorrelatado de se matar; a tentativa de suicídio é um ato autoinfligido não-fatal, onde o indivíduo tem alguma intenção de morrer e onde existe o potencial de lesão; o suicídio é um ato destrutivo autoinfligido fatal com intenção explícita ou implícita de morrer.<sup>55</sup>

Utilizando as definições do *Centers for Disease Control and Prevention*<sup>56</sup> dos Estados Unidos da América, o suicídio é definido como a morte causada por um comportamento fatal, destrutivo, autodirigido, em que existe intenção de morrer como resultado desse comportamento; a tentativa de suicídio é compreendida como um comportamento não-fatal, potencialmente destrutivo, autodirigido, em que existe intenção de morrer como resultado desse comportamento; e a ideação suicida corresponde ao pensar, ao considerar ou ao planejar o suicídio.

O CS segue habitualmente uma progressão da ideação suicida, através de tentativas de suicídio, para o suicídio.<sup>44</sup>

## 2.2 Perspetiva da relação

O ASI é um forte preditor de CS posterior, incluindo ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio.<sup>5,7,9,10,16,18,19,21,22,24,26-30,40,42-44,49-53,57-68</sup>

As vítimas de ASI têm um risco 2 a 3 vezes maior de ideação suicida e um risco 3 a 4 vezes maior de tentativas de suicídio do que as não-vítimas.<sup>52</sup>

Brown *et al.*<sup>24</sup> verificaram que as taxas de ideação suicida eram 2 vezes superiores entre as crianças expostas ao abuso sexual em relação às não-expostas. O estudo realizado por O'Leary e Gould,<sup>42</sup> por sua vez, concluiu que os homens australianos abusados sexualmente na infância eram até 10 vezes mais propensos a relatar ideação suicida do que os homens não-abusados de uma amostra comunitária comparativa.

Holmberg e Hellberg<sup>53</sup> concluíram que 60% das adolescentes vítimas de ASI, quase 2 vezes mais do que no grupo de comparação, consideraram o suicídio em algum momento da sua vida.

Brezo *et al.*<sup>19</sup> estimaram a prevalência de ideação suicida e tentativas de suicídio em 49,6% e 14,8%, respectivamente, entre os sobreviventes de ASI, acrescentando que os jovens adultos que experienciaram ASI tiveram um risco 5 a 14 vezes maior de tentativas de suicídio.

### **2.3 Fatores mediadores**

O ASI pode ser uma variável independente que aumenta diretamente o risco de CS<sup>22,29,50,58,61</sup> ou pode funcionar como uma causa indireta a conferir risco adicional para esse comportamento.<sup>50,58,61</sup>

Fatores biológicos, psicológicos e sociais adicionais podem contribuir para aumentar o risco de resultados negativos entre os sobreviventes de ASI.<sup>7</sup> Maniglio<sup>58</sup> vai mais longe e refere que determinadas variáveis biológicas, psicológicas e sociais podem agir de forma independente ou interagir com o ASI para promover o CS entre as vítimas abusadas. O autor nomeou algumas dessas variáveis: hipoatividade da serotonina e genes associados, formas co-ocorrentes de maus-tratos infantis, características da personalidade disfuncionais, perturbações psiquiátricas, abuso de substâncias, história familiar de CS, psicopatologia parental, abuso de substâncias pelos pais e conflito ou disfunção familiar.<sup>58</sup>

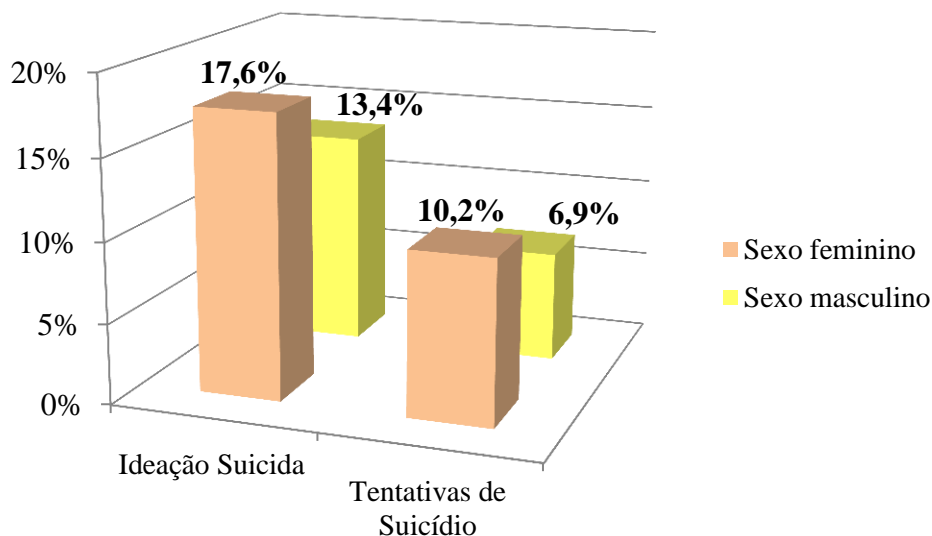
Reconhecendo que as experiências de ASI não são todas iguais, é pertinente examinar os fatores mediadores – protetores e de risco – que contribuem para as diferenças no ajuste dos indivíduos após a vitimização. A identificação destes fatores que influenciam a suscetibilidade individual para o CS, permite estimar, de uma forma geral, o grau de risco para esse comportamento.

## 2.3.1 Fatores individuais

### 2.3.1.1 Fatores sociodemográficos

#### 2.3.1.1.1 Sexo

Comparando os sexos, Sigfusdottir *et al.*<sup>63</sup> constataram efeitos mais fortes do ASI sobre o CS no sexo feminino do que no masculino. Outro estudo mostrou resultados concordantes (**Gráfico 5**).



**Gráfico 5** – Influência do sexo na ideação suicida e nas tentativas de suicídio em vítimas de ASI (adaptado de Sigfusdottir *et al.*, 2013)<sup>49</sup>.

Li, Ahmed e Zabin<sup>22</sup> confirmaram parte destes achados, constatando que as mulheres com história de ASI são mais propensas a relatar ideação suicida relativamente aos homens com a mesma história.

Hornor<sup>10</sup> chegou a resultados distintos, tendo concluído que os homens abusados sexualmente na infância apresentaram maior risco de tentativas de suicídio e de suicídio.

No que lhe diz respeito, Bedi *et al.*<sup>18</sup> observaram que a prevalência de CS ao longo da vida foi semelhante para mulheres e homens, respectivamente, para ideação suicida (30% *versus* 34%) e tentativas de suicídio (6% para ambos). Além disso, eles concluíram que mulheres com história de ASI tentaram o suicídio pela primeira vez, em média, mais de 5 anos antes do que os homens com história semelhante (mulheres aos 18,5 anos *versus* homens aos 23,9 anos).<sup>18</sup> Fergusson, Boden e Horwood<sup>9</sup> encontraram achados semelhantes, uma vez que não verificaram diferenças entre os sexos na associação entre ASI e tentativas de suicídio.

#### **2.3.1.1.2 Normas de género**

Easton, Renner e O'Leary<sup>44</sup> constataram que os homens abusados sexualmente na infância cujas respostas às normas tradicionais masculinas atenderam aos critérios de alta conformidade, foram mais propensos a relatar tentativas de suicídio do que aqueles que não cumpriram os critérios de alta conformidade com as normas de género. Os investigadores esclarecem que, embora muitos homens com histórias de vitimização sexual na infância estejam num conflito interior e lutem com questões de autculpa, raiva e vergonha, aqueles que aderem a rígidas normas de género podem restringir a sua expressão emocional e recusar-se a discutir os seus sentimentos com outras pessoas.<sup>44</sup> Os profissionais de saúde podem ajudar os homens a desconstruir essas normas e a compreender como as mesmas podem prejudicar a sua saúde mental ou a recuperação do ASI.<sup>44</sup> Esse achado é consistente com o estudo de O'Leary e Gould,<sup>42</sup> que observaram que homens vítimas de ASI com alta conformidade com as normas de género são mais propensos a ideação suicida.

### **2.3.1.1.3 Idade**

Easton e Renner<sup>57</sup> descobriram que a idade mais avançada das vítimas se associa à diminuição da probabilidade de ideação suicida. Brabant, Hébert e Chagnon<sup>28</sup> corroboraram este achado, mostrando que a possibilidade de ter ideação suicida diminui com a idade crescente das vítimas de ASI.

