



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

KARLA JULIANNE NEGREIROS DE MATOS

**ASSOCIAÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA COM QUALIDADE DE
VIDA ENTRE UNIVERSITÁRIO**

FORTALEZA – CEARÁ

2015

KARLA JULIANNE NEGREIROS DE MATOS

ASSOCIAÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA COM QUALIDADE DE VIDA
ENTRE UNIVERSITÁRIO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Situação de Saúde da População.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Ana Carina Stelko-Pereira

FORTALEZA – CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Matos, Karla Julianne Negreiros de.

Associação da violência sexual na infância com qualidade de vida entre universitário [recurso eletrônico] / Karla Julianne Negreiros de Matos. - 2015.

1 CD-ROM: 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 85 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2015.

Área de concentração: Situação de Saúde da População.
Orientação: Prof.ª Dra. Ana Carina Stelko-Pereira.

1. qualidade de vida. 2. abuso sexual infantil.
3. maus-tratos infantis. I. Título. |

KARLA JULIANNE NEGREIROS DE MATOS

ASSOCIAÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA COM QUALIDADE DE VIDA
ENTRE UNIVERSITÁRIO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Situação de Saúde da População.

Aprovada em: 26 de maio de 2015.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Ana Carina Stelko-Pereira (Orientadora)

Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof.^a Dr.^a Normanda de Araújo de Moraes

Universidade de Fortaleza – UNIFOR



Prof.^a Dr.^a Thereza Maria Magalhães Moreira

Universidade Estadual do Ceará – UECE

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um ato de distribuir afeto. E ao longo do meu percurso neste mestrado muito afeto foi vivenciado de forma intensa requereu investido e acolhido. Afinal, falar de um tema tão doloroso foi preciso muito cuidado e atenção para tratar dessa temática com a diligência que ela merece.

O primeiro grande investimento foi da minha orientadora, professora Ana Carina, que com paciência, ternura e conhecimento me guiou ao longo dessa jornada, para que juntas pudéssemos pesquisar e propor mudanças na realidade das vítimas de violência sexual.

Tive a colaboração valiosa de jovens psicólogas que engrandeceram o meu trabalho com sua pró-atividade, inteligência e competência para em tão pouco tempo executar um trabalho tão complexo, Barbara, Rayanne e Raissa a minha terna gratidão.

Aos colegas do mestrado, a família Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, que tanto me ensinaram, me incentivaram e me acalmaram nos momentos de turbulência.

Aos professores do programa, e a minha querida Ivoneide Verissimo, que mais do que nos transmitirem conhecimento, dividiram questões e dúvidas que nos tiraram do nosso lugar passivo de meros reprodutores de ciência, e nos levaram a pensar a partir da realidade que se constrói a nossa frente.

Aos funcionários do PPSAC, em especial, a nossa querida Mairla e Maria, que tanto me acolheram e tantos problemas resolveram, vocês foram fundamentais para minha conquista.

Aos meus familiares e amigos, que sempre me apoiaram e incentivaram nessa e em todas as minha jornadas.

A minha nova família, os Cisne Ribeiros, que estão sempre ao meu lado me apoiando e me cuidando para que eu pudesse realizar estes e tantos outros sonhos.

Aos meus pais, que são a base de tudo, pois desde o tempo de menina quando eu brincava de dar aula pros meus ursinhos, investiram na minha educação e me incentivaram para que eu buscasse sempre o meu melhor, trabalhando naquilo que eu acreditava. Especialmente, a minha mãe, que além de tudo foi minha amiga e confidente, que chorou comigo diante das dificuldades, me acolheu em todos os momentos, sempre, sempre, sempre esteve ao meu lado.

Ao meu amor, Fábio Ribeiro, que vem dividindo este sonho e muitos outros comigo, e mais do que ninguém sabe dos desafios superados e da minha grande alegria e aos mesmo tempo tristeza de apresentar essa realidade tão dolorosa e ainda tão negligenciada. E que ficou em todos momentos ao meu lado me apoiando, corrigindo e incentivando.

E, em especial, toda a minha gratidão às vítimas, que dividirão comigo esse parágrafo tão doloroso de suas vidas, para que juntos pudéssemos desenhar o retrato dessa dolorosa realidade, para que assim, pudéssemos tentar transforma-las, pois a minha trajetória teve e continua a ter o objetivo de alcançar as vítimas e dizer que sim, *é possível superar!*

