

Abuso sexual infantil e as suas repercussões na vida adulta

Versão final após defesa

Rita Claro da Fonseca e Costa

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientadora: Prof.^a Doutora Paula Susana Loureiro Saraiva de Carvalho

Julho de 2024

Folha em branco

Declaração de Integridade

Eu, Rita Claro da Fonseca e Costa, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 41447 de Medicina da Faculdade Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 10 / 07 / 24

Rita Claro

(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)

Folha em branco

Dedicatória

Ao meu mano, que uma vez me disse “Mais vale ser uma criança feliz que um adulto deprimido”. Por mais crianças felizes.

Em memória do Pitt – partiste demasiado cedo.

A um Dobby recém chegado.

E em memória do Kiko – 14 anos em família.

Folha em branco

Agradecimentos

Obrigada à minha família por serem o meu apoio em tudo: por lidarem com os meus silêncios e por tornarem mais suportáveis os meus dias difíceis. Mas obrigada também por festejarem comigo cada vitória, por mais pequena que seja, e me rodearem de amor todos os dias.

Obrigada, mãe, pelo teu carinho e apoio incondicional.

Obrigada, pai, por seres o meu porto seguro, o meu exemplo de serenidade.

Obrigada, mano, por me tratares sempre como a tua princesinha.

Obrigada à minha Fi, minha confidente, par de estágio, parceira de aventuras, amiga, os pés assentes na terra da minha cabeça na lua. Obrigada pela tua amizade.

À Bea, à Jéssica, ao André, ao Zé– obrigada por estarem disponíveis para mim e pelo vosso apoio. Obrigada por me ajudarem nos momentos mais difíceis, por me desafiarem a ser melhor e por se rirem comigo, construindo as memórias que ficarão connosco por muito tempo. Conseguimos! Após meses de muita frustração, dúvidas, peripécias e algum desespero, conseguimos concluir um grande objetivo, por isso estou orgulhosa de nós.

Tenho de deixar uma menção especial à minha Mariana, que apesar de longe, está bem perto do coração. Para além de continuar a ser um grande apoio para mim, é uma inspiração e orgulho.

Obrigada, ainda, a um grupo de amigos especial – Sondagens pela Galáxia – que foram e são muito importantes desde o 1º ano de faculdade.

Obrigada a todos aqueles que deixaram a sua amizade comigo.

Agradeço ainda à Dra. Liliana Lobato que me deu auxílio na fase inicial da Dissertação.

Por fim, um obrigada especial à Dra. Paula Carvalho pela sua disponibilidade, dedicação e orientação. Muito sucessos nos seus futuros projetos!

Folha em branco

Prefácio

Sorriso inocente,
quem te sequestrou?
Quem te fez refém
e desligou a tua luz?
Berços abanados
com a força da tempestade
que vem e não vai.
Lençóis que cobrem
mas não protegem
dos monstros
que vivem debaixo da cama.
Porta que derrete
com o calor do forjamento
da sua chave.
Olhos que ameaçam,
braços que vigiam,
Bocas que agarram.
Festas que não celebram,
mas que atormentam.
Água que não refresca
mas que queima.
Grito que não te salva.

Folha em branco

Resumo

Introdução: O abuso sexual infantil trata-se de um grave problema de saúde pública. Segundo o DSM-5, o abuso sexual infantil inclui qualquer ato envolvendo uma criança cuja intenção é a obtenção de satisfação sexual por parte dos pais, cuidador, ou outro indivíduo responsável pela criança. Apresenta consequências a curto e longo prazo, podendo ter um impacto duradouro na vida da vítima.

Segundo um relatório da OMS, uma em cada oito crianças já sofreu de abuso ou exploração sexual. Na Europa, de acordo com o Conselho Europeu, uma em cada cinco crianças é vítima de violência sexual.

Materiais e métodos: A pesquisa bibliográfica foi baseada nas bases de dados Pubmed, Science Direct, Cochrane Library, Scopus, Psychiatry Online e Access Medicine. Os artigos selecionados são maioritariamente de revisão, estudos observacionais, relatórios e guidelines, em inglês, português e espanhol. Foram consultados dois livros e websites. A pesquisa foi restringida aos últimos 5 anos, incluindo outros artigos menos recentes sempre que o conteúdo fosse considerado relevante para a compreensão do tema.

Resultados: O abuso sexual ocorrido durante a infância está associado a um aumento de comorbilidades na idade adulta. Por um lado, relaciona-se com maior prevalência de patologia orgânica, tornando o indivíduo mais suscetível a infeções recorrentes e, conseqüentemente, a desenvolver condições inflamatórias crónicas. A obesidade é mais prevalente, existe um incremento do risco cardiovascular e a saúde oral pode ser comprometida.

Por outro lado, as consequências psicológicas são vastas e com grande potencial de afetar a funcionalidade do indivíduo, ao aumentar a probabilidade de desenvolver uma perturbação psiquiátrica, como a depressão, perturbações de ansiedade e de stress pós traumático, e aquando da adoção de comportamentos de *coping* desadaptativos, nomeadamente os comportamentos auto lesivos, abuso de álcool e substâncias. Verifica-se, ainda, uma maior prevalência de pensamentos suicidas e tentativas de suicídio.

A sexualidade pode ser afetada, resultando em disfunção sexual, compulsividade sexual e comportamentos sexuais de risco.

Por fim, o impacto socioeconómico não deve ser negligenciado, devendo ser reconhecido. A literatura descreve o declínio da performance académica de sobreviventes, dificuldade na continuação dos estudos após a conclusão do secundário, decréscimo na remuneração e aumento das despesas associadas ao tratamento das comorbilidades.

Conclusão: O abuso sexual na infância acarreta consequências duradouras, podendo surgir ou apresentar maior impacto na vida adulta.

Os profissionais de saúde têm um papel fundamental na prevenção e identificação dos casos de abuso sexual infantil, possuindo a responsabilidade ética e legal de os reportar. Quanto a intervenções terapêuticas, a terapia cognitivo comportamental demonstra-se a mais eficaz, podendo recorrer-se a outras opções como terapias baseadas em *mindfulness*, escrita expressiva e terapia em grupo.

Investigações futuras acerca deste tema devem ter amostras representativas da população do género masculino e da comunidade LGBTQIA+ que se encontram sub-representadas na literatura. Apela-se, também, aos investigadores portugueses para enriquecerem a literatura científica com dados referentes à população portuguesa, dado a escassez do contributo nacional para a área.

Palavras-chave

Saúde mental; infância; abuso sexual; vida adulta; psicotrauma

Abstract

Introduction: Child sexual abuse is a serious public health problem. According to the DSM-5, child sexual abuse includes any act involving a child whose intent is to obtain sexual gratification from the child's parent, caregiver, or other individual responsible for the child. It has short- and long-term consequences and can have a lasting impact on the victim's life.

According to a WHO report, one in eight children has suffered from sexual abuse or exploitation. In Europe, according to the European Council, one out of five children is a victim of sexual violence.

Materials and methods: The literature search was based on Pubmed, Science Direct, Cochrane Library, Scopus, Psychiatry Online and Access Medicine databases.

The articles selected are mostly reviews, observational studies, reports and guidelines, in English, Portuguese and Spanish. A master's thesis was included, two books and websites were consulted. The search was restricted to the last 5 years, including other less recent articles whenever the content was considered relevant in order to understand the topic.

Results: Sexual abuse occurring during childhood is associated with an increase in comorbidities in adulthood. On one hand, it's related to a higher prevalence of organic pathology, making the individual more susceptible to recurrent infections and, consequently, to developing chronic inflammatory conditions. Obesity is more prevalent, there is an increase in cardiovascular risk and oral health can be compromised.

On the other hand, the psychological consequences are vast and have great potential to affect the individual's functionality, by increasing the probability of developing a psychiatric disorder, such as depression, anxiety disorders and post-traumatic stress, as well as when adopt behaviors of maladaptive coping, namely self-harm behaviors, alcohol and substance abuse. There is also a higher prevalence of suicidal thoughts and suicide attempts.

Sexuality can be affected, resulting in sexual dysfunction, sexual compulsivity and risky sexual behaviors.

Finally, the socioeconomic impact must not be neglected and must be recognized. The literature describes the decline in the academic performance of survivors, difficulty in continuing studies after completing high school, a decrease in remuneration and an increase in expenses associated with the treatment of comorbidities.

Conclusion: Child sexual abuse has lasting consequences, which may emerge or have a greater impact in adult life.

Health professionals have a fundamental role in preventing and identifying cases of child sexual abuse, having the ethical and legal responsibility to report them.

As for therapeutic interventions, cognitive behavioral therapy proves to be the most effective, and other options such as therapies based on mindfulness, expressive writing and group therapy can be used.

Future studies must have representative samples of the male population and the LGBTQIA+ community, which are underrepresented in the literature. Portuguese researchers are also called upon to enrich the scientific literature with data relating to the Portuguese population, given the scarcity of national contribution to the area.

Keywords

Mental health, childhood, sexual abuse, adult life, psychotrauma.

Índice

Dedicatória.....	v
Agradecimentos	vii
Prefácio	ix
Resumo	xi
Palavras-chave	xii
Abstract.....	xiii
Keywords	xiv
Índice	xv
Lista de Figuras.....	xvii
Lista de Tabelas	xix
Lista de Acrónimos	xxi
1. Introdução	1
1.1 Materiais e métodos.....	1
2. Enquadramento teórico	3
2.1 Contexto histórico e epidemiológico	3
2.1.1 Breve Resenha Histórica	3
2.1.2. Dados estatísticos.....	5
2.1.3. Momentos Históricos Relevantes	6
2.2. Tipos de maus tratos.....	8
2.3. Definição de abuso sexual.....	12
3. Impacto do abuso sexual	18
3.1. Consequências físicas	18
3.1.1 Obesidade	20
3.1.2 Doença cardiovascular	21
3.1.3 Diferenças entre homens e mulheres.....	22
3.1.4 Saúde oral.....	23

3.2. Consequências psicológicas e comportamentais	25
3.3. Consequências sexuais.....	28
3.4. Consequências socioeconómicas	31
3.4.1 Consequências académicas e laborais.....	31
3.4.2 Estigma social	32
4. Intervenções.....	33
4.1. Intervenções junto da criança e da família	33
4.1.1 Identificação de sinais e sintomas do abuso sexual em crianças	33
4.1.2. Intervenção nos Cuidados de Saúde Primário e Secundário	35
4.2 Cuidado informado sobre o trauma.....	38
4.3. Intervenções psicológicas	39
4.4. A revelação.....	40
5. Prevenção.....	42
6. Conclusão.....	45
7. Referências Bibliográficas.....	47

Lista de Figuras

Figura 1 – Domínios das Experiências Adversas na Infância

Figura 2 – Pirâmide das Experiências Adversas na Infância

Figura 3 – Crimes sexuais contra crianças e jovens à luz da Legislação Portuguesa

Figura 4 – Modelo concetual para a definição de abuso sexual infantil

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Sintomas psicológicos e comportamentais do abuso sexual infantil

Tabela 2 - Sinais, sintomas e indicadores de abuso sexual

Tabela 3 – Fatores de risco, proteção e agravamento

Folha em branco

Lista de Acrónimos

GRP	Gabinete de Relações Públicas
UBI	Universidade da Beira Interior
OMS	Organização Mundial da Saúde
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
ONU	Organização das Nações Unidas
UE	União Europeia
TEDH	Tribunal Europeu dos Direitos do Homem
CEDS	Comité Europeu dos Direitos Sociais
OMCT	Organização Mundial Contra a Tortura
ASI	Abuso sexual infantil
EAI	Evento adverso na infância
ACE	Adverse childhood event
IST	Infeção sexualmente transmissível
AVC	Acidente vascular cerebral
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
HHA	Hipotálamo-hipófise-adrenal
HTA	Hipertensão arterial
PSPT	Perturbação de stress pós traumático
N(H)ACJR	Núcleo (Hospitalar) de Apoio a Crianças e Jovem em Risco
SICJR	Sistema de Informação para Crianças e Jovens em Risco
PIAF	Plano Individualizado de Apoio à Família

Folha em branco

1. Introdução

O abuso sexual infantil (ASI) é um problema sério de saúde pública mundial, dado a sua elevada prevalência e consequências a curto e longo prazo. Segundo um relatório da OMS, uma em cada oito crianças já sofreu de abuso ou exploração sexual.(1) Na Europa, de acordo com o Conselho Europeu, uma em cada cinco crianças é vítima de violência sexual.(2)

No início do século XXI, surge um grande interesse mediático em torno do “caso Casa Pia”, no entanto não capta a atenção da comunidade científica para investigar este fenómeno no plano português. Nos últimos anos, temos observado grande mediatismo em redor da divulgação dos abusos sexuais de menores no seio da Igreja Católica portuguesa, acompanhado pela indignação da população.(3–5)

Apesar de todos os acontecimentos, Portugal continua a ser um dos países europeus com a pior classificação na proteção judicial destas vítimas, segundo o relatório “Justice Unleashed” da autoria da organização Child Global e do movimento Brave, publicado em 2023. A par com países como a Lituânia e a Eslováquia, Portugal apresenta dos piores prazos de prescrição para os crimes de abuso sexual de menores. Isto representa uma grande falha no combate a este tipo de abuso, permitindo que predadores sexuais permaneçam anónimos, instituições não sejam expostas e as vítimas não tenham acesso à justiça.(6)

Estes dados demonstram a relevância do tema, especialmente a nível nacional. Informar sobre ASI aumenta a consciencialização social para a proteção das crianças e incita a criação e implementação de práticas seguras dentro das instituições.

A comunidade medicocientífica deve estar ciente das implicações do ASI e adquirir o conhecimento essencial para se tornar num agente ativo no seu combate.

A literatura evidencia que a experiência de traumas na infância pode ter um impacto muito significativo e abrangente na vida dos indivíduos, afetando mais do que o seu bem estar físico e mental. Acrescem consequências sociais e económicas além do impacto sobre as futuras gerações.