### **2.3.1.1.4 Condição profissional/Nível de escolaridade/Estado civil**

Ter um emprego com um bom salário, possuir um maior nível de escolaridade e estar num relacionamento íntimo, foram associados a uma maior satisfação com a vida futura em sobreviventes de ASI, tendo o último fator o maior contributo para essa satisfação.<sup>45</sup>

Nesta linha de raciocínio, Easton e Renner<sup>57</sup> constataram que os homens abusados sexualmente na infância que coabitam com uma parceira por um longo período de tempo podem sentir-se mais estáveis e protegidos emocionalmente à medida que o relacionamento se mantém, estando esta situação relacionada com uma menor probabilidade de ideação suicida. O estudo de O'Leary e Gould<sup>42</sup> obteve achados concordantes, tendo os investigadores concluído que os homens com histórias de ASI que não se sentem capazes de construir ou manter relacionamentos íntimos satisfatórios, são mais propensos a ideação suicida.

### **2.3.1.2 Fatores biológicos**

Estudos neurobiológicos e de ambiente genético têm investigado os caminhos biológicos do ASI para o CS.

A experiência do ASI sensibiliza as vítimas para os efeitos de *stressores* psicossociais e ambientais posteriores, através de alterações substanciais no sistema de resposta ao *stress* neurobiológico e, especificamente, no funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, aumentando assim o risco de tentativas de suicídio e de suicídio em vítimas de ASI.<sup>5,61,65</sup>

Um dos promotores mais estudados em relação ao *stress* é o gene recetor nuclear da subfamília 3 grupo C membro 1, que codifica o recetor de glucocorticóides.<sup>65</sup> Em amostras de hipocampo obtidas de 24 vítimas de suicídio que sofreram ASI, descobriu-se que o gene recetor nuclear da subfamília 3 grupo C membro 1 estava hipermetilado, ou seja, a sua expressão estava diminuída, havendo uma menor expressão do recetor de glucocorticóides e desregulação da função hipotálamo-hipófise-adrenal nessas vítimas.<sup>65</sup>

Num estudo desenvolvido com 813 indivíduos que tentaram o suicídio, os achados mostraram que o polimorfismo Val66Met do gene do fator neurotrófico derivado do cérebro moderou a relação entre ASI e tentativas de suicídio violentas na idade adulta.<sup>66</sup> Os pesquisadores sugerem que o ASI, sobretudo se grave, provoca modificações estruturais cerebrais através da disfunção do gene do fator neurotrófico derivado do cérebro, que desempenha um papel relevante no crescimento de neurónios serotoninérgicos e nas atividades serotoninérgicas durante a infância, aumentando, desta forma, o risco de CS violento na idade adulta.<sup>66</sup>

O polimorfismo Val158Met do gene catecol-O-metiltransferase influenciou positivamente a associação entre ASI e raiva na idade adulta.<sup>67</sup> Esses achados foram encontrados na avaliação de 875 indivíduos que tentaram o suicídio.<sup>67</sup>

No estudo conduzido por Guillaume *et al.*,<sup>68</sup> os investigadores descobriram que o ASI interage com os polimorfismos do gene recetor 1 da hormona libertadora da corticotropina, um gene regulador de *stress* que pode estar subjacente ao aumento da vulnerabilidade em relação ao CS, contribuindo para a tomada de decisões prejudiciais na idade adulta numa amostra de indivíduos que tentaram o suicídio.

### 2.3.1.3 Perturbações psiquiátricas resultantes do abuso

O ASI é um fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologia e, a presença desta, pode mediar a ligação entre o ASI e o CS.<sup>50</sup>

Brabant, Hébert e Chagnon<sup>28</sup> desenvolveram um estudo com 52 adolescentes do sexo feminino sobreviventes de ASI e concluíram que os sintomas depressivos, bem como os sintomas de PSPT associados ao abuso sexual, eram preditores significativos de ideação suicida. Especificando, as participantes que experienciaram PSPT foram 2,8 vezes mais propensas a relatar ideação suicida, pelo que esta perturbação psiquiátrica foi um preditor mais forte de ideação suicida do que a depressão.<sup>28</sup> Ainda, os investigadores identificaram que os sintomas de PSPT continuaram a ser um preditor significativo de ideação suicida mesmo quando controlaram a sintomatologia depressiva e a presença de uma tentativa de suicídio anterior.<sup>28</sup>

Bedi *et al.*<sup>18</sup> descobriram que a depressão e a PSPT medeiam parcialmente a relação entre a experiência de ASI e o CS, já que após controlo dessas perturbações psiquiátricas se observou um risco persistente, ainda que de magnitude um pouco menor, para ideação suicida e tentativas de suicídio em ambos os sexos.

As vítimas de ASI que sofreram de PSPT, depressão, PPAS, PPB e perturbação de personalidade paranóide tiveram um risco aumentado de CS.<sup>5</sup>

Pessoas com história de vitimização sexual infantil e que desenvolveram depressão e ansiedade foram mais propensas ao CS.<sup>22</sup>

Nos homens vitimizados sexualmente na infância, os sintomas depressivos aumentaram a probabilidade de tentativas de suicídio e aqueles que relataram ter ideação suicida mais frequentemente também apresentaram um maior número de tentativas de suicídio.<sup>44</sup> Perante estes resultados, os investigadores defendem que é imperativo que os

homens vítimas de ASI que exibam sintomas depressivos sejam cuidadosamente avaliados, tanto para ideação suicida quanto para tentativas de suicídio.<sup>44</sup>

Na revisão de Pérez-González e Pereda,<sup>52</sup> entre as variáveis que medeiam a experiência de ASI e CS, confirmou-se o alto risco associado à presença de depressão, perturbações de ansiedade e PSPT.

Lopez-Castroman *et al.*<sup>30</sup> identificaram que as perturbações de personalidade, sobretudo a PPB, se correlacionavam com um maior número de tentativas de suicídio ao longo da vida entre as vítimas de ASI.

Este estudo revelou que as vítimas de ASI com maior risco de experienciar ideação suicida (100%) apresentaram depressão moderada a grave ou grave, juntamente com um nível moderado ou grave de desesperança.<sup>51</sup> Todavia, aquelas com depressão grave, independentemente do seu nível de desesperança, também relataram ideação suicida.<sup>51</sup> Naquelas sem depressão ou com depressão leve a moderada e que apresentaram concomitantemente PSPT relacionado ao abuso sexual, verificou-se um elevado risco de ideação suicida (73%).<sup>51</sup> As adolescentes vitimizadas com depressão e desesperança pouco graves, em combinação com a ausência de PSPT, mostraram uma menor probabilidade de ideação suicida (14%).<sup>51</sup>

#### **2.3.1.4 Sequelas psicológicas resultantes do abuso e características da personalidade**

O ASI pode aumentar a **impulsividade** e essa impulsividade pode mediar a relação entre o ASI e o CS.<sup>5,50</sup> Braquehais *et al.*<sup>5</sup> citam que a impulsividade está associada à incapacidade do cérebro para inibir algumas ações negativas, caracterizando-se por uma resposta imediata e não planeada aos estímulos internos e externos, com pouca consideração por consequências negativas. O estudo realizado por Daray *et al.*<sup>29</sup> chegou a três conclusões



importantes que contrapõem os 2 estudos anteriores: a vitimização sexual na infância não se associou significativamente a maior impulsividade; não houve evidência de que a impulsividade tenha desempenhado um papel na relação entre ASI e tentativas de suicídio; o ASI e a impulsividade foram independentemente associados a mais tentativas de suicídio ao longo da vida entre vítimas do sexo feminino com ideação suicida ativa ou tentativa de suicídio recente. Lopez-Castroman *et al.*<sup>30</sup> não identificaram maiores níveis de impulsividade entre os indivíduos que tentaram o suicídio e que foram abusados sexualmente na infância.