RESUMO

A violência sexual a crianças é um problema de saúde complexo e registrado em todos os países, sendo um dos delitos menos denunciados no mundo. Estudos americanos e canadenses vem apontando que cerca de 10 a 15% das crianças e dos adolescentes vivencia abuso sexual nesse período. No Brasil não se tem estimativas em relação à população geral, sendo importante estatísticas precisas para a formulação de políticas públicas preventivas. Adicionalmente, há poucos estudos nacionais e internacionais que verificam o efeito na vida adulta de sofrer violência na infância, especialmente com relação ao efeito na qualidade de vida. Assim, essa dissertação se divide em três estudos sendo seus objetivos: 1) realizar validação aparente de um material educativo sobre abuso sexual infantil; 2) estimar a prevalência de violência sexual na infância e 3) avaliar se sofrer violência sexual na infância é um fator de risco para baixa qualidade de vida em universitários. O estudo 1 envolveu 14 participantes que fizeram uma validação aparente do material desenvolvido, tendo se percebido que o folder seria eficiente para comunicar aos universitários que é abuso sexual infantil os sinais de ocorrência e o que fazer caso se tenha suspeita de um caso de abuso ou se tenha sofrido violência sexual na infância. (O Estudo 1 envolveu 14 participantes que fizeram uma validação aparente do material desenvolvido, tendo percebido que a brochura seria eficaz para comunicar os alunos sobre o que é abuso sexual na infância, para indicar a ocorrência dos principais sinais desse fato eo que fazer se você suspeitar de um caso de abuso ou se você tiver sido vítima de violência sexual na infância.) Este folder era fornecido aos participantes dos estudos 2 e 3 após estes responderem a questionários, como uma maneira de agradecimento e auxílio caso tivessem tido experiências relacionadas a abuso sexual infantil. No estudo 2 foi realizado um estudo descritivo e analítico da frequência e impacto da violência sexual na infância com 940 universitários os quais responderam a um instrumento que investiga histórico de violência sexual na infância, tendo-se notado que 53% vivenciou violência sexual na infância (situações de abuso sexual por adultos e/ou práticas sexuais indesejadas entre pares). O estudo 3 foi um estudo de associação da qualidade de vida com histórico de violência sexual na infância, tendo-se utilizado o WHOQOL-BREF, tendo-se percebido que sofrer violência sexual na infância se associa a baixa qualidade de vida quando adulto. Estes três estudos destacam a necessidade de se atuar na prevenção da violência sexual infantil.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Abuso sexual infantil; Maus-tratos infantis.

ABSTRACT

Sexual violence against children is a complex health problem and it is registered in every country, being one of the least reported crimes in the world. American and Canadian studies have been pointing out that about 10-15 % of children and adolescents suffer sexual abuse during this period. In Brazil there is no estimate in the general population, so it is important to know the accurate statistics for the formulation of preventive policies. In addition, there are few national and international surveys that verify the effect, in adulthood, of violence suffered in childhood, especially regarding the effect on quality of life. Thus, this dissertation is divided into three studies, being your goals: 1) carry apparent validation of educational materials on child sexual abuse; 2) estimate the prevalence of sexual violence in childhood and 3) evaluate whether sexual violence in childhood is a risk factor for low quality of life in college. The Study 1 involved 14 participants who made an apparent validation of the developed material, having realized that the brochure would be effective to communicate students about what is childhood sexual abuse, to indicate the occurrence of the main signs of this fact and what to do if you suspect a case of abuse or if you have been suffered sexual violence in childhood. This brochure was provided to study participants 2 and 3 after responding to these questionnaires as a way to thank and give some help for those who could have had experiences related to childhood sexual abuse. In Study 2 was conducted a descriptive and analytical study of the frequency and impact of sexual violence in childhood with 940 students who answered a questionnaire that investigates the history of sexual violence in childhood, and it was observed that 53% of them experienced sexual violence in childhood (situations of sexual abuse caused by adults and / or unwanted sexual practice among peers). The Study 3 was an association of quality of life with history of sexual violence in childhood. It was used the WHOQOL–BREF test, and we could realize that sexual violence in childhood is associated with a poor quality of life in adulthood. These three studies emphasize the necessity of acting on the prevention of child sexual abuse.

Keywords: Quality of life; Child sexual abuse; Mistreatment with children.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	METODOLOGIA.....	12
3	ANÁLISE APARENTE DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA UNIVERSITÁRIOS SOBRE ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	16
4	VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA: UM ESTUDO RETROSPECTIVO COM UNIVERSITÁRIOS.....	24
5	O IMPACTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA NA QUALIDADE DE VIDA ENQUANTO UNIVERSITÁRIO.....	53
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
	REFERENCIAS.....	77
	ANEXO A – FOLDER.....	80
	ANEXO B – TCLE.....	83

1 INTRODUÇÃO

A violência é um tema de saúde que se debate a nível mundial, acarretando em impactos físicos e emocionais ao sujeito que sofre os atos agressivos. É uma das principais causas da morbimortalidade e comorbidade psicopatológica que abrange todas as raças, etnias, sexos, idades, cultura e religião (Andalfta, 1999). Os danos psicológicos ocasionados pela violência podem interferir ao logo de todo o desenvolvimento dessa. A violência sexual é um dos tipos de violência mais comuns, porém ainda pouco estudada. Acredita-se que tabus sociais e religiosos dificultem a discussão dessa problemática pela sociedade.

A necessidade da abordagem multiprofissional no atendimento de vítimas que sofrem violência sexual está diretamente relacionada à complexidade da situação e à multiplicidade de consequências impostas às vítimas (Faudes, 2000). Esse tipo de violência pode implicar a ocorrência de problemas de saúde física, reprodutiva e mental, como lesões corporais, gestação indesejada, DSTs e AIDS, fobias, pânico, Transtorno do Estresse Pós-traumático, depressão e outras alterações psicológicas. Adicionalmente, o sofrer violência sexual pode interferir no modo de se relacionar com os familiares e colegas, levar ao abandono dos estudos, perda de emprego, separações conjugais, entre outros. A violência sexual também acarreta a procura mais frequente dos serviços de saúde, por queixas vagas, variadas ou de repetição (Hamptom, 1995). Em relação aos efeitos emocionais do sofrer violência sexual, são frequentes os sentimentos de medo da morte, sensação de solidão, vergonha e culpa (Seedat, 2005).

As vítimas de violência muitas vezes ficam constrangidas ou aterrorizadas em realizar os procedimentos legais que poderiam determinar punição ao agressor. Assim, na maioria dos casos de violência sexual, as vítimas, sem orientação de um advogado ou profissional de saúde, não iniciam procedimentos nas delegacias que iriam abrir inquérito e determinar julgamento e castigo aos agressores. É necessário que profissionais de saúde estejam a par do tema violência sexual e que possam dar suporte físico e emocional às vítimas, garantindo entrada no sistema de saúde.