1.1 Materiais e métodos

A pesquisa bibliográfica foi baseada nas bases de dados Pubmed, Science Direct, Cochrane Library, Scopus, Psychiatry Online e Access Medicine, através de uma equação de pesquisa baseada nas palavras chave: “child abuse”, “child sexual abuse”, (prevalence) AND (child abuse), (prevalence) AND (child sexual abuse), “adult survivors of child sexual abuse”, (childhood abuse), (child sexual abuse definition), (child sexual abuse) AND (history),

“history of child sexual abuse”, (child sexual abuse studies), (infantile theory), (child sexual abuse) AND (impact), (social consequences child sexual abuse), (adverse childhood experiences), (stigma child sexual abuse), (trauma informed care), (child abuse) AND (global prevalence), (child sexual abuse) AND (mental health), child sexual abuse health, (child sexual abuse) AND (adult), (child sexual abuse) OR (adult manifestation), (child sexual abuse) AND (adult manifestations), "child rape", (child sexual abuse) AND (sexual effects), (child sexual abuse) AND (psychological), “child sexual abuse survivors”, “child sexual abuse preventions”, “toxic stress”, child sexual abuse outcomes”, “child sexual trauma”, “sexual trauma”, (child sexual abuse) AND (gender).

Os artigos selecionados são maioritariamente de revisão, estudos observacionais, relatórios e guidelines, em inglês, português e espanhol. Foram consultados dois livros – um sobre a história da Psiquiatria e o outro da área da Pediatria Comportamental.

Foram incluídas declarações que reafirmam os direitos das crianças, documentos elaborados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) que refletem o estado global dos maus tratos infantis e fornecem guidelines a profissionais. Consultaram-se, ainda, websites como o Diário da República para a obtenção de informação de cariz legislativo.

A pesquisa foi restringida aos últimos 5 anos, incluindo outros artigos menos recentes sempre que o conteúdo fosse considerado relevante para a compreensão do tema.

2. Enquadramento teórico

2.1 Contexto histórico e epidemiológico

“A criança deve ter meios de subsistência e deve ser protegida contra toda a exploração.”

Artigo 4º da Declaração de Genebra, 1924 (7)

“A criança deve ser protegida contra todas as formas de abandono, crueldade e exploração, e não deverá ser objeto de qualquer tipo de tráfico (...)” – excerto retirado do Princípio 9.º

da Declaração dos Direitos das Crianças, 1959 (8)

“Os Estados Partes tomam todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à proteção da criança contra todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração, incluindo a violência sexual, enquanto se encontrar sob a guarda de seus pais ou de um deles, dos representantes legais ou de qualquer outra pessoa a cuja guarda haja sido confiada.” – Alínea 1 do Artigo 19º da Convenção sobre os Direitos da Criança, 1989 (9)

2.1.1 Breve Resenha Histórica

Em 1924 faz-se história: pela primeira vez, os termos “direitos da criança” constam num instrumento jurídico internacional, promulgado pela Assembleia da Sociedade das Nações, conhecido como Declaração de Genebra.(7,10)

Assim, desde 1924, regista-se uma incessante proclamação dos direitos das crianças, observando-se uma evolução do diálogo entre nações empenhadas a lutar pelos direitos de quem é muito jovem para o fazer.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948, constituindo o primeiro instrumento internacional a promulgar direitos de carácter civil, político, económico, social e cultural. No artigo 25º menciona o direito das crianças a “ajuda e assistência especial”.(10,11)

Após 11 anos, em 1959, é elaborada a Declaração dos Direitos da Criança, reiterando que a “humanidade deve dar o melhor de si mesma à criança”.(8)

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança é adotada pela Assembleia Geral das Nações, a 20 de novembro de 1989, comemorando-se o 10º aniversário do Ano Internacional da Criança.(9) Esta data foi decretada pela Organização das Nações Unidas (ONU) como Dia Internacional da Criança, a partir de 1990, pois representa o aniversário da assinatura da Declaração e da Convenção dos Direitos das Crianças, adotadas no mesmo dia, separadas por três décadas.(10)

Em Portugal, a Convenção sobre os Direitos da Criança foi ratificada em 1990, através do Decreto do Presidente da República n.º 49/90.(10)

Comparando estes documentos, observamos uma mudança de paradigma: na Declaração de Genebra e na Declaração Universal dos Direitos Humanos, fala-se em “ajuda”, mas nos documentos subsequentes a palavra-chave é “proteger”, o que pressupõe a prevenção de situações adversas tais como negligência, maus-tratos, exploração e violência, quer seja física, emocional ou sexual. Esta evolução reflete-se, também, no aumento progressivo de complexidade documental, verificado na extensão dos documentos anteriormente citados: a Declaração de Genebra conta com 5 princípios; a Declaração dos Direitos das Crianças apresenta 10 artigos e a Convenção sobre os Direitos da Criança inclui 41 artigos (Parte I).(7–9)

Mais recentemente, os direitos das crianças foram abordados de uma forma mais coordenada pela União Europeia (EU), tendo como base da legislação europeia a Convenção sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas. Assim, no quadro da legislação da UE, o abuso sexual de crianças está regulamentado na “Diretiva relativa à luta contra o abuso sexual e a exploração sexual de crianças e a pornografia infantil (2011/93/UE)” e pelo Conselho da Europa, através do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem (TEDH), *O’Keeffe c. Irlanda [GS]*, n.º 35810/09, 2014 (abuso sexual na escola); Carta Social Europeia, artigos 7.º (direito a uma proteção especial contra os perigos físicos e morais) e 17.º (direito a proteção); Comité Europeu dos Direitos Sociais (CEDS); Organização Mundial Contra a Tortura (OMCT) *c. Bélgica, Queixa n.º 21/2003*, 2004 (proibição dos castigos corporais na Bélgica); Convenção para a Proteção das Crianças contra a Exploração Sexual e os Abusos Sexuais (Convenção de Lanzarote) e Convenção para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica (Convenção de Istambul). (12)

Nos termos do artigo 3.º da Diretiva 2011/93/UE, os Estados-membros devem garantir a punição de diversas formas de abuso sexual, o que inclui incitar crianças a assistir a atos

sexuais ou a atos de abuso sexual e praticar atos sexuais com outras crianças, através de medidas penais.(13)

Dos documentos referidos, a Convenção de Lanzarote assume especial relevância, regulamentando com precisão o direito das crianças a serem protegidas dos abusos sexuais, existindo uma supervisão da sua aplicação através de organismos de controlo. Nos termos da mesma, os Estados-membros têm a obrigação de criminalizar várias formas de abuso sexual de crianças, pornografia infantil nos termos do artigo 21.º ou cibercrime no artigo 23º. Os Estados-membros também são obrigados a tomar medidas para prevenir este tipo de abuso, desde campanhas de sensibilização, formação direcionada a profissionais, educação das crianças sobre os riscos de abuso e facilitando suporte a indivíduos em risco de cometer este tipo de crime.(12)

Apesar de todos estes esforços, as taxas de maus-tratos contra crianças são muito elevadas. A nível global, estimou-se que mais de 1 bilião de crianças entre os 2 e 17 anos tenham sofrido algum tipo de violência em 2014. Neste sentido, em 2015, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 incluem “acabar com o abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra as crianças” (16.2) e “eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos” (5.2).(14–16)

2.1.2. Dados estatísticos

De facto, a violência e todas as outras situações mencionadas podem ter um impacto significativo e duradouro na vida da criança, afetando a sua saúde e desenvolvimento.

Em 2016, um relatório da OMS estimou que, a nível mundial, 23% das crianças sofreram abuso físico, 36% abuso emocional e 16% negligência física. Quanto às crianças que sofreram abuso sexual, 18% das crianças pertenciam ao sexo feminino e 8% ao sexo masculino.(17) É estimado que 9,6 % das crianças da Região Europeia da OMS tenham sofrido abuso sexual em 2020.(18)

Em Portugal, em 2022, registaram-se 1.752 crimes sexuais, dos quais 77,4% aconteceram contra crianças e jovens.(19)

Contudo, é de notar que o número de casos de abuso sexual infantil (ASI) é maior que o reportado devido à subnotificação dos incidentes.(17,18,20,21)

Outra realidade que se consolida com estes tempos cada vez mais globalizados e tecnológicos é o abuso sexual de crianças online, isto é, assistido por tecnologia.

Segundo dados da Comissão Europeia, em 2021, foram denunciados 85 milhões de vídeos e fotografias de abuso sexual de crianças, a nível global.

Estamos perante a grande problemática da internet como via de acesso às crianças e de fácil partilha de materiais entre predadores sexuais, pelo que surgiu a necessidade de lhe dar resposta e, assim, combater o abuso sexual infantil. Deste modo, a UE propôs uma nova legislação que irá permitir a denúncia e prevenção de casos de abuso sexual infantil, bem como fornecer apoio às vítimas.(22) O abuso sexual traz consequências a curto e a longo prazo para a vida de um indivíduo, pelo que este apoio se revela fundamental.

2.1.3. Momentos Históricos Relevantes

O debate sobre as consequências do abuso sexual na infância surgiu somente em meados do século XX. Viveu-se um período da história da Psiquiatria focado nas experiências na infância, mais especificamente de cariz sexual, como origem de conflitos inconscientes que iriam originar doença no adulto.(23,24) O psicanalista Freud foi o protagonista desta tendência com o desenvolvimento de teorias psicanalíticas, completamente surpreendentes para a comunidade médica da época. Grande parte dos seus estudos incidiram em experiências de infância e a sua relação com casos de “histeria” e ansiedade de jovens mulheres.(24)

Assim surgiu a teoria da sedução sexual infantil, elaborada por Freud, em 1896, apresentada em “The Etiology of Hysteria”, revelando que a origem da histeria residia nos traumas sexuais experienciados na infância. Freud afirmava que psicose no adulto eram causadas pela reativação de memórias reprimidas do abuso sexual na infância (anteriores às idades 8 a 10 anos) por um evento traumático na idade pós pubertária. Nesta teoria, os traumas na infância eram reais, e não fantasias, e acarretavam consequências a longo prazo com grande impacto nas vidas das crianças.(24,25)

Após 1887, a sua teoria mudou e Freud passa a atribuir a origem da histeria a fantasias de incesto na infância.(24)

Assim, Freud constitui uma figura de relevo na conceção da sexualidade e na introdução da temática do impacto das experiências sexuais na infância, que terá mais destaque quase um século depois.

Os primeiros estudos comparativos rigorosos sobre as consequências do abuso sexual infantil surgiram apenas nos anos 80 e a partir daí o desenvolvimento científico desta área desenrolou-se com alguma rapidez.(23)

No entanto, esta jornada não foi fácil, pois a negação cultural de crimes sexuais contra as crianças levou à supressão de determinados resultados e a resistência contra movimentos defensores das crianças e da criminalização dos perpetradores. Tal como as vítimas, a sociedade toma a atitude de ignorar algo significativo, que a assusta e traumatiza, como um mecanismo de proteção.(23)

Com a evolução da literatura científica, surgem nomes importantes como Kempe e Finkelhor.

Em 1962, o pediatra Kempe publicou um artigo denominado “The battered child syndrome”, que seria considerado um *landmark* na consciencialização do abuso infantil.(23)

Finkelhor tornou-se num investigador de referência nesta área com a sua extensa lista de artigos publicados e prémios atribuídos.(23,26)

Durante as décadas de 80 e 90 foram realizados diversos estudos sobre as consequências do abuso sexual infantil, focando-se principalmente nos efeitos psicológicos e na correlação entre a ocorrência destas experiências e a psicopatologia.(23,26) Consequentemente, surge o espaço para interrogar acerca de consequências físicas e outro tipo de efeitos e correlações.

2.2. Tipos de maus tratos

O abuso sexual é um problema de saúde pública e uma Experiência Adversa na Infância (EAI). As Experiências Adversas na Infância são eventos potencialmente traumáticos que ocorrem durante a infância, até aos 18 anos de idade.(27–30)

Podem ser considerados três domínios de Experiências Adversas na Infância: abuso, negligência e instabilidade doméstica¹. Na figura 1 pode observar-se a categorização das EAI, que incluem violência, abuso, negligência na primeira pessoa, ser testemunha de violência doméstica ou na comunidade e ter um membro da família que fez uma tentativa ou morreu por suicídio. Além disso, estão incluídas situações que perturbam a sensação de segurança e estabilidade da criança, nomeadamente crescer com membros do núcleo familiar que tenham problemas de abuso de substâncias, doença mental ou instabilidade devida a divórcio ou separação dos pais ou encarceramento de familiar.(31,32)

¹ Do inglês “household dysfunction”.

Abuso sexual infantil e as suas repercussões na vida adulta



Figura 1 - Domínios das Experiências Adversas na Infância (EAI)

Adicionalmente, a insegurança alimentar, a discriminação e outros cenários indutores de stress podem ser considerados EAI.(27)

O stress induzido pelas EAIs pode levar a alterações do neurodesenvolvimento e, por sua vez, alterar a forma como o organismo reage a situações de stress. Estes eventos estão associados a um aumento de comorbilidades na idade adulta e podem afetar negativamente aspetos da vida do indivíduo como a educação e oportunidades económicas.(27,29,31–35)

O primeiro e um dos mais significativos estudos sobre os efeitos a longo prazo de experiências adversas na infância é o *Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*, realizado por Felitti e colegas, nos EUA, em colaboração com Kaiser Permanente e o CDC, entre 1995 e 1997.(31,32)

Foram avaliados vários fatores de risco nomeadamente hábitos tabágicos, obesidade severa, alcoolismo, sedentarismo, humor depressivo, tentativas de suicídio, abuso de drogas, abuso de drogas intravenosas, número total de parceiros sexuais elevado (≥ 50) e história de infeções sexualmente transmissíveis (IST). As doenças questionadas foram doença coronária isquémica, neoplasias, acidente vascular cerebral (AVC), bronquite crónica, enfisema/ doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), diabetes, doença hepática e fraturas.

Os dados foram recolhidos através de um questionário realizado pelos investigadores, o *ACE Study Questionnaire*, que avalia sete categorias de exposições na infância: abusos físico, psicológico e sexual e instabilidade doméstica, isto é, um ambiente familiar disruptivo, que inclui situações como a violência doméstica, abuso de substâncias, doença mental, divórcio ou separação e encarceramento de membros do agregado familiar.

Foram obtidas respostas de 9 508 indivíduos de meia-idade. A subsequente análise permitiu verificar que 52% dos participantes reportaram, no mínimo, uma categoria de EAI e 6,2 % da amostra apontaram para quatro ou mais. Além disso, à medida que o número de experiências na infância aumenta, a prevalência e risco para hábitos tabágicos, obesidade severa, sedentarismo, humor depressivo e tentativas de suicídio também tendem a aumentar. Na presença de apenas uma experiência adversa na infância, constatou-se 87% de probabilidade de se revelar outra categoria de experiências traumáticas.