Stewart *et al.*<sup>61</sup> relataram que uma maior **desinibição comportamental**, explicada como uma faceta da impulsividade em que os indivíduos atuam sem pensar nas consequências, estava relacionada ao aumento da probabilidade de tentativas de suicídio exclusivamente entre adolescentes com história de ASI. Pormenorizando, entre estes adolescentes, aqueles com altos níveis de desinibição comportamental mostraram um aumento de 8 vezes na probabilidade de registrar pelo menos uma tentativa de suicídio ao longo da vida em comparação com aqueles com níveis baixos.<sup>61</sup> Por outras palavras, o ASI e a desinibição comportamental podem atuar conjuntamente para potenciar o risco elevado de tentativas de suicídio, ainda que os mecanismos que conduzem a esse efeito não tivessem sido explicitamente explorados.<sup>61</sup>

Brezo *et al.*<sup>19</sup> constataram uma associação positiva entre **agressividade** consequente ao ASI e tentativas de suicídio. O'Leary e Gould<sup>42</sup> confirmaram estes achados, observando que, entre os homens que foram abusados sexualmente na infância e que relataram ideação suicida, um dos fatores que mediou a relação entre essas variáveis foi a agressividade. Lopez-Castroman *et al.*<sup>30</sup> discordaram destes achados, não tendo identificado maiores níveis de agressividade entre os indivíduos com história de ASI que tentaram o suicídio.

Sigfusdottir *et al.*<sup>49</sup> verificaram que o **humor deprimido** e a **raiva** mediaram a relação entre ASI e tentativas de suicídio. No entanto, ao testar as vias mediadoras entre o ASI e

ideação suicida, apenas o humor deprimido se revelou um mediador significativo.<sup>49</sup> Além disso, os mesmos autores apuraram que o humor deprimido relacionado ao ASI era mais fortemente associado a ideação suicida do que a tentativas de suicídio, enquanto que a raiva era mais fortemente associada a tentativas de suicídio do que a ideação suicida, tanto em homens como em mulheres.<sup>49</sup> Estas descobertas salientam a importância de incluir um foco na raiva e não apenas no humor deprimido, em esforços de intervenção terapêutica.<sup>49</sup> Sigfusdottir *et al.*<sup>63</sup> também encontraram um efeito forte do ASI sobre o CS, parcialmente mediado pela raiva e pelo humor deprimido.

O'Leary e Gould<sup>42</sup> encontraram correlações positivas entre várias medidas de **isolamento** (sentir-se isolado e sozinho, não se adequar aos outros, ter dificuldade em confiar nas pessoas) e ideação suicida nos homens com histórias de ASI.

Nesta revisão, os investigadores descobriram que um dos sintomas mais prevalentes nas vítimas de ASI que estava relacionado com o risco de suicídio era o sentimento de **culpa**.<sup>52</sup> O'Leary e Gould<sup>42</sup> corroboraram estes achados, observando que, entre os homens que foram abusados sexualmente na infância e que relataram ideação suicida, um dos fatores que mediou a relação entre essas variáveis foi a autculpa.

Whitelock, Lamb e Rentfrow<sup>45</sup> investigaram a **resiliência** e a **prosperidade**, avaliadas com classificações de satisfação com a vida, em 47.869 sobreviventes de ASI. Os resultados obtidos mostraram que o bem-estar subjetivo e a satisfação com a vida futura estavam associados a uma maior extroversão, afabilidade e conscienciosidade, bem como a menor abertura à experiência e menor neuroticismo.<sup>45</sup> Particularizando a conscienciosidade, que estava fortemente relacionada à satisfação com a vida, os autores salientam que os sobreviventes de ASI com essa característica tendem a estabelecer metas de recuperação mais elevadas, com o objetivo de superar completamente o trauma, enfrentando melhor a

experiência abusiva.<sup>45</sup> Estas descobertas sugerem claramente que os resultados positivos após o ASI não são apenas possíveis, mas podem ser comuns.<sup>45</sup>

Para Cha e Nock,<sup>59</sup> a **inteligência emocional** corresponde a uma construção multidimensional que traduz a capacidade de raciocinar sobre as emoções e de as usar para orientar o raciocínio e o comportamento. No seu estudo, os investigadores verificaram que a inteligência emocional dos adolescentes moderou a relação entre o ASI e ideação suicida e tentativas de suicídio (**Tabela 5**).<sup>59</sup>

**Tabela 5** – Relação entre o ASI e ideação suicida/tentativas de suicídio consoante o grau de inteligência emocional (adaptado de Cha e Nock, 2009)<sup>59</sup>.

<b>INTELIGÊNCIA EMOCIONAL</b>	<b>RELAÇÃO ENTRE O ASI E IDEAÇÃO SUICIDA/TENTATIVAS DE SUICÍDIO</b>
Baixa	Forte relação
Média	Relação moderada (mais fraca)
Elevada	Nenhuma relação significativa

Este estudo fornece evidências de que inteligência emocional é um fator protetor para ideação suicida e tentativas de suicídio e sublinha a importância das competências relacionadas com a compreensão e gestão de emoções na prevenção do CS.<sup>59</sup>

Nesta revisão, um dos sintomas mais prevalentes nas vítimas de ASI que estava relacionado com o risco de suicídio era a baixa **autoestima**.<sup>52</sup> Outro estudo comprovou este achado, indicando que os indivíduos abusados sexualmente na infância com níveis mais baixos de autoestima relataram ideação suicida e tentativas de suicídio, tendo esta mostrado ser um fator moderador da associação entre a vitimização sexual na infância e o CS.<sup>27</sup>

Níveis mais elevados de **desesperança** presentes em crianças abusadas sexualmente mostraram ser um forte preditor de PSPT.<sup>35</sup> Noutros estudos, a desesperança foi um mediador significativo entre a história de ASI e o CS.<sup>51,52,63</sup> Brabant, Hébert e Chagnon<sup>51</sup> constataram

que a mera presença de um nível leve de desesperança se relacionava a um risco aumentado de experienciar ideação suicida, mesmo quando controlada a depressão, pelo que é fundamental a sua identificação em vítimas de ASI.

#### **2.3.1.5 Consumo de substâncias resultante do abuso**

O abuso de substâncias é uma das consequências do ASI e um importante fator de risco para o CS.<sup>52</sup>

O'Leary e Gould<sup>42</sup> descobriram que entre os homens abusados sexualmente na infância que relataram ideação suicida, o abuso de álcool e o abuso de drogas foram encontrados enquanto fatores mediadores dessa relação.

Sendo geralmente aceite que o ASI e o consumo de álcool e drogas coexistem comumente e, tendo em conta os efeitos orgânicos que estas substâncias podem causar nos indivíduos, é frequente que predisponham ao CS.

### **2.3.2 Fatores familiares**

#### **2.3.2.1 História familiar de comportamento suicidário**

Brodsky *et al.*<sup>40</sup> conduziram um estudo de Maio de 1997 a Fevereiro de 2004, avaliando 507 descendentes de 271 pais com depressão. Os resultados mostraram que o ASI nos pais foi relacionado a uma maior probabilidade de os mesmos terem feito pelo menos uma tentativa de suicídio na vida, terem PSPT concomitante, terem níveis aumentados de impulsividade, hostilidade e agressividade ao longo da vida e terem depressão numa idade precoce, em comparação com os pais sem história de ASI.<sup>40</sup> Além disto, o ASI dos pais foi correlacionado com tentativas de suicídio, PSPT, idade significativamente mais precoce no início de depressão, níveis mais elevados de impulsividade e maior probabilidade de ASI nos filhos, tendo este sido raramente perpetrado pelos pais afetados.<sup>40</sup> Exemplificando, os filhos

de pais que relataram uma história de ASI foram 3,2 vezes mais prováveis do que filhos de pais não-abusados a ter tentado pelo menos uma vez o suicídio ao longo da vida; foram 2,9 vezes mais propensos a reportar uma história pessoal de abuso sexual; foram 3,8 vezes mais propensos a atender aos critérios de PSPT; e foram na maior parte dos casos submetidos a abuso extrafamiliar.<sup>40</sup> Perante estes dados, os autores concluíram que a transmissão do risco de CS entre gerações está relacionada à transmissão familiar do abuso sexual e impulsividade, isto é, o ASI dos filhos e a impulsividade dos filhos, transmitidos familiarmente, foram ambos mediadores da relação entre o abuso sexual nos pais e o risco de tentativas de suicídio nos filhos.<sup>40</sup> Assim, concluíram que o abuso sexual não é diretamente transmitido pela vítima para a próxima geração, mas pode estar relacionado à dinâmica familiar resultante do mesmo.<sup>40</sup>