Pesquisar ou trabalhar com a temática violência é um desafio para os profissionais de saúde, pois trata-se de uma realidade que apresenta-se muitas vezes de forma obscura nos serviços de saúde e que pede do profissional sensibilidade para “ler nas entrelinhas” o que não é dito. Quando a violência é de natureza sexual e contra crianças e adolescentes, o fenômeno toma uma faceta ainda mais perturbadora, haja vista que a maioria das pessoas tem dificuldade

em admitir que o problema ocorre. Mas, abuso sexual infantil ocorre. Mas, como ocorre? Quem é o agressor? Onde ocorre? O que as vítimas fazem após a violência? O que os responsáveis pela criança fazem ao saberem do evento violento? O que a justiça faz com os agressores? E qual o impacto desse fenômeno na vidas das vítimas? São algumas perguntas em que as respostas até o momento não são suficientes para explicar esse fenômeno tão complexo.

Alguns estudos brasileiros já delinearão algumas respostas dessas perguntas, por exemplo, os estudos de Habigzang (2006) e Baptista (2008). Porém nenhum estudo envolveu a população geral, de forma a levantar a prevalência de forma retrospectiva, ou seja a maioria dos estudos apenas envolveu quando as vítimas já haviam sido identificadas, deixando uma grande lacuna na literatura do assunto. Tampouco existem estudos no Brasil que avaliaram o impacto em longo prazo do abuso sexual na infância, principalmente com relação ao quesito qualidade de vida. Sendo essa uma questão muito importante, haja vista que estudos como o de Fergusson (2008) e Springer (2007) apontaram as sequelas a longo prazo na vida das vítimas de violência sexual na infância. Diante então dessas lacunas, essa dissertação teve como objetivo desenvolver três estudos os quais se articulam de modo que se possa responder sobre qual a frequência de abuso sexual na infância e qual é o impacto do abuso sexual infantil quanto a qualidade de vida no momento em que se é adulto.

O primeiro estudo se refere a uma tecnologia educativa que foi desenvolvida por questões éticas. Essa tecnologia se refere a um folder, elaborado para o presente estudo, o qual se denomina: “Abuso sexual infantil: é possível superar” e tem como objetivo esclarecer sobre o que é abuso sexual infantil e orientar vítimas já adultas a buscarem, se necessário, auxílio de profissionais de saúde ou da justiça. Além de elaborar o folder, a autora dessa dissertação realizou a etapa da análise de conteúdo e análise aparente de validação da tecnologia educativa. Esse folder foi essencial para que se desse seguimento aos estudos 2 e 3, pois era empregado como um meio para fornecer uma devolutiva aos participantes de pesquisa e para se seguir com a ética em pesquisa, de modo a minimizar algum desconforto que o participante possa ter sentido ao responder às questões e trazer um benefício direto aos respondentes de conhecerem mais sobre o tema. Cabe ressaltar que esse material foi bastante elogiado pelos participantes de pesquisa e pelos professores que cederam horários de aula para que os instrumentos de coleta de dados fossem aplicados. Os elogios envolveram o argumento de que a pesquisa gera curiosidade sobre o tema e o folder servia de forma imediata como feedback aos pesquisados, além de apresentar e orientar sobre um tema tão importante a um público com grande potencial divulgador da temática.

Após essa pesquisa inicial, foi possível realizar os outros dois estudos, os quais envolveram uma única coleta de dados, isto é, aplicação de questionários a estudantes universitários. O público-alvo foi escolhido levando-se em conta que seria inviável perguntar às crianças se elas estavam sendo vítimas de algum tipo de violência. Assim, foi escolhido realizar um estudo retrospectivo, de modo a nos permitir levantar a frequência de ocorrência do fenômeno e os efeitos da exposição ao fenômeno. Certamente, estudos retrospectivos podem ser criticados pelo viés de memória das vítimas, porém a escolha do público universitário que, em geral estão na faixa do 19 a 26 anos, foi também devido ao abuso sexual ser um tema que pode expor o participante a situações de vulnerabilidade. Assim, os universitários foram escolhidos por, provavelmente, apresentar uma boa compreensão de Direitos Humanos e pelo seu potencial multiplicador de informação, haja vista que esses estudantes, em breve, podem ocupar posições importantes no mercado de trabalho e disseminar informação em seus espaços ocupacionais.

O estudo 2 teve como maior destaque investigar a prevalência da violência sexual em universitários, a partir da descrição de como foi a violência, a frequência e o impacto que o evento teve para a vítima. Além disso, foi investigado sobre a pior experiência de violência sexual sofrida pela vítima, com questões como: quem era o agressor, o local da agressão, as sequelas para vítimas, se a vítima relatou para alguém sobre a violência e quais procedimentos foram tomados após o relato da agressão, caracterizando assim, um estudo inédito no Brasil.

Já no estudo 3 foi analisado quais fatores interferem na qualidade de vida atual dos estudantes, como: praticar atividade física, uso de bebidas alcoólicas, local de nascimento entre outros. Em especial, se ter sido vítima de violência sexual na infância interferiu na qualidade de vida atual.

Espera-se que essa dissertação possa contribuir para a ampliação da desmitificação do fenômeno, tornando-o acessível a comunidade científica e geral, de modo que se conheça mais sobre violência sexual infantil e se fomente mais discussões sobre o impacto a longo prazo da violência na infância. Assim, esse trabalho busca contribuir para a prática da saúde coletiva que requer dos profissionais uma atitude que vai além da observação, diagnóstico e prescrição de tratamento ao paciente. Cabe, assim, ao profissional da saúde coletiva analisar o processo saúde-doença de uma dada coletividade, considerando o contexto social historicamente determinado em que ela se insere.