Assim, concluiu-se que há uma grande probabilidade da coexistência de várias EAI quando se identifica uma, e existe uma relação de dose-resposta entre o número de EAI e os comportamentos de risco ($P < 0,001$) e várias doenças² ($P < 0,05$).

Desta forma, o estudo sustenta que experiências traumáticas na infância impactam negativamente o neurodesenvolvimento da criança, aumentando o risco de problemas

² Doença cardiovascular, neoplasia, bronquite crónica, enfisema, doença hepática, fraturas e autoperceção de saúde negativa.

comportamentais, sociais e de saúde. A pirâmide das EAI - figura 2 - evidencia o mecanismo através do qual se verifica o aumento do risco supracitado e, conseqüentemente, morte prematura.



Figura 2 - Pirâmide das Experiências Adversas na Infância – adaptada de (32)

2.3. Definição de abuso sexual

De acordo com uma definição da OMS, de 1999, o abuso sexual infantil constitui “contacto sexual indesejado entre uma criança e um adulto, podendo incluir penetração oral, vaginal e/ou anal de um pénis, dedos ou objetos, toque sexual forçado e abuso sexual sem contacto”.(36)

Em 2006, a OMS altera a definição para “o envolvimento de uma criança em atividade sexual que ela não compreende completamente, para a qual é incapaz de fornecer consentimento ou não está preparada, ou que viola as leis ou os tabus sociais da criança e da sociedade. Adiciona que podem ser abusadas por adultos ou outras crianças numa situação de poder, confiança ou responsabilidade superior. (37)

Segundo o DSM-5, o abuso sexual infantil inclui qualquer ato envolvendo uma criança cuja intenção é a obtenção de satisfação sexual por parte dos pais, cuidador, ou outro indivíduo responsável pela criança. Também engloba atividades como acariciar os genitais da criança, penetração, incesto, violação, sodomia e exposição indecente. Além disso, a exploração da criança sem contacto físico é incluída, ao forçar, enganar, incitar, ameaçar ou pressionar a criança a participar em atos em prol da satisfação sexual de terceiros, sem contacto físico direto entre a criança e o abusador.(38) Esta definição já inclui a intenção do perpetrador, ao contrário das referidas anteriormente, e menciona os atos que a definição alberga. Contudo, não refere a compreensão ou preparação da criança, nem que o abuso pode ser praticado por outra criança, como descrito pela OMS, em 2006.

Segundo o Código Penal, os crimes sexuais contra crianças e jovens podem ser distinguidos em dois grupos:

- Os crimes contra a **liberdade sexual** (Art.º 163.º a 170.º do Código Penal), que penalizam todas as atividades sexuais cometidas sem o consentimento da vítima, independentemente da idade; (39)
- Os crimes contra a **autodeterminação sexual** (Art.º 171.º a 176.º-B do Código Penal), que penalizam atividades sexuais com menores até 18 anos, e cuja existência está diretamente ligada à necessidade de proteger o livre desenvolvimento da personalidade da criança ou jovem no domínio sexual.(40)

Na figura 3 - que se segue apresentamos uma síntese dos tipos de crimes sexuais contra crianças e jovens à luz da legislação atual.

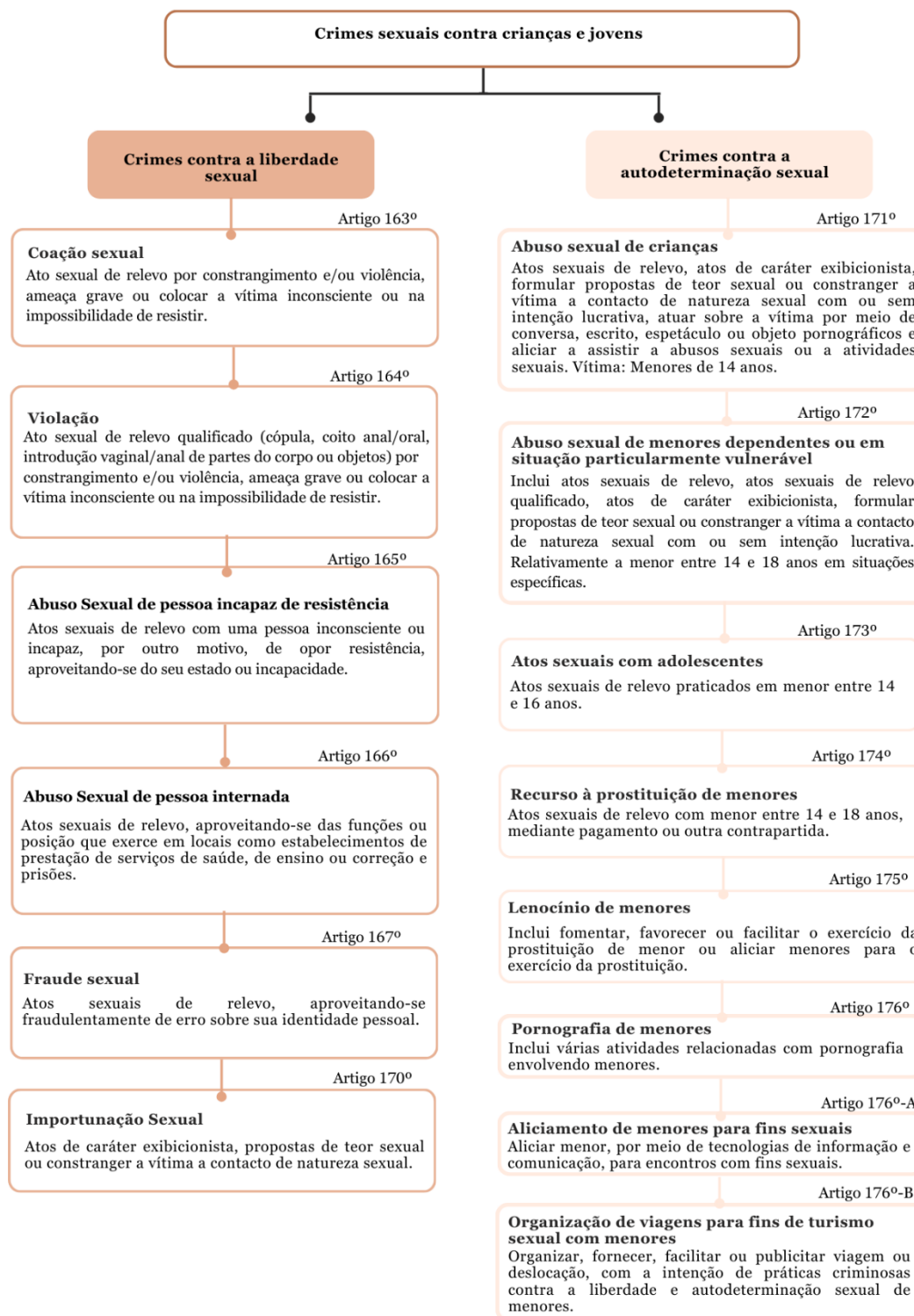


Figura 3 - Crimes sexuais contra crianças e jovens à luz da Legislação Portuguesa (39,40)

À exceção da prática de atos sexuais com adolescentes contemplado no artigo 173.º, todos os crimes apresentados na figura 3 são de natureza pública, o que significa que podem (e

devem) ser comunicados às entidades competentes por qualquer pessoa que tenha conhecimento dos eventos.

Sumariamente, de acordo com o artigo 171.º do Código Penal, o abuso sexual de crianças compreende menores com idade igual ou inferior a 14 anos e constitui a prática de ato sexual de relevo (cópula, coito oral, introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objetos) com o perpetrador ou levar a praticá-lo com outra pessoa. Além disso, são considerados atos de carácter exibicionista, formular propostas de teor sexual ou constranger a vítima a contacto de natureza sexual com ou sem intenção lucrativa. Por fim, também constitui o crime atuar sobre a vítima por meio de conversa, escrito, espetáculo ou objeto pornográficos e aliciar a assistir a abusos sexuais ou a atividades sexuais.(41)

O abuso sexual de jovens com idade compreendida entre os 14 e 16 anos é contemplado no artigo 173º - Atos sexuais com adolescentes.(40)

Outro aspeto relevante a destacar é a **diferença de abuso sexual e violação**, muitas vezes considerados sinónimos.

De acordo com o Código Penal, são ambos atos de violência sexual mas a diferença entre os crimes reside na violência, no uso da ameaça grave e força física, presentes em casos de violação. Assim, a violação compreende atos sexuais forçados e no abuso sexual é irrelevante se os atos foram ou não forçados. O abuso sexual pode ou não ser uma violação.(38)

Posto isto, perante o Código Penal, o abuso sexual de crianças distingue-se da violação e apenas abrange crianças até aos 14 anos de idade, apesar de apresentar outros crimes que incluem crianças e jovens até aos 18 anos. Já o DSM-5 inclui a violação como um tipo de abuso sexual infantil, não especificando a idade da criança.(42,43)

Na Medicina, até aos 18 anos é-se tratado na Pediatria, mas isso significa que uma pessoa de 18 anos é uma criança? Uma rapariga de 17 anos, com neurodesenvolvimento normal para a idade, bom aproveitamento escolar, com uma vida social preenchida e sexualmente ativa é uma criança?

Perante diversas fontes, somos deparados com definições ligeiramente diferentes.

A problemática da definição de abuso sexual infantil é discutida desde os anos 70.

Qual a importância da existência de uma definição uniformizada e mundialmente aceite de abuso sexual infantil? Só com uma definição conceitual comum é que os diferentes setores - social, legal, político e da saúde - identificam os casos e providenciam a resposta adequada. Definições distintas podem conduzir a resultados muito díspares de estudos semelhantes, enquanto definições claras levam a resultados mais fiáveis.

Numa perspetiva clínica, podemos admitir que uma definição precisa e aceite pela comunidade permite a identificação de casos, a sua prevenção, interrupção e tratamento de uma forma mais eficaz, permitindo um trabalho sinérgico entre os sistemas legal e social e o setor da saúde.

Segundo um artigo de Ben Mathews e Delphine Collin-Vézina (44) são identificadas três dimensões do conceito de ASI.

Na primeira dimensão temos a definição do construto do abuso sexual infantil, que engloba três aspetos: idade da criança, relação entre a criança e o abusador e o elemento de satisfação sexual.

A segunda dimensão trata-se da definição dos atos que constituem o abuso. Por fim, a terceira dimensão diz respeito ao consentimento, cujo conceito tem de estar presente na definição e estando presente, a forma como este é definido.

Posto isto, os autores recorreram a uma análise conceitual, suportada por evidência epidemiológica, políticas e ciência social no âmbito do abuso sexual infantil e desenvolveram um modelo conceitual para a definição de abuso sexual infantil em que se verificarem as quatro condições descritas na figura 4, o abuso sexual infantil está confirmado. Para uma melhor compreensão do modelo, adaptámos, simplificando, a figura presente no artigo – figura 4.

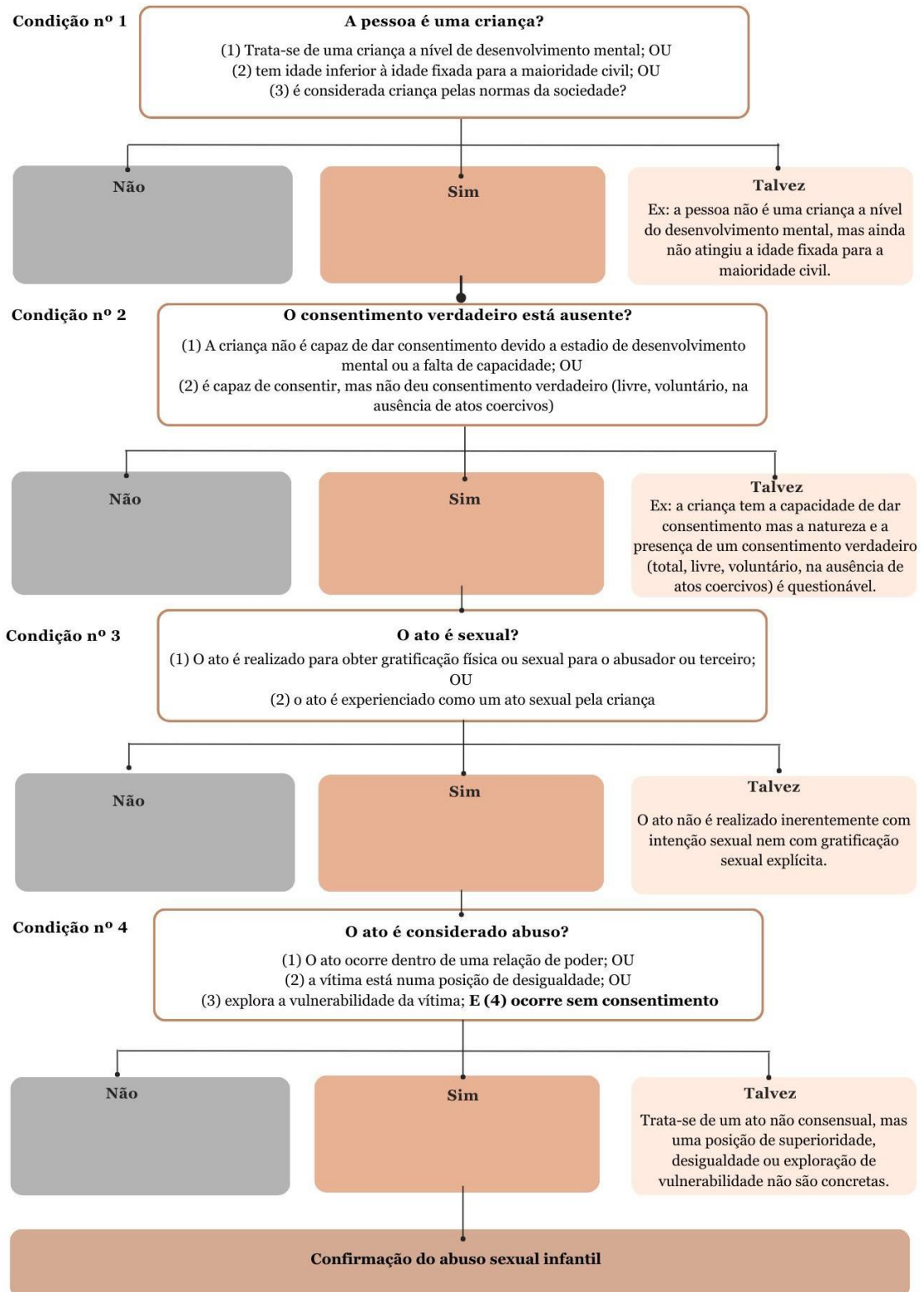


Figura 4 - Modelo concetual para a definição de abuso sexual infantil – adaptado de (44)

Em suma, chegar a uma definição aceite e reconhecida internacionalmente não é consensual, mas é urgente e necessária para o estabelecimento de normas sociais, realização de estudos, políticas e leis e para o investimento na prevenção.