Num estudo desenvolvido com 496 indivíduos que tentaram o suicídio, todos com mais de 18 anos, os indivíduos com história familiar de CS e história pessoal de ASI apresentaram maiores níveis de impulsividade.<sup>62</sup> Em relação à idade na primeira tentativa de suicídio, indivíduos com história familiar de CS e história pessoal de ASI foram 4 vezes mais propensos a fazer tentativas de suicídio precoces, comparativamente aos indivíduos com nenhum desses fatores de risco.<sup>62</sup> O número de tentativas não foi significativamente associado à combinação de história familiar de CS e história pessoal de abuso sexual, contudo, a história pessoal de abuso sexual, em oposição à história familiar de CS isolada, mostrou uma maior probabilidade de aumentar o número de tentativas.<sup>62</sup>

### **2.3.2.2 Características da família**

O impacto do ASI pode ser atenuado por fatores como o bom funcionamento da família,<sup>39</sup> pelo que crianças abusadas sexualmente que pertencem a famílias divorciadas ou separadas apresentam maior incidência de problemas.<sup>33</sup>

No seguimento destas considerações, Bernard-Bonnin *et al.*<sup>35</sup> relataram que as crianças sexualmente abusadas que também testemunharam violência física interparental exibiram maiores pontuações de PSPT. Sigfusdottir *et al.*<sup>63</sup> mostraram que a disfunção e o conflito familiares, incluindo a violência física em ambiente doméstico, foram associados ao CS em sobreviventes de ASI.

Num estudo conduzido por McClure *et al.*<sup>69</sup> com 177 jovens universitárias que sofreram ASI, uma maior coesão familiar foi associada a maior resiliência e um maior conflito familiar foi associado a resiliência reduzida. Por outras palavras, o funcionamento familiar exerceu uma influência significativa no ajuste a longo prazo de vítimas de ASI, sobretudo em relação ao que elas sentem sobre si mesmas, a sua capacidade de estabelecer e manter relações saudáveis e significativas com os outros e a sua competência na gestão da vida diária.<sup>69</sup> Especificando, a coesão familiar foi significativamente associada a relações positivas com os outros, sendo este resultado muito animador porque o ASI é uma experiência que pode afetar a capacidade de confiar nos outros.<sup>69</sup> Foi encontrada uma associação forte entre a coesão familiar e o senso de competência, porque uma vez que a coesão envolve apoio e afirmações positivas, essas características contribuem positivamente para enfrentar os desafios da vida.<sup>69</sup> O conflito familiar foi negativamente relacionado à autoaceitação e ao senso de competência, e os investigadores justificam que em famílias caracterizadas por discórdia, disputa, desavenças, crítica e contenção, a desaprovação e a depreciação são experiências comuns, realçando que nesses ambientes familiares é altamente improvável o fornecimento de estratégias saudáveis de resolução de problemas da vida diária.<sup>69</sup> De uma forma global, as características familiares mostraram ser muito influentes na determinação da resiliência entre as sobreviventes de ASI.<sup>69</sup>

A literatura sobre a relação entre o divórcio dos pais e o CS é mista.<sup>57,64</sup> Afifi *et al.*<sup>64</sup> descobriram que o abuso infantil, como o abuso sexual, se acompanhado do divórcio dos pais,

aumenta o risco de tentativas de suicídio. Por sua vez, Easton e Renner<sup>57</sup> numa amostra de 487 homens com idades entre os 19 e os 84 anos com história de ASI, concluíram que aqueles que relataram o divórcio dos pais durante a sua infância tinham menor risco de ideação suicida. Os investigadores argumentam que, em alguns casos, é possível que a separação dos pais tenha levado à remoção do agressor do agregado familiar, criando assim um ambiente familiar de melhor funcionamento.<sup>57</sup> É igualmente possível que o divórcio tenha levado à remoção de um pai ou uma mãe que não acreditaram no relato da vítima de abuso sexual.<sup>57</sup>

Segundo o estudo de Whitelock, Lamb e Rentfrow,<sup>45</sup> cada experiência traumática adicional na infância, como o divórcio ou separação dos pais e a morte de membros da família, resultou numa menor satisfação com a vida futura entre os sobreviventes de ASI.

### **2.3.3 Fatores sociais**

O apoio emocional, de uma forma global, influencia o desenvolvimento de sequelas relacionadas ao ASI<sup>10</sup> e pode ser um determinante importante do bom ajuste a longo prazo,<sup>5</sup> havendo numerosos estudos a confirmar esta perspetiva.

O suporte familiar tem sido reconhecido como um grande preditor de adaptação positiva à situação abusiva.<sup>11,39</sup> Godbout *et al.*<sup>70</sup> referem o suporte parental enquanto fator mediador entre o ASI e o impacto do abuso nas vítimas, tendo observado que os sobreviventes de ASI que receberam apoio familiar tiveram menos problemas psicológicos. Bernard-Bonnin *et al.*<sup>35</sup> constataram que as crianças que percebem o elevado apoio dos pais, essencialmente da mãe, estão mais protegidas contra os sintomas de PSPT. Easton e Renner<sup>57</sup> concluíram que os homens que relataram apoio materno após a divulgação da sua vitimização sexual apresentaram um menor risco de ideação suicida. Os investigadores evidenciam que, apesar da grande maioria da amostra do seu estudo incluir adolescentes, é interessante notar

que o apoio materno na infância foi relacionado também à saúde mental dos homens adultos.<sup>57</sup>

Murray, Nguyen e Cohen<sup>4</sup> verificaram que quanto maior é o nível de apoio familiar e dos amigos para com as vítimas de ASI, melhor estas se ajustam em termos psicológicos ao longo da vida, funcionando este apoio como fator de proteção na associação entre o ASI e resultados psicossociais e de saúde negativos. Num estudo conduzido por Musliner e Singer,<sup>71</sup> o apoio de amigos e o suporte parental na idade adulta foram significativamente associados a menores probabilidades de depressão na idade adulta em sobreviventes de ASI que relataram abuso por um não-pai/não-cuidador. Particularizando, entre os sobreviventes do abuso que foi perpetrado por alguém que não fosse um pai ou um cuidador, o apoio dos pais na idade adulta reduziu as probabilidades de depressão em 67% e o apoio de amigos reduziu as probabilidades de depressão em 42%, pelo que os pais de sobreviventes de ASI continuaram a ser uma indispensável fonte de apoio para os filhos até à idade adulta.<sup>71</sup> Por outro lado, entre os sobreviventes que relataram abuso sexual por um pai/cuidador, o apoio emocional não foi um fator protetor contra a depressão na idade adulta, independentemente de quando foi fornecido ou por quem foi fornecido.<sup>71</sup>

O impacto do abuso sexual também pode ser agravado pela falta de apoio dos profissionais de saúde.<sup>39</sup> Havig<sup>72</sup> mostrou que os sobreviventes de ASI se envolviam em comportamentos de saúde mais positivos quando os profissionais de cuidados de saúde forneciam uma atmosfera de abertura, profissionalismo, sensibilidade e preocupação, sem revitimizar, culpar, demitir ou julgar.

Num estudo com 83.731 alunos, Eisenberg, Ackard e Resnick<sup>60</sup> descobriram que, embora os jovens com história de ASI tenham risco aumentado de ideação suicida e tentativas de suicídio comparativamente com outros jovens não-abusados, quando os fatores de proteção – maior ligação à família/apoio familiar, apoio dos professores, apoio de outros adultos e



menor ligação a grupos de pares delinquentes – foram contabilizados, as probabilidades de ideação suicida e tentativas de suicídio foram substancialmente reduzidas, tanto para estudantes do sexo masculino como feminino. A maior ligação à família/apoio familiar foi o mais forte dos quatro fatores de proteção, comprovando que essencialmente este fator pode desempenhar um papel relevante ao prever resultados resilientes entre indivíduos vítimas de abuso sexual.<sup>60</sup>

#### **2.3.4 Fatores relacionados às características da experiência abusiva**

É crucial compreender se a natureza e o grau de exposição ao ASI, por exemplo, a idade precoce de início, a cronicidade, a gravidade do ato abusivo e a relação com o agressor, moderam os resultados entre o ASI e o CS.

O'Leary e Gould<sup>42</sup> relataram que a gravidade do ASI afeta as taxas de ideação suicida. Deste modo, as lesões físicas (contusões e arranhões) resultantes do abuso e um abuso sexual com penetração foram correlacionados com maior ideação suicida.<sup>42</sup>

Fergusson, Boden e Horwood<sup>9</sup> verificaram que o ASI grave, isto é, envolvendo penetração vaginal ou anal, estava associado a maiores taxas de ideação suicida e tentativas de suicídio do que o abuso sexual menos grave.