2 METODOLOGIA

Essa dissertação foi elaborada utilizando da abordagem quantitativa. Ela foi dividida em três partes. O estudo 1 envolveu validação aparente de um folder com a participação de juízes que avaliaram se o material era adequado. Neste estudo o método envolveu especificidades, não contemplado os mesmos participantes dos estudos 2 e 3. O instrumento utilizado foi o *Evaluation of Printed Education Materials* - EVALPEM que avalia materiais educativos impressos (Castro, 2007). Esse instrumento foi adaptado pela autora principal e sua orientadora. Após a adaptação, este foi utilizado por cinco profissionais da Psicologia Forense, seis vítimas de abuso sexual e quatro estudantes universitários que foram convidados a preencher o instrumento para avaliar o folder, indicando sugestões de aprimoramento do folder.

Os estudos 2 e 3 envolveram os mesmos participantes e seus dados foram coletados simultaneamente, mas os procedimentos de análise de dados para cada estudo foram distintos de acordo com os objetivos específicos de cada um. A coleta de dados destes dois estudos ocorreu na Universidade Estadual do Ceará que, atualmente, é uma Instituição de Ensino Superior constituída por uma rede multicampi. A Universidade é organizada em seis centros: Ciências da Saúde, Ciências da Educação, Ciências da Humanidade, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Centro de Ciências e Tecnologia e a Faculdade de Veterinária. Segundo senso da própria instituição a Universidade tem cerca de 11 mil alunos. Coletou-se respostas de 940 alunos da referida universidade, representando cerca de 10% do total de alunos da instituição em Fortaleza, buscou-se, também, proporcionalmente cerca 10% de cada área do conhecimento.

Quanto aos cuidados éticos, a coleta de dados foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (sob o número CAEE 31448214.9.0000.5534) e, por se tratar de uma investigação sobre abuso sexual infantil, inquerindo sobre uma possível história de vitimização, foram fornecidas informações para que os participantes, se desejassem, fossem atendidos pelo Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) do curso de Psicologia da Universidade Estadual do Ceará. Após a obtenção do parecer favorável do Comitê de Ética, foi solicitada autorização das coordenações dos centros para requerer permissão aos professores para realizar a pesquisa em sala de aula. Posteriormente à autorização dos professores o pesquisador convidava a turma a participar da pesquisa, explicando, principalmente, a não obrigatoriedade da participação, e o sigilo garantido aos participantes da pesquisa. As pesquisadoras iam em dupla realizar a aplicação dos instrumentos de modo a garantir suporte a algum aluno que se sentisse mal com o conteúdo da pesquisa. Os questionários, anônimos,

foram auto-administrados pelo alunos. O preenchimento foi voluntário, havendo 38 alunos que foram convidados, mas não aceitaram participar da pesquisa.

Quanto aos instrumentos empregados, no estudo 2 foi utilizado o Questionário de Prevalência de Abuso Sexual no Brasil, o qual foi elaborado por 12 pesquisadores e profissionais da área da Psicologia Forense, os quais compõem o grupo “Tecnologia Social e Inovação: Intervenções Psicológicas e Práticas Forenses contra Violência” da Associação de Pesquisa em Psicologia. Este instrumento se compõe de 32 questões, divididas em três partes. A primeira parte contém sete perguntas sobre questões para identificar características sócio demográficas dos respondentes, como: “Com quem você mora?”. A segunda parte apresenta 13 questões sobre se o respondente vivenciou situações de abuso sexual até a idade de 14 anos, investigando frequência e impacto das situações vivenciadas. Entre as perguntas estão, “Participou de uma relação sexual com penetração (pênis, vagina)?”. Por fim, a terceira parte envolve 12 questões para serem respondidas apenas pelos que sofreram algum dos tipos de violência nomeados na segunda parte do instrumento, de modo que o respondente deve responder apenas sobre o evento vivenciado que mais o incomodou. Nessa terceira parte questiona-se quem praticou a pior agressão sexual, o grau de parentesco, o local em que ocorrera, as idades que vítima e ofensor tinham na época da agressão, as consequências do evento para vítima, se o evento foi revelado a alguém, e se foi revelado a quem e qual a reação de quem soube. Cabe destacar que o questionário busca avaliar o fenômeno de modo exploratório, assim não se tem a pretensão de indicar um escore de abuso sexual sofrido.

Já para avaliar qualidade de vida, no estudo 3, foi utilizado o WHOQOL – BREF que é um instrumento de avaliação de qualidade de vida traduzido e validado no Brasil pelo Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. Este questionário é composto por quatro domínios da qualidade de vida, sendo que os domínios tem por objetivo verificar a capacidade física (sete questões), o bem-estar psicológico (seis questões), as relações sociais (três questões) e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido (oito questões). As respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). A sintaxe para o cálculo dos resultados do WHOQOL-BREF é a seguinte: a) é verificado se todas as 26 questões foram preenchidas com valores entre 1 e 5; b) invertem-se todas as questões cuja escala de respostas é invertida, por exemplo na questão 3 “Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?” nesse questão (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1); c) soma-se os escores das questões de cada domínio. Esse instrumento não

apresenta ponto de corte com relação a qualidade de vida, avalia-se os escores por domínio e na escala como um todo, em geral comparando com os escores médios obtidos em estudos com populações que apresentam doenças crônicas e que não necessitam de cuidados médicos contínuos. Alguns estudos que assim fizeram são: Cechiari (2004), Tombolato (2005), Oliveira (2006) e Catunda (2008).