3. Impacto do abuso sexual

A experiência de traumas na infância, período crítico e sensível para o desenvolvimento, pode ter um impacto muito significativo na saúde física e mental dos indivíduos.

Afeta vários domínios do bem estar, o desenvolvimento, a saúde física e mental, os tipos de relacionamento e a qualidade de vinculação. A reação da criança perante o evento depende, sobretudo, da sua idade e estado de desenvolvimento e do suporte familiar e social.(45)

A ausência de relações protetoras, em situações de stress prolongado e extremo pode culminar em stress tóxico que leva ao declínio dos sistemas e da arquitetura cerebral, com repercussões na vida adulta.(46)

Um dos estudos mais significativos sobre os efeitos a longo prazo de experiências adversas na infância (EAI) é o *Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*, mencionado anteriormente. Verificou-se que, à medida que o número de experiências na infância aumenta, a prevalência e risco para hábitos tabágicos, obesidade severa, sedentarismo, humor depressivo e tentativas de suicídio aumentam. Além disso, o estudo revelou uma correlação entre a vivência de situações traumáticas numa idade precoce e a presença de patologias como DPOC, doença coronária, doenças autoimunes, patologia hepática, perturbações somáticas, e, ainda, impacto nos custos de saúde e esperança média de vida.(32,34)

Também um relatório sobre o estudo inicial das Experiências Adversas na Infância demonstrou que os participantes que tinham vivido 6 ou mais eventos tinham morrido quase 20 anos mais cedo.(47)

3.1. Consequências físicas

A evidência científica refere que o abuso sexual na infância relaciona-se com maior prevalência de patologia orgânica na vida adulta.

O principal mecanismo através do qual se desenvolvem estas patologias e alterações em adultos com antecedentes de eventos traumáticos na infância é a inflamação.

A primeira infância constitui um período crítico para o desenvolvimento das funções imunológicas fundamentais, regulação metabólica e outros sistemas fisiológicos que afetam o bem estar a longo prazo. Qualquer tipo de influência durante os primeiros anos de vida, terá um grande impacto no solo biológico da saúde física e mental do indivíduo. O estilo de vida e ambientes promotores de saúde são extremamente importantes e deverão ser

adotados o mais precocemente possível para fortificar esse mesmo solo, pois possuem a mesma influência que as experiências da infância, e assim o cérebro poderá compensar disrupções precoces. No entanto, trata-se apenas de compensações, não revertendo os danos já pré-estabelecidos, como é o exemplo dos eventos pré concepcionais e que ocorrem durante a gravidez.(48)

Os eventos stressores crónicos, incontrolláveis ou experienciados sem qualquer tipo de suporte, suscitam respostas prolongadas, frequentes ou muito intensas na forma de ativação de circuitos neuronais e sistemas hormonais. São estas respostas exacerbadas que constituem o stress crónico, promovendo um estado de alerta constante do organismo.(49)

A ativação destes sistemas que respondem ao stress podem aumentar a vulnerabilidade do indivíduo em adquirir distúrbios fisiológicos e comportamentais durante a sua vida, afetando a sua saúde mental e física. Dois sistemas merecedores de destaque na atuação contra a ameaça são os eixos simpático-adrenal-medular e hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) responsáveis pela produção de epinefrina e cortisol, respetivamente.(46,48,50)

Em situações de stress crónico, o organismo está sujeito a uma exposição prolongada de cortisol, o que pode levar à supressão do sistema imunitário, alterações de memória e disrupções de outros processos orgânicos importantes.

Desta forma, uma pessoa torna-se mais suscetível a infeções recorrentes e, conseqüentemente, a desenvolver condições inflamatórias crónicas. Quão mais cedo na vida ocorrer este tipo de resposta ao stress crónico, maior o risco para o desenvolvimento de problemas de saúde que serão mais resistentes à terapêutica, na vida adulta.(46,48)

Acresce que experiências violentas na infância podem impactar a arquitetura cerebral e sistemas metabólicos, para além do sistema e estado imunológicos. Podem ainda levar a alterações genéticas de DNA.(16,51)

Alguns estudos recentes demonstraram que o abuso infantil está relacionado com concentrações mais elevadas de citocinas pró inflamatórias, verificando-se uma alteração do padrão inflamatório ao longo do tempo nos indivíduos com antecedentes de abuso emocional e físico. No entanto, o mesmo padrão não se verificou com o abuso sexual na infância.

Assim, especula-se que fatores como a presença de comorbilidades psiquiátricas modifiquem os resultados, ao alterar a resistência aos glicocorticoides e, desta forma, interferir com a produção de citocinas. Conseqüentemente, questiona-se quanto ao fator com maior influência no sistema imunitário: o ASI ou as perturbações psiquiátricas.(51,52)

Existem diferenças de sexo quanto à resposta biológica face o stress, nomeadamente o aumento de corticotrofina e cortisol em mulheres.(51)

A epigenética também contribui para a deterioração da saúde, através de fenómenos de hipo e hipermetilação, regulando a expressão genética e a plasticidade neuronal.

Adicionalmente, o trauma na infância relaciona-se com o encurtamento dos telómeros, o que se associa a morbilidade relacionada com a idade e a mortalidade.(33,35)

3.1.1 Obesidade

O abuso sexual na infância está associado a maior prevalência de obesidade. Esta associação poderá ser explicada, por um lado, pela maior prevalência de depressão ou perturbações alimentares ou, por outro, através de alterações endócrinas, que podem levar a um aumento da ingestão alimentar. (17,32,34,35,38,47,48,50–58) Além disso, as vítimas de trauma tendem a pertencer a um nível socioeconómico mais baixo, fumar com mais frequência e desenvolver problemas com o peso numa idade mais precoce.(33)

Um estudo observacional transversal publicado na Revista *Nature*, no ano de 2023, demonstrou que os indivíduos que reportaram ASI tinham valores séricos de grelina total mais elevados. A relação foi positiva na totalidade da amostra e em mulheres, mas não nos homens. Esta diferença consoante o género pode ser devida a um efeito estatístico causado pelo tamanho da amostra. Foram sujeitas a ASI mais mulheres do que homens, sendo estas mais representadas.

Os níveis elevados de grelina verificados anos após o abuso sugerem amplificação crónica da sinalização da grelina.

A grelina estimula a ingestão alimentar e induz aumento de peso. Além disso, diminui a perda energética, estimulando o seu ganho. A sua secreção aumenta com stress e fome.

Um achado relevante é a relação entre a severidade do abuso e a elevação dos níveis de grelina, o que pode explicar a associação predominante do abuso sexual, dentro dos vários tipos de abuso infantil, com o aumento dos valores desta hormona.(53)

Existem algumas teorias que defendem que respostas hormonais aos níveis elevados de stress podem conduzir diretamente à obesidade. O stress psicológico leva a um aumento da atividade do eixo HHA, causando um aumento da secreção de cortisol, resultando em obesidade visceral.(58)

O aumento dos níveis das hormonas de stress aliado à inflamação crónica pode resultar em insulinoresistência, podendo, conseqüentemente, levar ao síndrome metabólico e obesidade.(48)

É importante realçar que, por vezes, a obesidade é psicologicamente protetora, e assim que o paciente perde peso de forma substancial, descompensa clinicamente, ocorrendo internamentos psiquiátricos frequentemente.

Com efeito, os profissionais de saúde necessitam de ter em conta que pacientes obesos com antecedentes de abuso sexual na infância poderão assumir um comportamento de defesa, devido ao medo e receio de serem julgados pelo seu peso, agravado pela baixa autoestima. Posto isto, a abordagem deverá ser cuidadosa no que toca ao peso do indivíduo, o profissional deverá pedir autorização para abordar o tópico da obesidade, fazendo a pesagem num local privado, sem emitir ou transparecer julgamentos na comunicação verbal e não verbal.(33)

3.1.2 Doença cardiovascular

O Estudo *Adverse Childhood Experiences* de Felitti et al (32) foi o primeiro estudo a propor que os EAI estão correlacionados com o desenvolvimento de condições físicas crónicas na idade adulta, nomeadamente a doença cardiovascular.

A vivência de eventos traumáticos na infância aumenta a probabilidade do desenvolvimento de fatores de risco cardiovascular como a diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial (HTA) e hábitos tabágicos, quer durante a infância quer durante a vida adulta.(35)

O *Nurse's Health Study* demonstrou que o abuso sexual experienciado na infância aumentava o risco de desenvolver HTA na vida adulta, comparativamente à ausência da experiência deste tipo de abuso.(59)

Teorizam-se três mecanismos através dos quais os maus tratos infantis podem aumentar o risco cardiovascular: comportamentos, saúde mental e mecanismos biológicos. Comportamentos como ingestão alimentar, atividade física e sono podem ser alterados no contexto de situações de stress. Além disso, novos hábitos deletérios podem ser adquiridos na forma de mecanismos não adaptativos de *coping* como o tabagismo e o abuso de álcool. Os problemas do foro psicológico podem surgir, mediados por fatores genéticos e efeitos neurobiológicos do trauma, tornando os indivíduos mais vulneráveis ao risco cardiometabólico. Para além dos efeitos diretos que advêm da própria doença, a terapêutica destas perturbações, como antipsicóticos e estabilizadores do humor, pode ter efeitos

nocivos para a saúde cardiovascular, afetando o controlo glicémico, tensão arterial e peso corporal.

Além disto, os indivíduos com perturbações do humor tendem a não realizar exercício físico suficiente e o seu sono e alimentação são afetados, contribuindo para o risco cardiometabólico.

Por fim, vários processos biológicos podem ser alterados, traduzindo-se num fenótipo pró inflamatório e numa desregulação do eixo HHA.

A inflamação crónica acelera a aterosclerose e esta desregulação com concentrações elevadas de catecolaminas e outras hormonas de stress durante períodos prolongados leva a níveis aumentados de endotelina 1 e insulina, que, por sua vez, contribuem para o aumento do risco cardiovascular.

A interação de todos estes mecanismos afeta a morbidade e a mortalidade cardiovasculares.(35,48,60)

3.1.3 Diferenças entre homens e mulheres

A revista internacional da Sociedade Britânica Cardiovascular, *Heart*, publicou um artigo em 2020 que analisava as diferenças de sexo na associação entre o risco cardiovascular e os maus tratos infantis.(61)

Com uma amostra de 157 311 indivíduos, com idades compreendidas entre os 40 a 69 anos, recrutados do biobanco do Reino Unido, confirmou-se a associação entre o risco cardiovascular aumentado e os vários tipos de maus tratos, em ambos os sexos.

O estudo revelou que todos os tipos de maus tratos eram mais prevalentes em mulheres, exceto abuso físico, mais prevalente nos homens. As mulheres também tinham maior probabilidade de terem sofrido um maior número de tipos de maus tratos infantis. Além disso, os autores referem que a prevalência dos maus tratos infantis diminui com o aumento da idade, exceto para o abuso sexual nos homens. A doença cardiovascular tinha uma prevalência de 54,3 % nos homens e 40,3 % nas mulheres, e todos os tipos de patologia cardiovascular era mais frequente no sexo masculino.

Na mulher, verificou-se a associação entre todos os tipos de maus tratos infantis e risco aumentado de hipertensão arterial. Em contrapartida, nos homens, todos os tipos de maus tratos, exceto o abuso sexual, estavam associados a um maior risco de hipertensão e doença cerebrovascular.

De notar que as associações entre os maus tratos e a doença cardiovascular revelaram-se mais fortes para o sexo feminino.(61)

Os homens desenvolvem patologia cardiovascular mais precocemente, ao invés que as mulheres apresentam uma mortalidade cardiovascular superior. Esta diferença de mortalidade poderá dever-se ao maior impacto do stress psicológico na patologia cardiometabólica nas mulheres, ou por estas serem mais vulneráveis a este tipo de stress. Além disso, existe um efeito dose-resposta, observando-se que à medida que o número de abusos e tipos de maus tratos aumenta, maior é o risco cardiovascular. Como as mulheres têm a tendência de somarem um maior número de abusos, poderá ser outro fator a ter em conta.(54,55)

3.1.4 Saúde oral

A manutenção da saúde oral em sobreviventes de abuso sexual na infância pode constituir um verdadeiro desafio, verificando-se uma associação entre o abuso sexual na infância e uma deterioração da saúde oral.(56,62)

Um recente estudo sueco procurou analisar as perceções de saúde oral de indivíduos com este tipo de trauma, pelo que foram entrevistados 10 mulheres e 1 homem entre os 19 e os 56 anos. O estudo permitiu reconhecer as duas principais condições que dificultam a manutenção da saúde oral em sobreviventes de ASI: o significado emocional, com barreiras emocionais e alívio, e os obstáculos à saúde oral - autocuidado com dificuldade a consultas dentárias árduas.

As consultas dentárias eram vistas como acontecimentos difíceis devido ao medo dentário. Alguns participantes não toleravam objetos na cavidade oral ou sentiam-se numa posição de vulnerabilidade.

Ainda de acordo com este estudo, verificou-se que emoções como a vergonha, que guiam as decisões relativas a saúde oral e a ansiedade antecipatória, com a visualização de cenários catastróficos e sintomas psicossomáticos, impedem os participantes de aparecer nas consultas. O medo leva a comportamentos de evitamento: para não se recordarem do abuso passado, os participantes evitam as consultas do dentista.

Por outro lado, quando uma consulta era bem sucedida, e os medos ultrapassados, os participantes sentiam um profundo alívio e gratidão pelo profissional de saúde.

As dificuldades socioeconómicas juntamente com o evitamento do tratamento dentário, conduziam diversas vezes a situações de emergência que, conseqüentemente, exigiam

anestesia geral, o que era sensível a alguns participantes, pois ficavam num estado inconsciente similar às situações de abuso vivenciadas.