O abuso sexual repetido, em comparação com um episódio único de abuso, teve uma associação mais forte com tentativas de suicídio.<sup>19</sup> Além disso, comparativamente aos participantes sem história de ASI, aqueles abusados por uma pessoa não relacionada (desconhecido), um membro da família extensa (tio, primo) ou um membro da família imediata (pai, padrasto ou irmão) tiveram probabilidades progressivamente maiores de relatar tentativas de suicídio.<sup>19</sup> Posto isto, Brezo *et al.*<sup>19</sup> concluíram que a identidade do agressor moderou a relação da frequência do abuso sexual e tentativas de suicídio, com as vítimas abusadas por um membro da família imediata a apresentarem maior risco.

Estudantes que relataram ASI por um membro não-familiar tiveram probabilidades de tentativas de suicídio que eram 7,19 vezes maiores do que as identificadas nos estudantes não-abusados.<sup>60</sup> Estudantes que relataram ambas as formas de abuso (intrafamiliar e extrafamiliar) tiveram probabilidades de tentativas de suicídio que eram 21,8 vezes maiores do que as identificadas nos estudantes não-abusados.<sup>60</sup>

No estudo de Easton, Renner e O'Leary<sup>44</sup> duas variáveis foram positivamente relacionadas a tentativas de suicídio entre os homens com história de ASI: o uso da força física pelo agressor durante o abuso sexual e a maior frequência do abuso sexual. Os investigadores defendem que é possível que formas mais severas de ASI (maior frequência do abuso ou o uso da força física) sejam suficientes para uma habituação à dor, resultando em sobreviventes menos temerosos da dor ou mesmo da morte, aumentando, portanto, as tentativas de suicídio.<sup>44</sup>

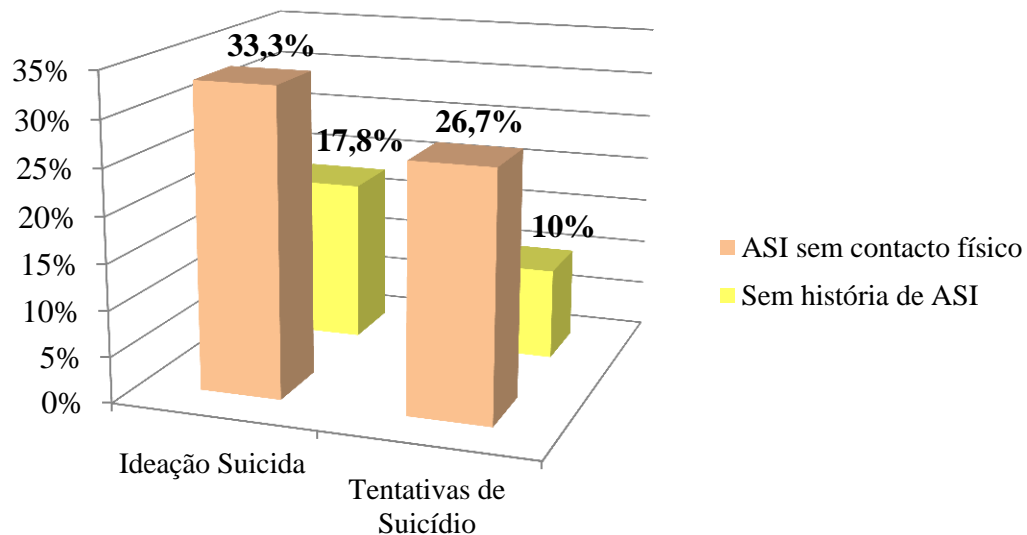
Em indivíduos abusados sexualmente na infância, a maior gravidade da experiência de abuso e a coexistência de abuso físico foram associadas à menor satisfação com a vida futura.<sup>45</sup>

Perroud *et al.*<sup>66</sup> encontraram que a gravidade do abuso sexual se associava não só a um maior número de tentativas de suicídio como também a uma idade mais precoce para o início dessas tentativas.

De acordo com Lopez-Castroman *et al.*,<sup>30</sup> os indivíduos que tentaram o suicídio sofreram ASI por um período mais longo do que os que não apresentaram tentativas de suicídio (40,4 *versus* 16,7 meses). O início precoce do ASI foi associado a mais tentativas de suicídio ao longo da vida, com os indivíduos com menos de 12 anos de idade no início do abuso sexual a relatar maior intenção de tentativas de suicídio do que indivíduos com idade superior a 12 anos.<sup>30</sup> Porém, a idade do início do abuso não foi associada à idade na primeira tentativa de suicídio.<sup>30</sup> Quanto mais grave o ASI, mais cedo ocorreu a primeira tentativa de

suicídio.<sup>30</sup> Da mesma forma, a coexistência de abuso físico foi significativamente associada a um início precoce das tentativas de suicídio.<sup>30</sup>

Lin *et al.*<sup>27</sup> encontraram diferenças nas taxas de ideação suicida e de tentativas de suicídio ao comparar indivíduos que sofreram ASI sem contacto físico e indivíduos que não sofreram ASI (**Gráfico 6**).



**Gráfico 6** – Diferença de taxas de ideação suicida e de tentativas de suicídio em indivíduos com história de ASI sem contacto físico e indivíduos sem história de ASI (adaptado de Lin *et al.*, 2011)<sup>27</sup>.

Outros estudos chegaram a conclusões discrepantes das anteriormente referidas.

O ASI perpetrado por membros da família não foi significativamente associado a ideação suicida.<sup>57</sup>

Os achados da revisão de Maniglio<sup>58</sup> não comprovaram que formas mais graves e traumáticas de abuso sexual, como as que envolvem força física, violência, penetração, maior duração e alta frequência de abuso sexual, aumentam a probabilidade de suicídio em pessoas que foram vitimizadas sexualmente quando eram crianças.

Num estudo que avaliou a contribuição das características do abuso sexual experienciado na infância para a resiliência, a gravidade cumulativa foi associada a maior resiliência, isto é, as jovens universitárias que sofreram um maior número de experiências

abusivas, apresentaram um maior nível de autoaceitação e sentiram-se competentes na gestão da sua vida diária.<sup>69</sup> Todavia, as características relacionadas ao abuso explicaram menos de 3% da variância no bem-estar entre as sobreviventes dessa experiência.<sup>69</sup>

Brabant, Hébert e Chagnon<sup>51</sup> verificaram que as características da experiência de ASI não contribuíram para uma maior taxa de ideação suicida entre as vítimas dessa experiência.

## **2.4 Intervenções terapêuticas em vítimas de abuso sexual na infância**

Tendo em mente a natureza e a dinâmica multifacetada do ASI, é fundamental compreender quais as abordagens de tratamento consideradas mais eficazes pelos profissionais de saúde mental,<sup>73</sup> já que existe uma crescente base de evidências de tratamentos psicoterapêuticos para vítimas de abuso sexual.<sup>4</sup> Apesar disto, é indispensável realçar que nem todas necessitam de intervenções terapêuticas de saúde mental.

A revisão de Holtzhausen, Ross e Perry<sup>73</sup> encontrou altos níveis de eficácia quanto ao uso de terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TCC-FT) no tratamento de PSPT, depressão e sintomas e sequelas psicológicas relacionados ao ASI, havendo uma elevada quantidade de suporte empírico para a TCC-FT e resultados positivos para a mesma. Segundo os investigadores, a TCC-FT fornece psicoterapia e auxilia as vítimas no desenvolvimento de estratégias de *coping* quando são confrontadas com memórias e sentimentos relacionados ao abuso sexual.<sup>73</sup>

Uma revisão que investigou as intervenções terapêuticas disponíveis para vítimas de abuso sexual nos Estados Unidos da América descobriu que a TCC-FT e a terapia cognitivo-comportamental são os tratamentos mais eficazes.<sup>74</sup>

A TCC-FT tem como foco principal os sintomas de PSPT relacionados com o ASI, no entanto, o impacto da TCC-FT sobre ideação suicida e tentativas de suicídio não tem sido investigado detalhadamente.<sup>28</sup> Nessa lógica, Brabant, Hébert e Chagnon<sup>28</sup> e Brabant, Hébert e

Chagnon<sup>51</sup> acrescentam que, em sobreviventes de ASI com ideação suicida ou tentativas de suicídio, a redução destes comportamentos é crucial para garantir a sua segurança, pelo que estes devem ser investigados e tratados antes de abordar o abuso propriamente dito. Uma das intervenções que abordam o CS é a terapia dialético-comportamental.<sup>28,51</sup> Então, Brabant, Hébert e Chagnon<sup>28</sup> e Brabant, Hébert e Chagnon<sup>51</sup> sugerem que uma intervenção abrangente que combine a terapia dialético-comportamental e a TCC-FT pode revelar-se ideal para reduzir ideação suicida e tentativas de suicídio e igualmente para abordar os sintomas e sequelas psicológicas e as perturbações psiquiátricas relacionadas ao abuso sexual experienciado na infância.