Foi utilizado ainda no Estudo 3 um “Questionário de dados sócio-demográficos e de História de Doenças Clínicas”, produzido pela autora principal e sua orientadora, o qual está disponível em Anexo I e investiga estado civil, local de nascimento, religião, se exerce atividade remunerada, se sofreu algum acidente, consumo de álcool e drogas ilícitas, prática de atividade física, presença de doenças crônica, se faz tratamento psiquiátrico, se faz uso de medicações e se é portador de deficiência física. Esse questionário consta de 14 itens e é respondido, aproximadamente, em 10 minutos.

Trabalho publicado na Revista Psico USF

(vol. 20, núm. 2)

3 ANÁLISE APARENTE DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA UNIVERSITÁRIOS SOBRE ABUSO SEXUAL INFANTIL.

Resumo

É importante desenvolver materiais educativos breves e de baixo custo para prevenção e diminuição do impacto do abuso sexual infantil. Em 2012 foi aprovada a Lei 12.650, que estimula que adultos abusados sexualmente na infância busquem por justiça. Neste estudo se elaborou e realizou validação aparente de um folder, verificando se é compreensível pelo público alvo e adequado ao tema. A validação aparente foi realizada por cinco especialistas em Psicologia Forense, três universitários e seis vítimas adultas, que responderam a um questionário fechado avaliando o panfleto. O folder foi elogiado quanto ao seu objetivo, formatação original e simplicidade da linguagem.

Palavras-chave: abuso sexual infantil; educação em saúde; maus-tratos infantil

Abstract

It is important to develop brief and inexpensive educational materials to prevent or reduce the impact of child sexual abuse. In 2012, the law 12.650 was enacted, encouraging adults who were sexually abused in childhood to seek for justice. This study aimed at formulating and performing apparent validation of a child abuse prevention brochure, checking its understanding by the target audience and adequacy to the subject. The apparent validation was carried out by five experts in Forensic Psychology, three university students and six adult victims of child abuse, who answered a closed questionnaire evaluating the brochure. The brochure was well received and commended for its goal, original formatting, and simple language.

Keywords: child sexual abuse; health education; child abuse

O abuso sexual na infância e adolescência é frequente, estima-se uma prevalência de abuso sexual infantil de 8% em meninos e 20% em meninas antes dos 18 anos, de acordo com pesquisas internacionais (Pereda, Guilera, Forns e Gómez-Benito 2009). Entende-se por abuso sexual infantil, de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2002) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), práticas sexuais de naturezas diversas, seja em uma relação heterossexual ou homossexual, no qual os agressores estão em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou o adolescente, sendo as vítimas mais novas de 18 anos. O abuso sexual pode ou não ter o contato físico (*voyerismo*, exibicionismo, produção de vídeos e fotos), até diferentes tipos de ações que incluem contato físico com ou sem penetração. Envolve, ainda, situações de exploração sexual visando lucros, tais como, a exploração sexual e a exposição à pornografia.

Entre as sequelas do abuso, a vítima tende a sentir muita culpa e a ter baixa autoestima, podendo apresentar problemas de crescimento e de desenvolvimento físico e emocional; e tende a ser mais vulnerável a ideias e tentativas de suicídio. Grande parte das vítimas costuma sofrer de enfermidades psicossomáticas e doenças sexualmente transmissíveis (Leeb, 2001). São poucos os indivíduos que realmente conhecem o fenômeno em profundidade, sendo importante disseminar o que é, o que causa, formas de evitar e o que fazer para quando se sofreu violência sexual na infância.

As autoras deste trabalho ao realizar busca no site *Google* Brasil, com os descritores: “abuso sexual infantil e folder” e “abuso sexual infantil e panfleto”, em maio de 2014, descobriram que a maioria desses materiais educativos destacaram a exploração sexual infantil e os sinais/sintomas de uma criança vítima de abuso sexual, mas não identificaram ser possível a notificação sigilosa por parte do indivíduo que suspeita que uma criança esteja sendo vítima. Não foram encontrados pelas autoras do presente artigo panfletos direcionados a adultos que foram vítimas de abuso sexual na infância.

Diante disso, considera-se que há uma lacuna no Brasil de materiais educativos breves e de baixo custo sobre abuso sexual infantil direcionado a adultos que foram vítimas. Cabe ressaltar que essa lacuna também ocorre em relação a outros materiais educativos na área da saúde, segundo Oliveira, Fernandes e Sawada (2008).

O público universitário apresenta grande potencial multiplicador de informações, pois na universidade se formam profissionais que vão atuar em diversas áreas (Saúde, Educação, Segurança, Justiça), podendo disseminar e utilizar as informações aprendidas em

diferentes contextos. Adicionalmente, o público universitário, em geral, constitui-se de indivíduos com idade maior de 18 anos, faixa etária que pode beneficiar-se recente da Lei 12.650 de 17 de maio de 2012 (Lei Joanna Maranhão). Tal lei considera que o prazo de prescrição nos crimes contra dignidade sexual praticados contra crianças e adolescentes deve ser contado da data em que a vítima completar dezoito anos de idade, e não da data em que o crime ocorrera, salvo se a ação penal já tiver iniciado em data anterior. Assim, um universitário que sofreu abuso sexual na infância, ao conhecer mais sobre o tema da agressão sexual na infância, pode reconhecer a necessidade de buscar auxílio psicológico, evitando os impactos de longo prazo de ter sofrido agressões sexuais na infância (Transtorno Depressivo Maior, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, doenças psicossomáticas, entre outras). O universitário pode também buscar assistência judicial, de modo que o ofensor sexual seja responsabilizado, seja encaminhado a um trabalho reeducativo, diminuindo as chances de que faça outras vítimas. Por tanto, elaborar um material simples e didático sobre abuso sexual infantil e a universitários parece ser relevante.