Portanto, os profissionais de saúde oral devem estar cientes destas barreiras emocionais e cognitivas para identificar comportamentos suspeitos e de evitamento, de forma a intervir e ajudar o seu paciente.(62)

3.2. Consequências psicológicas e comportamentais

Nem todo o abuso infantil é óbvio e deixa sinais físicos. Mais de 90% das crianças abusadas sexualmente não apresentam sinais evidentes, pelo que é extremamente importante conhecer os sinais silenciosos, nomeadamente as mudanças comportamentais, e ter noção de que as consequências emocionais e psicológicas são as mais marcantes e duradouras.(58)

A evidência neurobiológica demonstra que o trauma não resolvido interfere com a capacidade de permanecer funcional diariamente e de regular emoções e comportamentos.(63)

O estudo *Adverse Childhood Experiences* foi pioneiro no estabelecimento da relação entre eventos adversos precoces e comportamentos de risco e perturbações mentais e somáticas. Verificou-se que à medida que se acumulavam experiências na infância, a prevalência e risco para hábitos tabágicos, sedentarismo, humor depressivo e tentativas de suicídio aumentavam.(32)

De facto, esta experiência traumática aumenta a probabilidade de um indivíduo sofrer de uma doença psiquiátrica, como a depressão, perturbações de ansiedade e de stress pós traumático (PSPT), adotar comportamentos auto lesivos e abusar do consumo de álcool e substâncias, bem como levar a pensamentos suicidas e tentativas de suicídio.(33,49,51,56,63,64)

O fenómeno de dissociação também é referido frequentemente em vítimas de ASI. Ocorre uma dissociação das memórias do abuso através do processo psicológico de separação do abuso sexual do próprio, ocorrendo durante a relação sexual.(17,26,65–68)

Quanto a comportamentos aditivos, existe uma relação evidente entre o ASI e o abuso de substâncias, com a população feminina a apresentar maior prevalência de abuso de substâncias.(50,64,69,70)

O risco do abuso de substâncias correlaciona-se diretamente com a severidade do abuso e a sintomatologia psiquiátrica atua como mediador desta relação. Nesta situação, apesar da maior vulnerabilidade, é menos provável a procura de ajuda profissional e tratamento.(64)

Contudo, os comportamentos aditivos não se aplicam somente a drogas e álcool, mas também à comida, podendo desenvolver-se distúrbios como o transtorno de compulsão alimentar.(33,48,49,51,58,69)

O ato de comer pode servir como um mecanismo de libertação de stress e tensão, tornando-se uma forma desadaptativa de lidar com o trauma, bloqueando pensamentos ou emoções

não desejados. Por outro lado, pode ser uma forma de expressar o ódio pelo seu próprio corpo ou de proteção, tentando tornar-se menos desejável fisicamente.(33,58)

Outra hipótese sugere que as perturbações alimentares se desenvolvem como consequências da obesidade despoletada pelo ASI.(50)

Estas perturbações alimentares tendem a afetar mais as mulheres e apresentar taxas mais elevadas em países com rendimentos mais elevados.(58)

Já de acordo com a perspetiva da alteração de comportamentos com vista a autopreservação, que pode ser verificada nas perturbações alimentares associadas a ASI, a mudança do próprio indivíduo e a evicção de locais onde poderá encontrar o agressor constituem estratégias para criar uma zona de conforto e desviar a atenção masculina, evitando confrontos sexuais. Com o mesmo objetivo, pode observar-se à eliminação de características femininas ou à adoção de comportamentos antissociais.(17)

As experiências de violência sexual numa idade precoce da vida podem interferir na forma como são vividas as relações interpessoais.(63)

Analisando a dinâmica interpessoal, verifica-se uma relação entre ASI e maior *distress* do casal, maiores taxas de divórcio e dissoluções, menor frequência de união matrimonial dentro dos sobreviventes e níveis mais elevados de insegurança de apego.

Verifica-se, também, uma relação entre ASI e dificuldades parentais. As mulheres reportam maiores níveis de stress como mães, e autoavaliam-se como menos competentes, sentindo-se menos satisfeitas.(66)

Além disso, é importante pesquisar alterações do sono, como a frequência de pesadelos, apneia do sono, insónia e narcolepsia, num indivíduo com antecedentes de trauma na infância. Efetivamente, o ASI está associado a maior risco de desenvolvimento de perturbações do sono.(50,51,55,60,71)

O mecanismo subjacente a esta relação consiste, principalmente, na higiene do sono e em comportamentos de risco como o abuso de álcool e tabaco. Estes comportamentos, são adotados, muitas vezes, como tentativas de adaptação ao trauma.

No entanto, nem todas as formas de lidar com o trauma são maladaptativas. A realização de atividades autorrefletivas como a meditação, a escrita, atividades artísticas e a leitura são utilizadas como tentativa de dar significado ao que aconteceu, procurar a sua identidade e encontrar um significado para a vida. Por outro lado, para perdoar, muitos sobreviventes

recorrem à religião ou tentam encontrar significado nas suas experiências de ASI ou usá-las para ajudar os outros.(17)

3.3. Consequências sexuais

O ASI tem um impacto muito significativo na forma como o indivíduo vivencia a sexualidade. Os problemas relacionados com a sexualidade foram dos mais fortemente relacionados com o ASI.(55)

Este tipo de abuso pode resultar em disfunção sexual, compulsividade sexual e comportamentos sexuais de risco (incluindo consumo problemático de pornografia), que passamos a descrever com maior pormenor.(65)

A **disfunção sexual** consiste em qualquer problema no ciclo de resposta sexual. É mais prevalente em adultos com história de ASI do que em adultos sem estes antecedentes.

O abuso sexual na infância acarreta um risco elevado para o desenvolvimento de disfunção sexual em ambos os sexos, nomeadamente problemas relacionados com o desejo sexual, excitação sexual, orgasmo e dor.(65,72)

Esta associação ocorre devido a vários fatores, dentro dos quais: associações cognitivas que se estabelecem entre o abuso e a sexualidade, stress diário, dinâmica familiar, níveis de stress pós traumático, métodos de *coping* sexuais não adaptativos, vergonha sexual, imagem corporal negativa e baixa auto estima, sintomatologia depressiva e emoções negativas relacionadas com atividade sexual (medo, fúria, etc.).(72,73)

As mulheres com história de ASI reportam mais frequentemente problemas com o desejo e excitação sexuais, enquanto a população feminina geral reporta como a disfunção sexual mais frequente o desejo sexual hipoativo.(65,72,74)

Existem características do abuso que podem contribuir para o aumento do risco da disfunção sexual, nomeadamente o abuso repetido, múltiplos abusadores, longa duração, ameaça ou uso de força e situações em que o abusador foi o pai. Verificam-se resultados mistos quando se estuda a relação com a penetração ou tentativa de penetração.(72)

Estas diferenças podem sugerir mecanismos de doença distintos em mulheres com e sem história de ASI.

As mulheres com antecedentes de ASI e disfunção sexual respondem menos a terapia sexual, quer farmacológica, quer psicoterapêutica. Contudo, respondem melhor a terapia sexual baseada em *mindfulness* ou em consciencialização corporal.(72)

Por outro lado, o estudo do impacto do abuso sexual na sexualidade dos homens é limitado.(74) Mas sabe-se que os homens reportam problemas no desejo sexual, disfunção erétil e alterações da ejaculação.(73,74) É importante que seja investigada a razão pela qual

os homens são mais relutantes em participar em estudos sobre o abuso sexual na infância.(74)

A disfunção sexual pode ser interpretada como uma proteção temporária, isto é, um estado provisório para evitar novamente o trauma (*re-traumatization*), regular a proximidade dentro de uma relação, ganhar a sensação de poder e controlo e evitar a vulnerabilidade, restaurando uma imagem positiva do próprio.(73)

Para isso, o indivíduo pode desenvolver estratégias evitantes, sob a forma de desengajamento emocional e comportamental.

Por um lado, a nível emocional, os sobreviventes podem dissociar durante a atividade sexual, por outro, a nível comportamental, a evicção da atividade sexual tem o intuito de evitar *triggers*, *flashbacks* ou pensamentos intrusivos.(73)

A necessidade de controlar a intimidade de uma relação advém da quebra de confiança aquando do abuso sofrido. O sobrevivente vai ter dificuldade em confiar em si próprio, nos outros e em relações, podendo adotar um estilo de vinculação evitante, o que prediz níveis baixos de desejo sexual.

De modo a evitar a vulnerabilidade e ganhar a sensação de poder e controlo, a disfunção sexual pode servir como um meio de controlar a atividade sexual numa relação.(73)

Para restabelecer uma imagem positiva do próprio, afastando o estigma e a culpa, o sobrevivente pode recorrer à personificação, principalmente em distúrbios de dor, em que a disfunção/corpo é separada do indivíduo, preservando uma autoimagem positiva.

Desta forma, num caso de abuso sexual, devem ser percebidos que partes do trauma estão a ser protegidos pela disfunção sexual e evitar passar imediatamente para a terapêutica. O sobrevivente deve ser auscultado para percebermos os seus sentimentos quanto à sua disfunção.(73)

As minorias sexuais e de género estão associadas a maiores taxas de antecedentes de ASI.(67)

Diversos estudos revelam omissão de sobreviventes da comunidade LGBTQIA+ e da população masculina. Daí ser importante realizar estudos que incluam estes segmentos populacionais.(67,74)

Além disso, seria relevante estudar se as consequências deste tipo de abuso variam consoante a orientação sexual, sexo e género.(67)

A **compulsividade sexual** é a incapacidade persistente de controlar os impulsos intensos, resultando em comportamento sexual de repetição durante um período extenso que causa *distress* ou afeta o funcionamento normal do indivíduo. Um dos comportamentos mais frequentes é o consumo problemático de pornografia.(65)

O uso de pornografia é impessoal, pela ausência de uma relação íntima. Os sobreviventes de abusos, em que uma relação de confiança foi quebrada, são mais prováveis de recorrer a pornografia como uma forma de obter prazer, sem se comprometerem numa relação íntima, conexão emocional ou contacto físico.

Assim, pode ser uma tentativa de aliviar o stress da hipervigilância ou regular emoções complicadas, dando uma falsa percepção de controlo. Evitando o contacto sexual, são evitados *triggers* sexuais. Assim, este evitamento de proximidade e intimidade é comum.(65)

Vários estudos apontam para uma relação entre abuso sexual na infância e a adoção de **comportamentos sexuais de risco**, principalmente no final da adolescência ou na idade adulta.(20,65,75) Esta associação reflete-se em ambos os sexos, sem grandes disparidades. Os comportamentos de risco incluem ter início sexual precoce, possuir múltiplos parceiros sexuais, envolver-se em relações sexuais desprotegidas ou sob o efeito de substâncias, comércio sexual e prostituição.(65,75) Consequentemente, estes comportamentos podem levar a IST e outras complicações de saúde que evidenciam a importância da prevenção dos mesmos.(20) O risco de infeção por HIV é maior quando o abuso acontece numa fase mais tardia da infância.(50)

Por outro lado, alguns autores referem que antecedentes de ASI estão fortemente relacionados com relações sexuais sob efeito de substâncias /álcool, múltiplos parceiros e infidelidade.(67,75)

Aumenta ainda a probabilidade de exploração sexual na infância até quase 4 vezes.(63)

Por fim, agrandar o parceiro sexual, ignorando as necessidades e desejos sexuais individuais, é um dos comportamentos verificados entre os sobreviventes, como uma forma de reencenação do trauma.(65)

Podem, ainda, envolver-se em relações semelhantes às abusivas, como forma de emendar o passado aliviando o stress associado ao abuso sexual passado.(65)

3.4. Consequências socioeconómicas

O abuso sexual infantil relaciona-se com as desigualdades socioeconómicas, não só enquanto um possível fator predisponente mas também como uma consequência.

3.4.1 Consequências académicas e laborais

Vários estudos verificam um impacto negativo na performance académica de sobreviventes, bem como um efeito negativo na continuação dos estudos após a conclusão do secundário. Este efeito pode ser mediado pela gravidade do abuso, vivência de múltiplos abusos ou sintomas da perturbação de stress pós traumático.(6,54,76,77) Consequentemente, pode ser ainda verificada uma diminuição salarial associada.(54,56,77,78)

Neste sentido, um estudo longitudinal coorte publicado no *American Journal of Preventive Medicine*, em 2023, teve o objetivo de contrariar a tendência de grande parte dos estudos e avaliar uma amostra numa faixa etária mais avançada que os primeiros anos da fase adulta. De facto, os jovens adultos são mais propensos a viver períodos de instabilidade financeira, por estarem a iniciar a sua atividade laboral.

A amostra deste estudo era constituída por 3020 crianças de um infantário no Quebec, Canadá, 50,5% do sexo masculino e 49,9% do sexo feminino, acompanhadas durante o período de 1986-1988 até 2017.

Foram obtidos reportes oficiais de abuso sexual até aos 18 anos e auto reporte aos 22 anos, associados a remuneração entre os 33 e 37 anos.

A análise dos dados revelou que adultos que auto reportaram abuso sexual no seio familiar, penetração ou tentativa de ato penetrativo ou denúncias oficiais ganhavam menos nas idades entre os 33 a 37 anos, comparativamente a indivíduos sem antecedentes de abuso sexual.

Concluiu-se que a associação com a remuneração se acentua nos tipos mais severos de abuso sexual, envolvendo penetração ou tentativa de ato penetrativo ou ocorrendo dentro do seio familiar.(78)

O impacto económico também advém dos custos dos tratamentos psicológico, psiquiátrico e médico. Nos EUA, o custo médio de ASI por vítima foi estimado de 1 128 334 dólares por mulher e 1 482 933 dólares por homem durante o curso de uma vida. Em vários países europeus, as vítimas têm de pagar a terapia semanal no setor privado, por não terem a oportunidade de usufruírem do serviço no sistema de saúde público.(6)

3.4.2 Estigma social

As pessoas com experiências traumáticas na infância sofrem significativamente com a antecipação do estigma. Sentem-se especialmente relutantes em falar sobre abuso sexual na infância, em contraste com outros tipos de traumas, contribuindo para a conspiração do silêncio. Por conseguinte, guardam para si estas experiências, vivenciando isoladamente todo o sofrimento e dor.(68,79) Este comportamento de antecipação das reações sociais negativas está associado a uma maior prevalência de depressão, PSPT e mecanismos mal adaptativos de *coping*. Portanto, o estigma pode agravar as consequências do trauma na saúde mental, uma vez que leva ao isolamento social, atrasando a busca por ajuda ou mesmo impedindo este passo fulcral.(80)

Neste sentido, um estudo alemão, publicado em 2021, aferiu que 61,5 % dos indivíduos inquiridos concordavam que pessoas com história de abuso sexual na infância estariam “permanentemente danificadas”, demonstrando que o estigma que associa o abuso sexual às dificuldades nas relações é real.(68)

O contexto social e cultural pode dificultar a revelação do abuso sexual e a recuperação após o trauma, se for perpetuada uma cultura de estigmatização ou aceitação da violência, onde a sexualidade é tabu e a hostilidade predomina.(80) Contudo, se existir diálogo sobre a sexualidade e o envolvimento da comunidade, estabelecendo-se um ambiente de confiança, onde as pessoas não se sentem relutantes a discutir temas mais sensíveis, criar-se-á um espaço de partilha de experiências pessoais, onde pedir ajuda não é assim tão aterrador como se poderia pensar.