Hetzel-Riggin, Brausch e Montgomery<sup>75</sup> incluíram na sua meta-análise 28 estudos, com um total de 1839 crianças abusadas sexualmente, e chegaram a várias conclusões: qualquer forma de tratamento psicoterapêutico foi significativamente mais eficaz do que nenhum tratamento; foi encontrada uma relação positiva entre a duração dos tratamentos e a magnitude do efeito; as crianças mais velhas foram mais sensíveis aos tratamentos, os quais tendem a depender fortemente de competências cognitivas, pelo que pode ser mais fácil para as crianças mais velhas compreendê-los; um maior número de sessões de tratamento foi associado a maior eficácia; melhores resultados foram verificados quando a percentagem de crianças na amostra que sofreu abuso sexual intrafamiliar diminuiu; houve heterogeneidade quanto à eficácia das diversas abordagens terapêuticas analisadas em relação aos problemas apresentados pelas crianças, porém, a terapia cognitivo-comportamental, tanto no formato individual quanto no grupal, obteve eficácia num maior número de problemas, sendo eles a angústia, os problemas comportamentais e o baixo autoconceito.

A revisão de Macdonald *et al.*<sup>39</sup> abrangeu 10 estudos, envolvendo 847 participantes, e confirmou que a terapia cognitivo-comportamental pode ter um impacto positivo nas consequências do ASI, incluindo depressão, PSPT, ansiedade e problemas de comportamento.

É imperativo que os profissionais de saúde mental continuem a expandir o seu conhecimento acerca das modalidades de tratamento para os sobreviventes de ASI, fornecendo-lhes tratamentos cientificamente fundamentados.

## CONCLUSÃO

O ASI tem sido alvo de uma crescente investigação, contudo, mantém taxas de prevalência elevada e continua envolto em segredo, permanecendo como um tipo de mau-trato na infância de difícil notificação e frequentemente subdimensionado.

Associa-se a uma dinâmica muito complexa, em que as vítimas se fecham em dilemas e segredos difíceis de superar, havendo muitas delas que sofrem durante anos em silêncio e algumas que nunca chegam a divulgar a vitimização a que foram submetidas. Este silêncio pode dever-se a diversos motivos, como por exemplo, o medo de consequências negativas para si por parte do agressor; o medo de consequências negativas para a sua família; o medo da discriminação por parte da sua família, amigos e sociedade; o receio quanto à credibilidade do seu testemunho e a ambivalência de sentimentos relacionados ao agressor, que na maioria das vezes é um cuidador.

É fundamental não só investir na deteção de fatores que predispoem à experiência abusiva, como também enfatizar que não são apenas as crianças do sexo feminino ditas normais que sofrem de abusos sexuais. As crianças do sexo masculino e aquelas com deficiências mentais e/ou físicas são igualmente abusadas. Além do mais, é primordial aumentar a consciencialização pública e desmistificar as crenças de que as crianças não são abusadas sexualmente por familiares e que as mulheres não podem ser agressoras.

Entende-se que uma criança sexualmente abusada deixa de ter uma infância dentro da normalidade e passe a viver num sofrimento intenso, que lhe pode causar repercussões limitativas e incapacitantes que podem permanecer ao longo da sua vida, dependendo o desenvolvimento destas, por exemplo, do apoio que lhe é facultado quer na altura do acontecimento traumático, quer após esse período. O ASI torna as vítimas mais vulneráveis a um maior número de sequelas psicológicas, ao desenvolvimento de perturbações

psiquiátricas, à revitimização sexual posterior, ao abuso de substâncias, ao envolvimento em comportamentos sexuais de risco e outros problemas comportamentais. Estes resultados negativos podem afetar futuramente, entre outros aspetos, a vida conjugal, a condição profissional e o nível de saúde física. Há necessidade de salientar que o abuso sexual raramente ocorre de forma isolada e as crianças que sofrem abuso sexual são muitas vezes confrontadas com outros eventos potencialmente traumáticos, como por exemplo, negligência, abuso físico e um contexto familiar disfuncional, com violência doméstica, divórcio dos pais, psicopatologia dos pais, entre outros.

Existe uma associação forte entre o ASI e o CS posterior. A este nível, denota-se uma escassez de evidências dirigida aos fatores de risco e de proteção do CS entre as vítimas de ASI. Entre os estudos analisados ao longo deste artigo de revisão, foi possível compreender que uma variedade de fatores individuais, familiares, sociais, relacionados às características da experiência abusiva e às consequências resultantes desta, podem promover uma adaptação positiva à situação traumática experienciada e uma vida futura normal ou, ao invés, podem interagir com esta e aumentar a probabilidade de CS. Todavia, estes fatores e a forma como podem influenciar o CS não são padronizados, pelo que, entre os vários estudos, alguns resultados foram variáveis e, conseqüentemente, as conclusões não foram unânimes. Como tal, é prioridade em investigações futuras, não só aprofundar os fatores mediadores mencionados ao longo deste artigo de revisão, como aliás seria interessante os próximos estudos focarem-se na investigação de outros fatores que poderão intervir positiva ou negativamente ao longo da vida na predição de ideação suicida, tentativas de suicídio ou suicídio entre os sobreviventes de ASI. Alguns exemplos são: a vergonha, a humilhação e a discriminação social relacionadas ao abuso; a perda laboral/desemprego; a perda financeira/de bens; as crenças religiosas; as estratégias de *coping* adotadas na resolução de problemas; o diagnóstico de uma doença médica crónica/terminal/incapacitante; a separação, o divórcio ou



a ruptura de um relacionamento significativo; uma experiência de luto marcante; a história de perdas precoces significativas; eventuais barreiras no acesso aos serviços de saúde mental; o envolvimento numa atividade desportiva ou religiosa ou outras atividades de prazer; e o contexto familiar, sobretudo a história de perturbações psiquiátricas e problemas relacionados com álcool e/ou drogas. Perante a complexidade relacionada à experiência do ASI e a diversidade de repercussões que cada vítima, individualmente, pode apresentar, a identificação de sobreviventes que podem ser altamente vulneráveis a essas repercussões e a identificação de fatores mediadores – protetores e de risco – que permitam averiguar os sobreviventes que estão em maior risco de ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio, torna-se um processo complicado, mas que permite diminuir as estatísticas preocupantes em relação a esses comportamentos.

Ainda que nem todas as vítimas de ASI necessitem de intervenções terapêuticas, a maioria requer ajuda e acompanhamento, que as beneficie ao longo da sua infância e na idade adulta. Nesse sentido, é imprescindível melhorar o acesso aos recursos de saúde mental e, para isso, pode-se recorrer, por exemplo, a terapias como a TCC-FT, a terapia dialético-comportamental para o CS e a terapia cognitivo-comportamental, que foram documentadas com um suporte empírico elevado enquanto tratamentos estabelecidos para vítimas de ASI. Ainda assim, realço a necessidade de mais estudos que avaliem estritamente a eficácia destas ou de outras intervenções terapêuticas sobre a diminuição do risco de CS nesta população.

Grande parte das controvérsias na literatura, dos resultados divergentes e da inconsistência das conclusões obtidas pode ser um reflexo das diferenças entre os estudos, nomeadamente em questões metodológicas, e essas diferenças e limitações metodológicas geraram dificuldades interpretativas da evidência científica ao longo da pesquisa da temática. Destaco, de forma muito breve, alguns problemas metodológicos observados ao longo da realização deste artigo de revisão:

- A maioria dos estudos analisados são retrospectivos;
- Variedade de definições de ASI;
- Variedade de amostras, com maior ou menor número de participantes, com intervalos de idades variáveis;
- Variedade de métodos/instrumentos de colheita de dados;
- Variedade de fatores de confusão.