Cabe ressaltar que é necessário que as tecnologias informativas passem por um processo de validação antes de serem amplamente utilizadas, sendo que uma das primeiras etapas desse processo consiste na análise aparente do material. Não foram encontrados estudos de validação a respeito dos seis panfletos encontrados em revisão de literatura. A análise aparente se refere a investigar se as instruções estão adequadas (em relação à facilidade de leitura e entendimento), se o público-alvo ficou constrangido ao ler algum item, se o material contempla todos os aspectos mínimos necessários ao fenômeno e se é fidedigno com o que a literatura científica apontou (Pasquali, 1997). Um instrumento utilizado para esse tipo de avaliação se denomina *Evaluation of Printed Education Materials*- EVALPEM isto é, avaliação de materiais educativos impressos (Castro, 2007). O EVALPEM possui 17 afirmações ao total e as opções de respostas são “concordo totalmente”, “concordo” e “discordo”.

Diante dessas lacunas quanto a tecnologias informativas sobre abuso sexual infantil, foi elaborado e feita a avaliação aparente de um panfleto. A elaboração do folder ocorreu a partir da leitura de vários materiais, por exemplo, Lei 12.650 conhecida como Lei Joana Maranhão, estudo de revisões de literatura como a de Pereda, Guilera, Forns e Gómez-Benito (2009) e da experiência clínica das autoras as quais são psicólogas. Este estudo faz parte da dissertação de mestrado da primeira autora, a qual se refere a avaliar o impacto na qualidade de vida adulta de ter sido abusado sexualmente na infância e que recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

O panfleto elaborado orienta universitários sobre o abuso sexual infantil e sobre a importância de que busquem assistência psicológica e jurídica, caso tenham sido vítimas na infância. O panfleto, também, tem como propósito orientar o que pode ser feito, caso se suspeite de que uma criança ou adolescente esteja sendo agredido sexualmente. O material está disponível gratuitamente em www.laprev.ufscar.br ou www.uece.br/prevenirnaescola e constitui-se de uma folha sulfite, em tamanho A4, de 4X4 cores, com três dobras e impressão frente e verso, com apresentação de 12 lâminas educativas. Na capa do folder há um convite para o leitor e a expressão “*Abuso sexual infantil: É possível superar!*”, a qual é o título do panfleto. Após o convite, há a sequência de lâminas que abordam: 1) definição de abuso sexual na infância e adolescência, 2) frequência de ocorrência do fenômeno, 3) descrição das consequências do abuso sexual infantil, 4) incentivo para que adultos que foram vítimas na infância busquem ajuda, 5) informações sobre a Lei 12.659 e sobre como notificar, quando suspeita-se que uma criança esteja sendo vítima.

Para realizar a análise aparente, o panfleto foi avaliado por cinco profissionais da área da Psicologia Forense (dois doutores, dois mestres e um psicólogo) e por nove adultos universitários ou com nível superior completo das áreas de Educação, Humanas e Saúde. Desses adultos, seis foram vítimas de abuso sexual na infância. Todos os participantes responderam a uma versão adaptada do EVALPEM, com 17 questões fechadas, as quais avaliaram a adequabilidade do conteúdo e forma do panfleto e uma questão aberta para medir as impressões gerais sobre o material.

Percebeu-se que o conteúdo do folder foi considerado totalmente adequado pela maioria dos participantes na maior parte das questões. Todos os 14 participantes consideraram que não havia informações desnecessárias no folder e que este estava inserido na cultura local e atual. No mínimo 12 participantes (85%) concordaram totalmente que as orientações fornecidas no folder eram as necessárias e atuais, que os objetivos deste estavam evidentes e que habilitava o leitor a realizar as ações desejadas. Contudo, somente nove dos participantes (64%) consideraram que o material ajuda a prevenir possíveis casos de abuso. De todos os participantes, o grupo dos especialistas foi o que mais apontou limitações no material, mas nenhum apontou discordância total quanto a qualquer aspecto do conteúdo do mesmo. Os especialistas apontaram limitações quanto à capacidade desse ser um material que previne abuso sexual infantil e incentiva a notificação, com o que as autoras desse estudo concordam. Certamente a prevenção do abuso sexual infantil e o aumento de notificações dependem de um conjunto de fatores, como políticas públicas adequadas de promoção dos Direitos Humanos,

atuação dos serviços de assistência social e do Conselho Tutelar eficientes, de modo que a população acredite que a notificação será útil, etc. Alguns aprimoramentos foram realizados no folder quanto a seu conteúdo, a partir dos apontamentos dos especialistas, como detalhamento da definição de abuso sexual infantil e maior destaque para a importância da notificação de suspeita de abuso.