4. Intervenções

Os profissionais dos cuidados de saúde têm um papel fundamental na identificação de casos de abuso sexual de crianças, possuindo a responsabilidade ética e legal de os reportar.

Os objetivos da intervenção, face a uma suspeita de maus tratos infantis, visam proteger a criança, intervir no risco de forma a prevenir a evolução para o perigo e evitar a recorrência.(81)

Os interesses da criança devem ser tomados como superiores, a privacidade e o respeito pela intimidade devem ser salvaguardados e a intervenção deve ser o mais precoce possível, incluindo apenas os intervenientes necessários. Assim, para formar a suspeita, é imprescindível a deteção de contextos, fatores de risco e de sinais de alarme.(58,81)

Além disso, o profissional deve dominar um conjunto de estratégias comunicacionais com o objetivo de estabelecer uma relação de confiança e abertura com a criança, jovem ou adulto, de modo a tornar o processo da investigação clínica/revelação menos traumatizante.(81)

4.1. Intervenções junto da criança e da família

4.1.1 Identificação de sinais e sintomas do abuso sexual em crianças

O abuso sexual pode revelar-se em alguns sinais físicos como hematomas, eritema, lacerações ou edema inexplicáveis nos genitais, região anal ou mamária; marcas de restrição física nos pulsos ou sinais de defesa no antebraço; prurido vaginal ou anal intenso; infeção sexualmente transmissível, corrimento fora do habitual, sangue na urina ou nas fezes e gravidez. Outros sinais como lesões ou petéquias no palato, verrugas orogenitais, marcas de mordedura ou de sucção são suspeitos.(81)

Outros indicadores encontram-se descritos na tabela 1.

No entanto, na maioria dos casos, o abuso não é visível, passando despercebido pela ausência de indícios específicos e o silêncio da criança, por isso, o clínico deve estar atento a mudanças comportamentais e do foro psicológico que podem ser indicadores, e não prova, do abuso sexual.(58) Na tabela 2 encontram-se descritos alguns dos principais sintomas psicológicos e comportamentais do abuso sexual infantil.

O estabelecimento de um diagnóstico é geralmente baseado no testemunho da criança obtido por um profissional que formula perguntas não sugestivas. Este diálogo com a vítima e o seu responsável legal é o elemento mais importante da avaliação médica.(58)

Tabela 1– Sinais, sintomas e indicadores de abuso sexual – adaptada de (81)

Lesões externas nos órgãos genitais

Presença de sémen no corpo da criança

Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais

Leucorreia persistente ou recorrente

Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal

Lesões no pénis ou região escrotal

Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio dos lábios

Laceração do hímen

Infeções sexualmente transmissíveis

Gravidez

Tabela 2 – Sintomas psicológicos e comportamentais do abuso sexual infantil – adaptada de (58)

Distúrbios do sono, pesadelos, terrores noturnos

Episódios recorrentes e inexplicáveis de dor abdominal, cefaleias, vômitos e náuseas

Alteração súbita da personalidade, isolamento

Comportamento regressivo: enurese, apego excessivo aos pais, chuchar no dedo

Hiperatividade, falta de concentração, dificuldades na aprendizagem

Depressão, tristeza, tentativa de suicídio

Abuso de álcool ou drogas

Fugir de casa, comportamento desafiante contra pais ou outro adulto

Resistência a rotina de higiene, ir à casa de banho ou em retirar roupa em situações adequadas

Interesse súbito em sexo, comportamento sexual provocativo, atividade artística relacionada com sexualidade, violência sexual contra pares, masturbação intensa não adequado ao estadio de desenvolvimento psicosexual, linguagem relacionada com sexo

Auto lesão

Mudanças significativas nos padrões alimentares: perturbações alimentares ou obesidade

Portanto, é essencial que os profissionais de saúde e justiça estejam cientes de que o ASI é uma possível causa para estes problemas. O rastreio do ASI é importante quando surge um indivíduo com algum destes sinais ou sintomas. No adulto, pode ainda ser útil a aplicação de instrumentos de rastreio disponíveis, tais como o *Child Trauma Questionnaire*. E para além das vítimas, as suas famílias devem ser observadas e tratadas adequadamente.

O rastreio e tratamento devem ser efetuados o mais precocemente não só para prevenir sintomas e evitar o desenvolvimento de problemas a longo termo, como para evitar que crianças e jovens desenvolvam comportamentos sexuais prejudiciais e os apliquem a terceiros.(55)

4.1.2. Intervenção nos Cuidados de Saúde Primário e Secundário

Tanto num contexto de cuidados de saúde primários como secundários, o profissional de saúde, após a deteção de fatores de risco, proteção e agravamento na criança/jovem e família - Tabela 3 - deve, por um lado, observar de forma ativa e continuada a evolução destes fatores e o seu impacto, e, por outro, aconselhar e apoiar os pais ou cuidadores no desenvolvimento de competências parentais.

Esta observação tem lugar nos Programas-tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil, onde se faz a recolha e registo dos fatores de risco, fatores de proteção e de agravamento que foram percecionados e da sua evolução e impacto na criança.

Quanto ao procedimento devem ser agendadas observações periódicas da criança e se necessário aumentar a frequência das mesmas. A severidade do caso deve ser avaliada através da ponderação do equilíbrio detetado entre os fatores de risco, de proteção e de agravamento.

Quando possível, as visitas domiciliárias, com a articulação entre os profissionais de diferentes Unidades Funcionais do ACES, dos hospitais e de outros parceiros, são de valorizar e são boas oportunidades para colaborar com os cuidadores no desenvolvimento das competências parentais.

Quando surgem **sinais de alerta**, o profissional tem a função de recolher, analisar e registar a informação sobre os sintomas detetados para excluir causa orgânica. Perante o sinal de alerta, o profissional deve valorizar a atitude dos cuidadores da criança durante todo o processo da investigação, obtendo mais informação junto de outros profissionais das

diferentes Unidades Funcionais e pesquisar se existe uma sinalização anterior, junto do Núcleo (Hospitalar) de Apoio a Crianças e Jovem em Risco (N(H)ACJR).

Tabela 3 – Fatores de risco, proteção e agravamento		
Fator	Definição	Exemplos
Fatores de risco	Variáveis biopsicossociais que aumentam a probabilidade de ocorrência/manutenção de situações de maus tratos	<p>Na criança:</p> <p>Nascimento prematuro</p> <p>Doença crónica</p> <p>Temperamento difícil</p> <p>Familiares:</p> <p>Cuidadores vítimas de maus tratos</p> <p>Insegurança económica</p> <p>Família disfuncional</p>
Fatores de proteção	Variáveis biopsicossociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, diminuindo o impacto dos fatores de risco	<p>Na criança:</p> <p>Sucesso escolar</p> <p>Temperamento fácil</p> <p>Familiar:</p> <p>Segurança económica</p> <p>Boa integração comunitária</p>
Fatores de agravamento	Eventos ou novas circunstâncias de vida que modificam a dinâmica entre fatores de risco e de proteção, podendo precipitar a ocorrência de maus tratos	<p>Separação, divórcio</p> <p>Luto</p> <p>Desemprego</p> <p>Migração</p> <p>Desastre natural</p>

Se não for confirmada a situação de maus tratos, mas permanecer o sinal de alerta, as observações periódicas da criança devem ser mais frequentes, e talvez seja pertinente articular com Saúde Mental, Serviço Social e outros parceiros e elaborar Plano Individualizado de Apoio à Família.

No caso de **maus tratos** e numa situação **urgente**, em que se verifica perigo atual ou iminente para a vida ou integridade física da criança e oposição à intervenção por parte de quem possui a responsabilidade parental/ de quem tenha a guarda de facto da criança, deve ser ativado o Procedimento de Urgência (Art. 91º da Lei 147/99). A situação deve ser comunicada ao Ministério Público, e deve proceder-se à redação de um relatório clínico para enviar ao N(H)ACJR. As entidades policiais retiram a criança do perigo e solicitam colocação em Centro de Acolhimento Temporário ou outro local apropriado.

Se a situação não for urgente com as características mencionadas anteriormente, os profissionais de saúde devem obter mais informação como os antecedentes pessoais da criança, incidentes anteriores, episódios de hospitalização anteriores, acompanhamento noutros serviços de saúde e situação sociofamiliar, de modo a confirmar os maus tratos.

Se não for possível confirmar a situação de maus tratos, a observação deve ser mantida através do Programa de Saúde Infantil de Juvenil.

Confirmada a suspeita, deve ser sinalizada a situação ao N(H)ACJR através do Sistema de Informação para Crianças e Jovens em Risco (SICJR) que informa se já existe processo para aquela criança. Se existir processo já aberto, o profissional de saúde deve acompanhar o caso mas aguarda contacto do N(H)ACJR. Caso contrário, sem processo aberto, o profissional elabora Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) em consultadoria com N(H)ACJR.(81)

4.2 Cuidado informado sobre o trauma

O cuidado informado sobre o trauma surge como um importante guia que fornece apoio a vítimas de traumas e traz consciencialização e compreensão do trauma.(35)

De facto, o cuidado informado sobre trauma reconhece a possibilidade da existência de traumas e responde de maneira a evitar a retraumatização. Considerando esta abordagem, a realização de questionários sobre experiências adversas na infância e a pesquisa de eventos traumáticos devem ser repensadas, pois podem ser prejudiciais. Proceder a um rastreio de EAI é apenas adequado se for aplicada uma abordagem informada sobre o trauma e se for possível assegurar as condições de acompanhamento subsequente, nomeadamente serviços sociais, referências e terapêuticas.(45,82)

É relevante distinguir os conceitos de serviços centrados no trauma e cuidados informados sobre trauma. Os **serviços focados no trauma** são modelos de tratamento baseados na evidência que facilitam na recuperação da experiência traumática, nomeadamente nas suas consequências – emocionais, comportamentais e fisiológicas.

Já o **cuidado informado sobre o trauma** é uma abordagem global e universal para fornecer cuidados de qualidade, baseados na segurança emocional, física e psicológica, criando a possibilidade de ganhar a sensação de controlo e empoderamento através de uma relação segura e colaborativa entre o paciente e o profissional.(45)

4.3. Intervenções psicológicas

Entre os **adultos** expostos a eventos stressores, nem todos desenvolvem obrigatoriamente uma patologia.

A resiliência é a capacidade de adaptação ou recuperação perante uma adversidade, sendo um marcador de saúde mental e física. Esta capacidade pode prevenir e alterar os efeitos do ASI num indivíduo.(35) É esta capacidade de superação que as intervenções psicológicas propõem aumentar, juntamente com a auto eficácia e o conjunto de métodos de *coping* saudáveis.(83)

A psicoterapia deve ser realizada por profissionais com experiência em trabalhar com vítimas de ASI.(83)

O seu valor terapêutico é muito precioso, pois pode ajudar a ultrapassar pensamentos e sentimentos difíceis como a culpa, a vergonha ou a baixa autoestima, passando a sentir a sua experiência reconhecida. Com o auxílio do terapeuta, estratégias mais saudáveis para lidar com o sofrimento podem ser construídas e, posteriormente, adotadas. Pode, ainda, ajudar no desenvolvimento de relações interpessoais de confiança com a imposição de limites adequados.(19)

A terapia cognitivo-comportamental demonstra-se a intervenção mais eficaz, sendo a modalidade de tratamento mais escolhida.(83,84)

Terapias baseadas em *mindfulness*, escrita expressiva e terapia em grupo também são usadas.(35,83) As vítimas sentem conforto ao falar da sua experiência com outros sobreviventes.(17)

4.4. A revelação

A revelação do ASI é um processo dinâmico e duradouro e não um evento único, que permite aos sobreviventes obterem tratamento o mais precocemente possível e prevenir a vitimização sexual no futuro. As vítimas sentem-se hesitantes, mas quando falam das suas experiências tendem a sentir alívio.(17)

Quando as crianças revelam as suas situações de abuso, uma grande percentagem recorre aos seus pares, e, aproximadamente, 6 a 15% dos casos é dado a conhecer às autoridades legais.

Contudo, a maioria das vítimas não revela o abuso sexual experienciado. E quando o faz, este processo é, geralmente, adiado para a idade adulta.(85)

A idade média de revelação constatada num estudo de 2014, cuja amostra era constituída por mais de 1000 vítimas de ASI, foi aproximadamente de 52 anos.(86)

O relatório final elaborado pela Comissão Independente para o Estudo dos Abusos Sexuais de Crianças na Igreja Católica Portuguesa descreve que, em 54% dos casos, a revelação ocorreu em idade adulta e quase metade afirmou que foi a primeira vez que falaram da sua situação de abuso. Considerando a idade média das vítimas (52 anos), verificou-se um tempo prolongado de silêncio e segredo.

Acresce que os homens tendem a revelar em idades mais tardias do que as mulheres, o que poderá dever-se a estereótipos que assumem a mulher como uma pessoa vulnerável e associam o homem a um papel de controlo e poder nas suas relações sociais.

Entre quem revelou o abuso, mais de metade fê-lo a familiares e 9,4% recorreu a médicos ou outros profissionais (incluindo psicólogos com quem já tinham acompanhamento terapêutico).(5)

Portanto, a revelação do ASI constitui um processo interativo, influenciado por fatores facilitadores e barreiras. As barreiras que impedem ou atrasam a revelação do ASI podem ser intrínsecas, isto é, relacionadas com a vítima, ou interpessoais/sociais.