Portanto, para investigações futuras enfatizo a importância de uniformizar a definição do ASI bem como da utilização de estudos com um *design* longitudinal, que permitam o acompanhamento das crianças abusadas sexualmente desde o momento do abuso e durante a idade adulta. Só assim será possível identificar os fatores de risco com elevada probabilidade de contribuírem para o CS entre os sobreviventes de ASI, mas igualmente os fatores de proteção através dos quais algumas crianças sexualmente abusadas conseguem uma adaptação positiva ao longo da vida.

Termino este artigo de revisão com palavras de uma vítima de ASI, “não acho que possa ficar curada. Se tu tivesses um acidente e ficasses sem o braço direito, nunca mais voltarias a ter o braço direito, no entanto, irias aprender a seguir em frente e a gerir a tua vida sem esse braço”.<sup>48</sup>

## **AGRADECIMENTOS**

O presente trabalho não ficaria concluído sem que expressasse o meu profundo e sincero agradecimento àqueles que, de forma singular, contribuíram para a sua realização.

À Doutora Sara Pedroso e ao Professor Doutor Carlos Saraiva, pela extraordinária qualidade enquanto orientadores deste trabalho, pelas correções, sugestões, críticas, opiniões e esclarecimentos imprescindíveis à realização do mesmo, pela disponibilidade infindável na busca de um resultado incontestável, pela rapidez de resposta, por todo o conhecimento transmitido e pela excepcional competência enquanto médicos.

Ao Professor Doutor Pio Abreu, pela generosidade com que me recebeu no seu consultório, pela disponibilidade que demonstrou em colaborar, pela partilha de experiências pessoais e pelo fornecimento de material relacionado com as falsas memórias, que acabou por não ser incluído no trabalho após discussão conjunta com os orientadores do trabalho, dado desviar-se do tema principal.

A todos os meus amigos, pelas aprendizagens académicas e pessoais e pela presença e suporte emocional nas batalhas dos dias mais difíceis. Dois agradecimentos muito especiais, um à minha amiga Daniela Novo pela ajuda na procura de artigos relacionados ao tema, pela sugestão de estratégias que facilitaram a realização deste trabalho e pela leitura final do mesmo; outro especial agradecimento à Marta Campos, uma constante companheira nas longas horas de estudo, ouvinte dos meus desabafos e pensamentos de desespero e também uma incomparável presença nos tantos bons momentos que partilhámos.

Aos mais importantes, os meus pais e a minha irmã, pela paciência que tiveram, pelo apoio e incentivo que me deram quando parecia que não concluiria este trabalho e também por nunca terem duvidado das minhas capacidades. Acima de tudo, agradeço-lhes pela pessoa que hoje sou.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Child maltreatment [document on the internet]. WHO: Media centre; 2017. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>.
2. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2009 Jun;29(4):328-38.
3. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat.* 2011 May;16(2):79-101.
4. Murray LK, Nguyen A, Cohen JA. Child sexual abuse. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2014 Apr;23(2):321-37.
5. Braquehais MD, Oquendo MA, Baca-García E, Sher L. Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide? *Compr Psychiatry.* 2010 Mar-Apr;51(2):121-9.
6. Lalor K, McElvaney R. Child sexual abuse, links to later sexual exploitation/high-risk sexual behavior, and prevention/treatment programs. *Trauma Violence Abuse.* 2010 Oct;11(4):159-77.
7. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev.* 2009 Nov;29(7):647-57.
8. Maniglio R. Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. *Depress Anxiety.* 2010 Jul;27(7):631-42.
9. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl.* 2008 Jun;32(6):607-19.
10. Hornor G. Child sexual abuse: consequences and implications. *J Pediatr Health Care.* 2010 Nov-Dec;24(6):358-64.

11. Bebbington PE, Jonas S, Brugha T, Meltzer H, Jenkins R, Cooper C, et al. Child sexual abuse reported by an English national sample: characteristics and demography. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011 Mar;46(3):255-62.
12. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl*. 2009 Jun;33(6):331-42.
13. Senn TE, Carey MP, Venable PA. Childhood and Adolescent Sexual Abuse and Subsequent Sexual Risk Behavior: Evidence from Controlled Studies, Methodological Critique, and Suggestions for Research. *Clin Psychol Rev*. 2008 Jun;28(5):711-35.
14. Saraiva CB, Craveiro A, Veiga FA, Andrade J, Santos JC, Madeira N, et al. *Depressão e Suicídio: Um guia clínico nos cuidados de saúde primários*. Lidel, 2014. ISBN: 978-989-752-036-5
15. Canha J. Criança maltratada: O papel de uma pessoa de referência na sua recuperação – Estudo prospetivo de 5 anos. Coimbra, Quarteto, 2003. ISBN: 972-8717-96-2
16. 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 Jan;54(1):16-27.
17. Davies EA, Jones AC. Risk factors in child sexual abuse. *J Forensic Leg Med*. 2013 Apr;20(3):146-50.
18. Bedi S, Nelson EC, Lynskey MT, McCutcheon VV, Heath AC, Madden PA, et al. Risk for suicidal thoughts and behavior after childhood sexual abuse in women and men. *Suicide Life Threat Behav*. 2011 Aug;41(4):406-15.
19. Brezo J, Paris J, Vitaro F, Hébert M, Tremblay RE, Turecki G. Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *Br J Psychiatry*. 2008 Aug;193(2):134-9.

20. O'Leary PJ, Barber J. Gender differences in silencing following childhood sexual abuse. *J Child Sex Abus.* 2008;17(2):133-43.
21. Fergusson DM, McLeod GF, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Negl.* 2013 Sep;37(9):664-74.
22. Li N, Ahmed S, Zabin LS. Association between childhood sexual abuse and adverse psychological outcomes among youth in Taipei. *J Adolesc Health.* 2012 Mar;50(3 Suppl):S45-51.
23. Aydin B, Akbas S, Turla A, Dundar C, Yuce M, Karabekiroglu K. Child sexual abuse in Turkey: an analysis of 1002 cases. *J Forensic Sci.* 2015 Jan;60(1):61-5.
24. Brown DW, Riley L, Butchart A, Meddings DR, Kann L, Harvey AP. Exposure to physical and sexual violence and adverse health behaviours in African children: results from the Global School-based Student Health Survey. *Bull World Health Organ.* 2009 Jun;87(6):447-55.
25. Pineda-Lucatero AG, Trujillo-Hernández B, Millán-Guerrero RO, Vásquez C. Prevalence of childhood sexual abuse among Mexican adolescents. *Child Care Health Dev.* 2009 Mar;35(2):184-9.
26. Luo Y, Parish WL, Laumann EO. A population-based study of childhood sexual contact in China: prevalence and long-term consequences. *Child Abuse Negl.* 2008 Jul;32(7):721-31.
27. Lin D, Li X, Fan X, Fang X. Child sexual abuse and its relationship with health risk behaviors among rural children and adolescents in Hunan, China. *Child Abuse Negl.* 2011 Sep;35(9):680-7.
28. Brabant ME, Hébert M, Chagnon F. Predicting suicidal ideations in sexually abused female adolescents: a 12-month prospective study. *J Child Sex Abus.* 2014;23(4):387-97.

29. Daray FM, Rojas SM, Bridges AJ, Badour CL, Grendas L, Rodante D, et al. The independent effects of child sexual abuse and impulsivity on lifetime suicide attempts among female patients. *Child Abuse Negl.* 2016 Aug;58:91-8.
30. Lopez-Castroman J, Melhem N, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, et al. Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry.* 2013 Jun;12(2):149-54.
31. Fanslow JL, Robinson EM, Crengle S, Perese L. Prevalence of child sexual abuse reported by a cross-sectional sample of New Zealand women. *Child Abuse Negl.* 2007 Sep;31(9):935-45.
32. Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JR, Thomas SD, Wells DL, Spataro J. Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse Negl.* 2010 Nov;34(11):813-22.
33. Ozbaran B, Erermis S, Bukusoglu N, Bildik T, Tamar M, Ercan ES, et al. Social and emotional outcomes of child sexual abuse: a clinical sample in Turkey. *J Interpers Violence.* 2009 Sep;24(9):1478-93.
34. Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet.* 2012 Sep 8;380(9845):899-907.
35. Bernard-Bonnin AC, Hébert M, Daignault IV, Allard-Dansereau C. Disclosure of sexual abuse, and personal and familial factors as predictors of post-traumatic stress disorder symptoms in school-aged girls. *Paediatr Child Health.* 2008 Jul;13(6):479-86.
36. Seto MC, Babchishin KM, Pullman LE, McPhail IV. The puzzle of intrafamilial child sexual abuse: a meta-analysis comparing intrafamilial and extrafamilial offenders with child victims. *Clin Psychol Rev.* 2015 Jul;39:42-57.