Já quanto à adequação da forma, 12 participantes (86%) apontaram ter concordado totalmente quanto a qualidade na forma. Quanto à linguagem ser neutra e explicativa, 11 (78%) apontaram a linguagem como neutra e explicativa. Sobre o vocabulário utilizado no material, 12 participantes (86%) apontaram-no como simples e adequado ao público alvo. Quanto às ideias expressadas no material, 13 participantes (92%) concordaram totalmente. Quanto aos termos técnicos e aos títulos utilizados, 12 participantes (86%) apontaram como informativos e claramente definidos. Os aspectos apontados como deficientes quanto à forma, se referiram a: 1) uma figura de coração que ficava na capa, o qual os participantes apontaram como desnecessária; 2) a alta variedade das cores empregadas, as quais eram diversas para cada lâmina; 3) palavras de difícil compreensão ao público-alvo, como transtorno alimentar. Esses aspectos foram corrigidos de modo que retirou-se a gravura do coração. O folder apresenta apenas as cores branca e azul e o termo “Transtorno Alimentar” foi substituído por comer em excesso ou provocar vômito, recusa a alimentar-se.

No âmbito geral, o folder teve boa aceitação, sendo elogiado quanto ao seu objetivo, formatação original e simplicidade da linguagem. Assim, pode-se afirmar que o panfleto parece ser uma tecnologia promissora, mais ainda são necessários estudos que avaliem: 1) o impacto do material no aumento de notificações de suspeitas de abuso e de instauração de ações penais, 2) se as vítimas buscaram auxílio psicológico, após a leitura e 3) se as informações do folder foram propagadas pelos leitores a familiares, amigos e meio profissional. Espera-se que esse estudo sirva como incentivo para que outros materiais breves, como cartilhas e folders, tenham sua validade aparente avaliada antes de serem disseminados de modo a diminuir gastos, especialmente públicos, em materiais pouco adequados à população-alvo e ao tema que abordam.

Referências

- Castro, M. S., Pilger, F.D., Ferreira, M.B.C. (2007). *Development and validity of a method for the evaluation of printed education material*. *Pharm Prac.* 5:89-94.doi: 10.4321/S1886-36552007000200007.
- Leeb, R., Lewis, T., Zolotor, A.T. (2011). A Review of Physical and Mental Health Consequences of Child Abuse and Neglect and Implications for Practice. *American journal of life style medicine*, 5, 454-468. doi: 10.1177/1559827611410266.
- Ministério da Saúde (2002). *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_maustratos_crianças_adolescentes.pdf
- Oliveira, M. S., Fernandes, A. F. C., & Sawada, N. O. (2008). *Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação*. *Texto contexto – Enferm*, 17 (1), 115-123. doi: 0.1590/S0104-07072008000100013.
- Pasquali, L. (1997). *Psicometria: teoria e aplicações*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 328–338. doi:10.1016/j.cpr.2009.02.007.
- World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Suisse: World Health Organization. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf

A ser submetido: Paideia

4 VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA: UM ESTUDO RETROSPECTIVO COM UNIVERSITÁRIOS

Resumo

A violência sexual na infância é uma questão complexa e registrada em diversos países, sendo um dos delitos menos denunciados no mundo. É importante conhecer o quanto ocorre violência sexual infantil no Brasil, principalmente porque a vitimização sexual na infância pode acarretar em importantes e duradouros efeitos psicológicos a curto e a longo prazo. Este estudo visa analisar a ocorrência de violência sexual infantil em 940 universitários cearenses, traçando um perfil dos tipos de violência, caracterizando a vítima e o agressor por meio da aplicação de um questionário auto administrado. A pesquisa evidenciou que 53% (N=487) dos estudantes sofreram algum tipo de violência sexual na infância, isto é, abuso sexual infantil e/ou violência sexual entre pares.

Palavras-chaves: Violência sexual, Abuso sexual infantil; Maus-tratos infantis.

Abstract

Child sexual abuse is a complex and widespread issue but it is one of the least reported crimes in the world. It is important to quantify its occurrence in Brazil, mainly because child sexual abuse may lead to significant and lasting psychological effects in the short and long term. This study aims to analyze the occurrence of child sexual abuse on 940 university students by establishing a profile of the types of abuse and characterizing the victim and the aggressor through a self-administered questionnaire. The research showed that 53% (N=487) of the students experienced some type of sexual abuse in childhood, perpetrated by an adult or a peer.

Keywords: Sexual abuse, Child sexual abuse, Child abuse.

A violência sexual é um crime subnotificado. Pode provocar traumas físicos e emocionais, além de expor a doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada. É considerado atualmente um problema de saúde pública devido ao aumento do número de atendimentos em serviços de saúde.

Existem várias terminologias para caracterizar os crimes sexuais, sendo as mais utilizadas: violência sexual, agressão sexual e abuso sexual. O termo mais aceitável, segundo Drezett (2000) é violência sexual por ter uma conotação mais ampla, enquanto o abuso sexual restringe-se aos casos em as vítimas são crianças. Entretanto o que vêm se percebendo na clínica e nos espaço escolares é que há cada vez mais crianças vítimas de violência sexual que não são necessariamente acometidas por adultos.

A violência sexual na infância é uma questão complexa e registrada em diversos países, sendo um dos delitos menos denunciados no mundo. É considerado como um dos mais graves problemas de saúde pública enfrentados pela sociedade, sendo frequentemente acompanhado pela violência psicológica, sob a forma de ameaças e de violência física dirigida à própria vítima ou a alguém que ela goste. O fato desse tipo de violência ser pouco relatado ou notificado gera a errônea impressão de que o violência sexual, em especial, o infantil seja raro. Os estudos de Drezet et al. (1999) e Saffioti e Almeida (1995) apontaram que os registros das delegacias e conselhos tutelares representam 10 a 20% dos casos reais. Assim, quem estuda ou trabalha na área sabe que é mito que as crianças em geral estão protegidas de violência sexual (Williams, 2009).