A idade e o género são fatores importantes do próprio indivíduo. Assim, quanto mais jovem for a vítima, menor será a probabilidade de contar o sucedido e se pertencer ao género masculino tende a revelar menos os abusos devido ao receio de serem julgados e vistos como homossexuais ou por causa dos estereótipos e normas de género quando o perpetrador é uma mulher.

Em contrapartida, as mulheres sentem receio de não acreditarem nelas ou de lhes ser atribuída a culpa do abuso.(80)

Se o perpetrador fizer parte da família, ou for próximo da mesma, a revelação vai ser dificultada, verificando-se, frequentemente, durante a infância, a imposição do silêncio e do segredo, o sentimento inculcado de que a pessoa é “especial” e que por isso é que foi a “escolhida” para receber este “carinho” ou a ideia de que se trata de uma demonstração de um amor imensurável.(80,81,85)

A maior parte dos casos conhecidos de abuso sexual de crianças foram reportados por testemunhas ou por suspeita e não por autoreporte.(80) Os sentimentos de vergonha, culpa e medo são barreiras psicológicas, além do receio do impacto na família.(80,84,85)

Pelo contrário, se o abusador não viver com a vítima, será mais fácil falar sobre o abuso.

Outro fator facilitador é o contexto, isto é, ambientes seguros e propícios à abertura, como as sessões terapêuticas ou sessões sobre sexualidade.(80) Também a família constitui um fator importante: se o contexto familiar da vítima for restritivo, inflexível e disfuncional, a vítima não irá sentir a segurança e apoio necessário para falar de algo tão sensível para si. No entanto, se as relações familiares forem saudáveis e fundadas no apoio mútuo, a revelação será facilitada.(80,85) Além disso, momentos pivotais na vida de um indivíduo, como o nascimento de um filho, podem facilitar a revelação.(80)

A revelação do ASI faz parte do processo terapêutico e quando revelado a um profissional de saúde é um bom primeiro passo para a recuperação, mas pode ter repercussões legais ao comprometer o testemunho dos eventos.(80)

5. Prevenção

A prevenção mais eficaz é a que ocorre antes da existência de uma vítima e de um agressor.(19)

Tendo em conta os riscos individuais, relacionais, da comunidade, organizacionais, estruturais e os fatores que contribuem para a violência sexual, as ações de prevenção têm de atuar na mudança de comportamentos e normas sociais, em ambientes favorecedores e na prestação de serviços.(87)

A literatura refere a existência de três níveis de prevenção:

- A prevenção **primária** refere-se a medidas aplicadas antes da ocorrência do abuso e tem como público-alvo grandes grupos populacionais. Tentativas de aumento da literacia da população e a implementação da educação sexual nas escolas são exemplos.

- A prevenção **secundária** dirige-se a indivíduos em risco, por isso as estratégias são mais focadas, incluindo medidas de ajuda a pessoas com interesse sexual em crianças. Tem sido discutido que a prevenção secundária é a menos aplicada, o que se torna contraprodutivo, uma vez que a maioria dos perpetradores são agressores reincidentes.(88)

- A prevenção **terciária** tem o objetivo de prevenir recidivas sexuais, atuando-se ao nível do tratamento das vítimas.

Existem vários **fatores individuais** que concedem um risco acrescido de vitimização sexual à criança, nomeadamente vulnerabilidades associadas à idade, dificuldades de aprendizagem, vitimização anterior e o uso indevido de drogas e álcool.(87) Acresce que a pobreza e o abandono escolar predispõem a criança a situações de risco e, conseqüentemente, ao abuso.(89)

A identificação das crianças em situações de vulnerabilidade e risco acrescido é prioritário para lhes fornecer recursos e serem intervencionadas de modo a prevenir o abuso. As políticas baseadas na evidência para otimizar a saúde, nutrição e o desenvolvimento precoce da criança devem, também, ser consideradas.(49,87)

A verdadeira mudança só é atingida com a **alteração das normas sociais e dos comportamentos da sociedade** que apoiam a desigualdade de género e o abuso sexual de crianças, culpando as vítimas e exonerando os seus agressores.

Uma das abordagens sugeridas pela CDC no *Sexual Violence Prevention Resource for Action* é a mobilização de indivíduos do género masculino como aliados na prevenção do ASI, abordando normas sociais sobre masculinidade, género e violência, com o intuito de

reduzir o risco de perpretação. Estas estratégias podem ser dirigidas a grupos sociais como equipas desportivas e integrar adultos como figuras de referência.(90) Também não se deve esquecer que os pais e representantes legais necessitam de suporte para prevenir e proteger as crianças.(87)

Além disso, é necessária a **criação de ambientes favorecedores da prevenção do ASI**, com a implementação de estratégias nacionais, alinhadas com os padrões internacionais e com foco na legislação para abolir as possíveis lacunas nas leis.(87)

A maior parte dos países possuem leis que criminalizam o abuso sexual infantil, mas a sua aplicação é inadequada, podendo dever-se a lacunas sobre a idade de consentimento ou exclusão de determinados atos sexuais.(87)

A criação de ambientes seguros dentro das instituições é crucial, pois, muitas vezes, são nestes locais onde se perpetua o abuso e se agrava a fragilidade da criança.(87)

Portanto, todas as instituições onde a vítima de abuso sexual se desenvolve individualmente deve incorporar medidas preventivas ao educar as crianças e assegurar uma boa comunicação desde cedo.(89) A estratégia pode ser através de informações simples transmitidas no seio familiar, enquanto nas instituições educacionais, se pode ensinar o respeito pelo corpo, a distinção entre o “toque apropriado” e o “toque inapropriado”, abordar o consentimento, a violência no namoro, o uso das redes sociais e estratégias de regulação emocional, de acordo com a faixa etária e com profissionais adequadamente formados e treinados.(89,90)

A evidência demonstra que as **medidas de educação sobre prevenção do ASI, realizadas nas escolas**, são eficazes.(87,90–93)

Um estudo de Finkelhor et al. (92) demonstrou que os jovens que participaram em programas educativos de prevenção tinham maior probabilidade de revelar as situações de abuso do que os jovens que não participavam nestas atividades.

Uma metanálise de Wash et al. (93) concluiu que os programas de prevenção que constituem os currículos escolares contribuem para o aumento da autoeficácia, na retenção de conhecimento acerca de abuso e na aquisição de comportamentos protetores.

Assim, devem existir programas de formação de educação sexual integrativa que incluam a prevenção e deteção precoce do abuso sexual infantil.(49,54,87,89)

Os programas devem ser diversificados incluindo, por exemplo, atividades de aprendizagem em grupo, *role play* e atividades colaborativas.(91) Com a sua implementação, as crianças

em risco são identificadas e procede-se a intervenções necessárias para o seu bem estar, reduzindo o risco da revitimização.(87)

Outra barreira para a prevenção do abuso e exploração sexual infantil é a má **coordenação e capacidade do sistema de saúde.**

Assim, uma das ações prioritárias é capacitar os serviços e investir recursos para a prevenção e resposta, e, por conseguinte, formar profissionais de saúde com conhecimento, recursos e motivação necessários para tomar medidas eficazes para prevenir e responder a situações de abuso sexual infantil.(89)

Neste âmbito, a prevenção do ASI também se inicia em **intervenções com o agressor**, surgindo medidas de prevenção secundária focadas em indivíduos sexualmente interessados em crianças e em risco de abusar sexualmente um menor.

Estas medidas incluem programas de tratamento que englobam terapêutica farmacológica para a excitação sexual inapropriada e intervenções que abordam experiências traumáticas, incluindo ASI, e acesso a serviços de saúde mental. Devem ser disponibilizados serviços e apoio a indivíduos que têm a motivação para alterar os seus pensamentos sexuais indesejados.(88)

Para o sucesso destas medidas, é importante que o público e os indivíduos em risco tenham conhecimento que o tratamento existe e que é eficaz. Além disso, é necessário promover um ambiente livre de estigma, nomeadamente do que advém do termo “pedofilia”.(88)

De forma a incrementar as intervenções de prevenção, é necessário **melhorar os sistemas de vigilância**, ultrapassando barreiras associadas (16), e promovendo-se uma organização da força policial, com melhoria de gestão de recursos, visando a proteção de crianças vulneráveis.(87)

Em conclusão, a prevenção do ASI, além de evitar que as crianças se tornem vítimas de abuso sexual, promove o tratamento de indivíduos que poderão estar em risco de se tornar ofensores sexuais, aumentando a sua qualidade de vida e tornando-os membros ativos da sociedade. Além disso, economiza tempo e recursos ao sistema judicial e criminal ao diminuir o número de incidentes de ASI, e, portanto, de denúncias, aliviando o sistema de saúde ao diminuir as consequências do abuso e a utilização dos serviços de saúde.(90)

6. Conclusão

O cérebro e o resto do corpo não são entidades independentes. Uma não vive sem a outra. Se o cérebro falha, o corpo dá sinais e se o corpo adoecer, o cérebro responde.

Nunca poderemos esquecer uma abordagem holística à pessoa que se encontra diante de nós, quer esteja saudável e façamos uma Medicina Preventiva, quer esteja doente e seja necessária uma atuação ao nível da prevenção terciária.

O abuso sexual experienciado na infância deixa cicatrizes invisíveis nas vítimas, o que se releva nos seus corpos e mente. A luta contra este e todo o tipo de abuso na infância é fundamental e todos os profissionais de saúde devem estar formados para educar, reconhecer sinais de perigo, identificar os casos e saber como atuar nas diversas situações. No entanto, os profissionais enfrentam algumas barreiras quando se deparam com situações de abuso, nomeadamente o desconforto em lidar com estas circunstâncias, a falta de preparação técnica e de literacia na área, a ausência de protocolos e apoio institucional, desconhecimento das redes de apoio, entre outras.

Mais importante do que reportar é prevenir, o que ultrapassa ações individuais, requerendo um esforço governamental e setorial.

A ajuda profissional é fundamental na recuperação, mas este primeiro passo é muitas vezes o mais difícil. Assim, os profissionais de saúde devem mostrar-se disponíveis a escutar ativamente, sem julgamentos ou preconceitos, oferecendo um espaço seguro e de confiança a quem os procura.

É muito importante permanecer atualizado sobre as guidelines e normas mais recentes para saber como atuar e articular uma intervenção, de modo a beneficiar dos recursos disponíveis e da multidisciplinaridade das equipas. Idealmente, a intervenção deve ser precoce, visando melhorar a qualidade de vida e diminuir a comorbilidade associada.

O sobrevivente de abuso sexual na infância tem uma probabilidade significativa de sofrer consequências em múltiplos domínios da sua vida. Apresenta maior risco de desenvolver patologia orgânica como doença cardiovascular e obesidade, perturbações psiquiátricas como episódios depressivos major e perturbações de ansiedade e a disfunção sexual pode tornar-se significativamente prevalente. Acrescem consequências socioeconómicas relacionadas com o abandono escolar, aproveitamento académico, mercado de trabalho e despesas de saúde.

Desta forma, a vítima de ASI pode ser um consumidor ativo e frequente dos serviços de saúde. Na perspetiva da Saúde Pública, a intervenção precoce, ao diminuir as comorbilidades do utente, reduz a sua utilização dos serviços de saúde, o que diminui a sobrecarga de trabalho dos serviços e reduz custos associados.

Relativamente aos estudos sobre o impacto a longo prazo do ASI, a sua importância recai na identificação das áreas que necessitam de maior apoio e na alocação de recursos de forma adequada para a prevenção, deteção e apoio.

De forma a contrariar as limitações e lacunas constatadas nos artigos mencionados ao longo desta Dissertação, é de particular importância a recolha de amostras representativas para evitar a sobre-representação de mulheres e a quase inexistência da representação de homens e da população de sobreviventes LGBTQIA+.

Adicionalmente, face à escassez de dados nacionais, deixa-se o desafio à comunidade científica portuguesa para se dedicar à investigação do impacto do abuso sexual na população portuguesa.

Com a evolução tecnológica, começa a assistir-se cada vez mais ao fenómeno do abuso sexual online, que não deixa de se tratar de uma experiência traumatizante, com consequências sérias e reais, pelo que surge como um novo desafio.

7. Referências Bibliográficas

1. UNICEF. Action to End Child Sexual Abuse and Exploitation: A Review of the Evidence 2020. 2020;1–238.
2. The P, Plan A, No MR, Rec R, No ETS, Convention E, et al. Council of Europe Convention on the Protection of Children Against Sexual Exploitation and Sexual Abuse (25 October 2007). International Law & World Order. 2014;(201):1–16.
3. Ministério Público Portugal. NOTA PARA A COMUNICAÇÃO SOCIAL. Lisboa: PROCURADORIA-GERAL DA REPÚBLICA; 2002 p. 1.
4. Ministério Público Portugal. Nota para a Comunicação Social. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa: PROCURADORIA-GERAL DA REPÚBLICA; 2003 p. 2.
5. Strecht P, Lúcio Á, Almeida A, Vasconcelos C, Sampaio D, Tavares F. Dar voz ao silêncio [Internet]. Lisboa; 2023. Disponível em:
https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/14804/Comissão+Independente+Estudo+Abusos+Sexuais+Crianças+Igreja+Católica+Portuguesa_RELATÓRIO+FINAL_Sumário+Executivo/39f039a4-c4a4-4ae2-9ce2-908b762ca10d
6. Mc Varish M, Hamilton M, Hurtado M. Justice unleashed. Child Global; 2023.
7. Liga das Nações. Declaração de Genebra dos Direitos da Criança. 1924;1924.
8. Geral A. Declaração dos direitos da criança. Revista de enfermagem. 1966;5(5):233–4.
9. UNICEF. Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos. Unicef. 2019;1–80.
10. Albuquerque C. Os Direitos da Criança: as Nações Unidas, a Convenção e o Comité. 2018;1–23.
11. ONU. Declaração dos direitos humanos. Diario da Republica. 1948;(Iii):1–5.
12. Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia e Conselho da Europa. Manual de legislação europeia sobre os Direitos da Criança [Internet]. 2015. 1–272 p. Disponível em:
http://www.echr.coe.int/Documents/Handbook_rights_child_POR.PDF