37. West SG, Friedman SH, Kim KD. Women accused of sex offenses: a gender-based comparison. *Behav Sci Law*. 2011 Sep-Oct;29(5):728-40.
38. Jespersen AF, Lalumière ML, Seto MC. Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: a meta-analysis. *Child Abuse Negl*. 2009 Mar; 33(3):179-92.
39. Macdonald G, Higgins JP, Ramchandani P, Valentine JC, Bronger LP, Klein P, et al. Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 May 16;(5):CD001930.
40. Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, Tin A, Oquendo M, Birmaher B, et al. Familial transmission of suicidal behavior: factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. *J Clin Psychiatry*. 2008 Apr;69(4):584-96.
41. Wearick-Silva LE, Tractenberg SG, Levandowski ML, Viola TW, Pires JM, Grassi-Oliveira R. Mothers who were sexually abused during childhood are more likely to have a child victim of sexual violence. *Trends Psychiatry Psychother*. 2014 Jun;36(2):119-22.
42. O'Leary P, Gould N. Men Who Were Sexually Abused in Childhood and Subsequent Suicidal Ideation: Community Comparison, Explanations and Practice Implications. *Br J Soc Work*. 2009 Jul;39(5):950-68
43. Sumner SA, Mercy JA, Buluma R, Mwangi MW, Marcelin LH, Kheam T, et al. Childhood Sexual Violence Against Boys: A Study in 3 Countries. *Pediatrics*. 2016 May;137(5). pii: e20153386.
44. Easton SD, Renner LM, O'Leary P. Suicide attempts among men with histories of child sexual abuse: examining abuse severity, mental health, and masculine norms. *Child Abuse Negl*. 2013 Jun;37(6):380-7.
45. Whitelock CF, Lamb ME, Rentfrow PJ. Overcoming Trauma: Psychological and Demographic Characteristics of Child Sexual Abuse Survivors in Adulthood. *Clin Psychol Science*. 2013 Mar;1(4):351-62.



46. Hershkowitz I, Lanes O, Lamb ME. Exploring the disclosure of child sexual abuse with alleged victims and their parents. *Child Abuse Negl.* 2007 Feb;31(2):111-23.
47. Lemaigre C, Taylor EP, Gittoes C. Barriers and facilitators to disclosing sexual abuse in childhood and adolescence: A systematic review. *Child Abuse Negl.* 2017 Aug;70:39-52.
48. Anderson KM, Hiersteiner C. Recovering From Childhood Sexual Abuse: Is a “storybook Ending” Possible? *Am J Fam Ther.* 2008; 36(5):413-24.
49. Sigfusdottir ID, Asgeirsdottir BB, Gudjonsson GH, Sigurdsson JF. Suicidal ideations and attempts among adolescents subjected to childhood sexual abuse and family conflict/violence: the mediating role of anger and depressed mood. *J Adolesc.* 2013 Dec;36(6):1227-36.
50. O'Brien BS, Sher L. Child sexual abuse and the pathophysiology of suicide in adolescents and adults. *Int J Adolesc Med Health.* 2013;25(3):201-5.
51. Brabant ME, Hébert M, Chagnon F. Identification of sexually abused female adolescents at risk for suicidal ideations: a classification and regression tree analysis. *J Child Sex Abus.* 2013;22(2):153-72.
52. Pérez-González A, Pereda N. Systematic review of the prevalence of suicidal ideation and behavior in minors who have been sexually abused. *Actas Esp Psiquiatr.* 2015 Jul-Aug;43(4):149-58.
53. Holmberg LI, Hellberg D. Sexually abused children. Characterization of these girls when adolescents. *Int J Adolesc Med Health.* 2010 Apr-Jun;22(2):291-300.
54. Aaron E, Criniti S, Bonacquisti A, Geller PA. Providing sensitive care for adult HIV-infected women with a history of childhood sexual abuse. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2013 Jul-Aug;24(4):355-67.
55. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2:

- Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav.* 2007 Jun;37(3):264-77.
56. Centers for Disease Control and Prevention. Definitions: Self-Directed Violence [document on the internet]. Atlanta, GA: CDC; 2017. Available from: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/definitions.html>
57. Easton SD, Renner LM. Factors from Durkheim's family integration related to suicidal ideation among men with histories of child sexual abuse. *Suicide Life Threat Behav.* 2013 Jun;43(3):336-46.
58. Maniglio R. The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatr Scand.* 2011 Jul;124(1):30-41.
59. Cha C, Nock M. Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009 Apr;48(4):422-30.
60. Eisenberg ME, Ackard DM, Resnick MD. Protective factors and suicide risk in adolescents with a history of sexual abuse. *J Pediatr.* 2007 Nov;151(5):482-7.
61. Stewart JG, Kim JC, Esposito EC, Gold J, Nock MK, Auerbach RP. Predicting suicide attempts in depressed adolescents: Clarifying the role of disinhibition and childhood sexual abuse. *J Affect Disord.* 2015 Nov 15;187:27-34.
62. Lopez-Castroman J, Guillaume S, Olié E, Jaussent I, Baca-García E, Courtet P. The additive effect on suicidality of family history of suicidal behavior and early traumatic experiences. *Arch Suicide Res.* 2015;19(2):275-83.
63. Sigfusdottir ID, Asgeirsdottir BB, Gudjonsson GH, Sigurdsson JF. A model of sexual abuse's effects on suicidal behavior and delinquency: the role of emotions as mediating factors. *J Youth Adolesc.* 2008 Jul;37(6):699-712.

64. Afifi TO, Boman J, Fleisher W, Sareen, J. The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse Negl.* 2009 Mar;33(3):139-47.
65. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonté B, Szyf M, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci.* 2009 Mar;12(3):342-8.
66. Perroud N, Courtet P, Vincze I, Jaussent I, Jollant F, Bellivier F, et al. Interaction between BDNF Val66Met and childhood trauma on adult's violent suicide attempt. *Genes Brain Behav.* 2008 Apr;7(3):314-22.
67. Perroud N, Jaussent I, Guillaume S, Bellivier F, Baud P, Jollant F, et al. COMT but not serotonin-related genes modulates the influence of childhood abuse on anger traits. *Genes Brain Behav.* 2010 Mar 1;9(2):193-202.
68. Guillaume S, Perroud N, Jollant F, Jaussent I, Olié E, Malafosse A, et al. HPA axis genes may modulate the effect of childhood adversities on decision-making in suicide attempters. *J Psychiatr Res.* 2013 Feb;47(2):259-65.
69. McClure FH, Chavez DV, Agars MD, Peacock MJ, Matosian A. Resilience in Sexually Abused Women: Risk and Protective Factors. *J Fam Viol.* 2008 Feb;23(2):81-8.
70. Godbout N, Briere J, Sabourin S, Lussier Y. Child sexual abuse and subsequent relational and personal functioning: the role of parental support. *Child Abuse Negl.* 2014 Feb;38(2):317-25.
71. Musliner KL, Singer JB. Emotional support and adult depression in survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2014 Aug;38(8):1331-40.
72. Havig K. The health care experiences of adult survivors of child sexual abuse: a systematic review of evidence on sensitive practice. *Trauma Violence Abuse.* 2008 Jan;9(1):19-33.

73. Holtzhausen L, Ross A, Perry, R. Working on trauma – a systematic review of TF-CBT work with child survivors of sexual abuse. *Soc Work.* 2016;52(4):511-24
74. Tavkar P, Hansen DJ. Interventions for families victimized by child sexual abuse: Clinical issues and approaches for child advocacy center-based services. *Aggress Violent Behav.* 2011 May-Jun;16(3):188-99.
75. Hetzel-Riggin MD, Brausch AM, Montgomery BS. A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: an exploratory study. *Child Abuse Negl.* 2007 Feb;31(2):125-41.