13. Parlamento Europeu, Conselho Europeu. Directiva 2011/93/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 13 de Dezembro de 2011 relativa à luta contra o abuso sexual e a exploração sexual de crianças e a pornografia infantil, e que substitui a Decisão-Quadro 2004/68/JAI do Conselho. 2011 p. 14, 15.
14. Objetivo 5: Igualdade de género - Nações Unidas - ONU Portugal [Internet]. [citado 1 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://unric.org/pt/objetivo-5-igualdade-de-genero-2/>
15. Objetivo 16: Paz, Justiça e Instituições Eficazes - Nações Unidas - ONU Portugal [Internet]. [citado 1 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://unric.org/pt/objetivo-16-paz-justica-e-instituicoes-eficazes/>
16. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*. 2016;137(3).
17. WHO. Child Maltreatment - The Health Sector Responds. 2017 p. 8.
18. WHO. Violence against children: tackling hidden abuse [Internet]. [citado 6 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/europe/news/item/13-01-2020-violence-against-children-tackling-hidden-abuse>
19. Ordem dos Psicólogos. Vamos Falar Sobre Abuso Sexual [Internet]. 2023. Disponível em: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_vamosfalarsobreabusosexual_documento.pdf
20. Hirschmann R. Child abuse and sexual risk behavior in adulthood: a systematic review. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2021 [citado 6 de outubro de 2023];26(suppl 3). Disponível em: <http://orcid.org/0000-0002-3775-0310>
21. Jeong S, Cha C. Healing from Childhood Sexual Abuse: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2019;28(4):383–99.
22. #EUvsChildSexual Abuse - Campaign to prevent and combat child sexual abuse - European Commission [Internet]. [citado 24 de fevereiro de 2024]. Disponível em: https://home-affairs.ec.europa.eu/whats-new/communication-campaigns/euvschildsexual-abuse-campaign-prevent-and-combat-child-sexual-abuse_en

23. Olafson E, Corwin DL, Summit RC. Modern history of child sexual abuse awareness: Cycles of discovery and suppression. *Child Abuse and Neglect*. 1993;17(1):7–24.
24. Shorter E. Uma História da Psiquiatria. Climepsi Editores, editor. Lisboa: CLIMEPSI; 2001. 151–192 p.
25. Figueroa G. La seducción sexual infantil: revolución y repercusiones de la teoría de Freud The infantile sexual seduction: revolution and aftermath of Freud´s theory. *Revista médica de Chile*. 2014;142(1):84–9.
26. Putnam FW. Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003;42(3):269–78.
27. Fast Facts: Preventing Child Sexual Abuse |Violence Prevention|Injury Center|CDC [Internet]. [citado 29 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childsexualabuse/fastfact.html>
28. Fast Facts: Preventing Adverse Childhood Experiences |Violence Prevention|Injury Center|CDC [Internet]. [citado 29 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/fastfact.html>
29. Centers for Disease Control and Prevention. ACEs Preventing early trauma to improve adult health [Internet]. 2019 p. 4–5. Disponível em: www.cdc.gov/vitalsigns/aces
30. Tzouvara V, Kupdere P, Wilson K, Matthews L, Simpson A, Foye U. Adverse childhood experiences, mental health, and social functioning: A scoping review of the literature. 2023 [citado 11 de setembro de 2023]; Disponível em: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>
31. CDC. About the CDC-Kaiser ACE Study |Violence Prevention|Injury Center|CDC [Internet]. [citado 29 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html>
32. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE)Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998;56(6):774–86.
33. Mundi MS, Hurt RT, Phelan SM, Bradley D, Haller IV, Bauer KW, et al. Associations Between Experience of Early Childhood Trauma and Impact on Obesity Status,

- Health, as Well as Perceptions of Obesity-Related Health Care. *Mayo Clinic Proceedings*. 2021;96(2):408–19.
34. Rok-Bujko P. Early life trauma – review of clinical and neurobiological studies. *Advances in Psychiatry and Neurology*. 2021;30(1):37.
35. Godoy LC, Frankfurter C, Cooper M, Lay C, Maunder R, Farkouh ME. Association of adverse childhood experiences with cardiovascular disease later in life: A review. *JAMA Cardiology*. 2021;6(2):228–35.
36. WHO. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999. Geneva: WHO; 1999 fev p. 1–54.
37. Butchart A, Harvey AP, Mian M, Fűrnis T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Kahane T, editor. World Health Organization; 2006. 10 p.
38. American Psychiatric Association (APA). DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS - fifth edition (DSM V). *HIV Psychiatry: A Practical Guide for Clinicians*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013. 718 p.
39. Diário da República [Internet]. [citado 4 de março de 2024]. Código Penal - CP - Secção I | Crimes contra a liberdade sexual. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675-49696975>
40. Diário da República [Internet]. [citado 4 de março de 2024]. Código Penal - CP - Secção II | Crimes contra a autodeterminação sexual. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675-49697975>
41. Diário da República. Código Penal - CP - Artigo 171.º | DR [Internet]. [citado 5 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675-70093719>
42. APAV para Jovens / Perguntas e respostas [Internet]. [citado 5 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.apavparajovens.pt/pt/go/perguntas-e-respostas4>

43. Diário da República [Internet]. [citado 4 de março de 2024]. Código Penal - CP - Artigo 164.º - Violação. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675-220061643>
44. Mathews B, Collin-Vé Zina D. Child Sexual Abuse: Toward a Conceptual Model and Definition. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2019;20(2):131–48.
45. Murray M, Keder RD. Trauma, Resilience, and Child Development [Internet]. *Developmental-Behavioral Pediatrics*. INC; 2023. 153–162 p. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-323-80972-6.00015-6>
46. Scientific N. Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain. *Center on the Developing Child*. 2014;
47. Brown DW, Anda RF, Tiemeier H, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB, et al. Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009;37(5):389–96.
48. National Scientific Council of the Developing Child. Connecting the Brain to the Rest of the Body: Early Childhood Development and Lifelong Health Are Deeply Intertwined. 2020 [citado 29 de outubro de 2023];(15). Disponível em: www.developingchild.net.
49. Nelson CA, Scott RD, Bhutta ZA, Harris NB, Danese A, Samara M. Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *The BMJ*. 2020;371:1–9.
50. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(10):830–9.
51. Elia D, Matsuzaka AT, Neto CT, Mello JF, Mf J, Mello AF. Childhood Sexual Abuse and Indicators of Immune Activity: A Systematic Review. *Childhood Sexual Abuse and Indicators of Immune Activity: A Systematic Review Front Psychiatry*. 2018;9:354.
52. Renna M, Peng J, ShROUT MR, Madison A, Andridge R, Alfano C, et al. Childhood abuse histories predict steeper inflammatory trajectories across time. *Brain Behav Immun*. 2021;January(91):541–5.
53. Alexander Wittekind D, Kratzsch J, Mergl R, Wirkner K, Baber R, Sander C, et al. Childhood sexual abuse is associated with higher total ghrelin serum levels in

- adulthood: results from a large, population-based study. *Translational Psychiatry* [Internet]. 2023 [citado 7 de outubro de 2023];13(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02517-z>
54. Henkhaus LE. The lasting consequences of childhood sexual abuse on human capital and economic well-being. *Health Economics (United Kingdom)*. 2022;31(9):1954–72.
 55. Nagtegaal MH, Boonmann C. Nagtegaal & Cyril Boonmann (2022) Child Sexual Abuse and Problems Reported by Survivors of CSA: A Meta-Review. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2021;31(2):147–76.
 56. Guiney H, Caspi A, Ambler A, Belsky J, Kokaua J, Broadbent J, et al. Childhood sexual abuse and pervasive problems across multiple life domains: Findings from a five-decade study. *Development and Psychopathology*. 2022;1–17.
 57. Bellis MA, Hughes K, Ford K, Ramos Rodriguez G, Sethi D, Passmore J. Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*. 2019;4(10):e517–28.
 58. Opydo-Szymaczek J, Jarzabek-Bielecka G, Kędzia W, Borysewicz-Lewicka M. Child sexual abuse as an etiological factor of overweight and eating disorders - Considerations for primary health care providers. *Ginekologia Polska*. 2018;89(1):48–54.
 59. Riley E, Wright R, HJ J, Hibert E, Rich-Edwards J. Hypertension in Adult Survivors of Child Abuse: Observations from the Nurses' Health Study II. *Epidemiol Community Health*. 2010;64(5):413–8.
 60. Suglia SF, Koenen KC, Boynton-Jarrett R, Chan PS, Clark CJ, Danese A, et al. Childhood and Adolescent Adversity and Cardiometabolic Outcomes: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2018;137(5):e15–28.
 61. Soares ALG, Hammerton G, Howe LD, Rich-Edwards J, Halligan S, Fraser A. Sex differences in the association between childhood maltreatment and cardiovascular disease in the UK Biobank. *Heart*. 2020;106(17):1310–6.

62. Wolf E, Månsson S, Wallin L, Priebe G. Child Sexual Abuse—Challenging Conditions for Adult Oral Health: A Qualitative Study. *JDR Clinical and Translational Research*. 2023;8(1):27–35.
63. Laird JJ, Klettke B, Hall K, Clancy E, Hallford D. Demographic and Psychosocial Factors Associated with Child Sexual Exploitation: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*. 2020;3(9):1–17.
64. Fletcher K. A Systematic Review of the Relationship between Child Sexual Abuse and Substance Use Issues. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2020;30(3):258–77.
65. Gewirtz-Meydan A, Godbout N. Between pleasure, guilt, and dissociation: How trauma unfolds in the sexuality of childhood sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*. 1 de julho de 2023;141:106195.
66. MacIntosh HB, Ménard AD. Couple and parenting functioning of childhood sexual abuse survivors: a systematic review of the literature (2001-2018). *Journal of Child Sexual Abuse*. 2021;30(3):353–84.
67. Bigras N, Vaillancourt-Morel MP, Nolin MC, Bergeron S. Associations between Childhood Sexual Abuse and Sexual Well-being in Adulthood: A Systematic Literature Review. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2021;30(3):332–52.
68. Schomerus G, Schindler S, Rechenberg T, Gfesser T, Grabe HJ, Liebergesell M, et al. Stigma as a barrier to addressing childhood trauma in conversation with trauma survivors: A study in the general population. *PLoS ONE*. 2021;16(10 October):1–19.
69. Franco-Jaen S, Rodríguez JM, Javier del Rio F. Abuso sexual infantil relación con el desarrollo de comportamientos adictivos. *Terapia Psicológica*. 2020;38(3):317–38.
70. Noll JG. Child Sexual Abuse as a Unique Risk Factor for the Development of Psychopathology: The Compounded Convergence of Mechanisms. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2021;17:439–64.
71. Higgs E, Drolet CE, Belicki K. The impact of childhood sexual abuse on sleep in adulthood. *Child Abuse & Neglect*. 1 de setembro de 2020;107:104567.
72. Pulverman CS, Kilimnik CD, Meston CM. The Impact of Childhood Sexual Abuse on Women’s Sexual Health: A Comprehensive Review. *Sexual Medicine Reviews*. 2018;6(2):188–200.

73. Gewirtz-Meydan A. Sexual Dysfunction Among Childhood Sexual Abuse Survivors: The “Functional” Dysfunction? *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2022;48(7):694–705.
74. Gewirtz-Meydan A, Opuda E. The Impact of Child Sexual Abuse on Men’s Sexual Function: A Systematic Review. *Trauma, Violence, and Abuse*. 2022;23(1):265–77.
75. Ménard AD, MacIntosh HB. Childhood Sexual Abuse and Adult Sexual Risk Behavior: A Review and Critique. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2021;30(3):298–331.
76. Mitchell JM, Becker-Blease KA, Soicher RN. Child Sexual Abuse, Academic Functioning and Educational Outcomes in Emerging Adulthood. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2021;30(3):278–97.
77. Assini-Meytin LC, Thorne EJ, Sanikommu M, Green KM, Letourneau EJ. Impact of Child Sexual Abuse on Socioeconomic Attainment in Adulthood. *Journal of Adolescent Health*. 2022;71(5):594–600.
78. Bouchard S, Langevin R, Vergunst F, Commisso M, Domond P, Hébert M, et al. Child Sexual Abuse and Employment Earnings in Adulthood: A Prospective Canadian Cohort Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 2023;65(1):83–91.
79. WHO. Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals. World Health Organization, editor. WHO publications. 2022.
80. Alaggia R, Collin-Vézina D, Lateef R. Facilitators and Barriers to Child Sexual Abuse (CSA) Disclosures: A Research Update (2000–2016). *Trauma, Violence, and Abuse*. 2019;20(2):260–83.
81. Direção Geral de Saúde. Maus tratos em crianças e jovens: Intervenção da Saúde. 2011;79.
82. Racine N, Killam T, Madigan S. Trauma-Informed Care as a Universal Precaution. *JAMA Pediatrics*.
83. Fávero M, Moreira D, Abreu B, Del Campo A, Moreira DSá., Sousa-Gomes V. Psychological intervention with adult victims of sexual abuse: A comprehensive review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2022;29(1):62–80.

84. Wekerle C, Kim K. Responding to child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*. 2021;116(April):10–2.
85. Factsheet A, On B, Abuse CSEX. Delayed Disclosure What Is Delayed. 2020;(March).
86. Spröber N, Schneider T, Rassenhofer M, Seitz A, Liebhardt H, König L, et al. Child sexual abuse in religiously affiliated and secular institutions: A retrospective descriptive analysis of data provided by victims in a government-sponsored reappraisal program in Germany. *BMC Public Health*. 2014;14(1):1–12.
87. UNICEF. Ação para acabar com o abuso e a exploração sexual infantil. 2020.
88. Knack N, Winder B, Murphy L, Fedoroff JP. Primary and secondary prevention of child sexual abuse. *International Review of Psychiatry*. 2019;31(2):181–94.
89. Castelo-Branco C, Boada D, Reina MF. Impact of Child Abuse on Sexuality. How to Prevent Short and Long-Term Consequences. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*. 2022;49(7).
90. Basile KC, DeGue S, Jones K, Freire K, Dills J, Smith SG, et al. Sexual Violence Prevention Resource for Action: A compilation of best available evidence. 2016;1–46.
91. Bright MA, Roehrkasse A, Masten S, Nauman A, Finkelhor D. Child abuse prevention education policies increase reports of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*. 2022;134(October):105932.
92. Finkelhor D, Asdigian N, Dziuba-Leatherman J. The effectiveness of victimization prevention instruction: An evaluation of children's responses to actual threats and assaults. *Child Abuse and Neglect*. 1995;19(2):141–53.
93. Walsh K, Zwi K, Woolfenden S, Shlonsky A. School-Based Education Programs for the Prevention of Child Sexual Abuse: A Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*. 2018;28(1):33–55.