Questões fundamentais sobre violência sexual infantil permanecem controversas, incluindo a sua definição. Houve o crescimento da pesquisa sobre abuso sexual infantil sem uma definição que demarcasse claramente quais comportamentos são considerados abuso e quais não são, tornando mais complicada a tarefa de comparar resultados de estudos de pesquisa (Padilha, 2007). Os comportamentos que podem ser considerados abusivos repousam sobre um continuum e a decisão sobre o que é e o que não é abuso sexual pode depender do contexto no qual a definição será usada. Assim, critérios amplos do que o que representaria o abuso sexual leva a taxas de prevalência mais altas do que quando se utiliza de definições mais restritas (Haugaard, 2000).

Independentemente das múltiplas perspectivas quanto a definição de violência sexual na infância, um conceito relevante é o da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) sobre abuso sexual. Segundo essa organização a violência sexual envolve qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários sexuais indesejados ou atos ao tráfego, ou de outra maneira dirigida, contra uma pessoa, usando coerção, independentemente da sua relação com a vítima, em qualquer configuração, incluindo, mas não se limitando, a sua casa ou ao trabalho (OMS, 2002). Já o abuso sexual infantil, caracteriza-se por: toques ou atividades sexuais inapropriados, com ou sem penetração, envolvendo indivíduos com no máximo 14 anos, com ou sem o consentimento de tal indivíduo (Pereda, 2007). No entanto, essa definição de Pereda (2007) engloba apenas casos em que o agressor é mais velho que a vítima, deixando de lado casos de violência entre pares, seja ela com contato físico ou por meio digital. Assim, o conceito de abuso sexual é apenas um recorte da complexa questão da violência sexual na infância. Martins (2007) em revisão de literatura sobre violência entre pares escolares apresenta que as agressões entre pares podem ser consideradas uma forma de violência interpessoal, manifestando-se de várias formas: físicas, psicológicas, virtuais e até sexuais.

É importante conhecer o quanto ocorre violência sexual infantil no Brasil, principalmente porque a vitimização sexual na infância pode acarretar em importantes e duradouros efeitos psicológicos a curto e a longo prazo, impactando e onerando o sistema de saúde público do país (Pereda, 2007). Estudos diversos já apontaram associações entre sofrer abuso sexual infantil e suicídio, doenças psicossomáticas, abuso de substâncias, transtorno depressivo e ansioso (Sant'anna, 2008).

O Brasil não apresenta estudos nacionais precisos sobre violência e abuso sexual infantil, e tampouco mantém estatísticas oficiais confiáveis sobre casos dessa natureza (Martins & Jorge, 2009). Porém, alguns estudos nacionais apontaram a realidade de alguns municípios, apresentando dados sobre crianças que já estão sendo acompanhadas por algum serviço da rede de proteção a vítimas de violência.

No estudo de Inoue (2008), na Bahia, analisou-se 2.522 registros de atendimentos de usuários do Viver (Serviço de Atenção a Pessoas em Situação de Violência Sexual) que ocorreram nos 32 meses anteriores a pesquisa. De todos os registros, apenas 22 indicavam que os educadores identificaram situação de abuso sexual, havendo o predomínio de vítimas do sexo feminino (86.4% dos casos), com idade de "até 12 anos" (77% dos casos) sendo em 56% das agressões por familiares.

O estudo de Baptista (2008) caracterizou o abuso sexual de crianças e adolescentes notificado no Programa Sentinela da Paraíba, analisando prontuários dos anos de 2005 e 2006 de 60 crianças e adolescentes. Identificou-se 51 notificações relacionadas com meninas e nove com meninos, todos em condições sócio-econômicas desfavoráveis. As faixas etárias prevalentes das crianças envolvidas na notificação de abuso sexual foi de três a cinco anos e de 12 a 14 anos. Dentre os principais abusadores, 27 notificações envolviam o ambiente intrafamiliar (padrastos, pais, cunhados, namorados) e 33 o ambiente extrafamiliar (desconhecidos). O Conselho Tutelar intermediou a maioria dos registros.

No estudo de Gawryszewski (2009) em São Paulo sobre abuso sexual entre crianças e adolescentes, analisou-se 4.085 relatórios sobre crianças e adolescentes menores de 15 anos registrados pela Vigilância de Acidentes e Violência - VIVA. A faixa etária mais comum das vítimas de abuso sexual entre as mulheres foi de 10 a 14 anos (38%) e entre os homens foi < 5 anos (35%). Entre as vítimas 41.7% (1047) eram mulheres e 19.6% (309) eram homens. O abuso sexual foi 1.7 vezes significativamente mais provável de ocorrer na residência comparativamente a “outros locais”. Entre os casos notificados, o abuso sexual foi 1.4 vezes mais provável de ser recorrente.

Em outro estudo em Curitiba, Apostólico (2011) analisou 2.008 relatórios de notificação da Rede de Proteção das Crianças e Adolescentes em Risco de Violência entre 0 e 18 anos. O sexo feminino aparece como o mais frequente da vítima de violência sexual; por exemplo, em 2008, considerando-se o total de número de casos, 81% envolveram meninas. Em 2004, o padrasto foi o agressor mais frequente deste tipo de violência, mas já em 2005, 2006 e 2008, o pai foi o agressor mais apontado e em 2007, o pai ficou em segundo lugar, seguido de um grande número de casos em que os tios foram responsáveis.

No estudo de Fonseca (2012) sobre violência contra crianças, também em Curitiba, foram analisados 338 notificações de violência contra crianças de zero a 9 anos de idade junto à Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente no ano de 2009. Constatou-se que foram um total de oito casos de violência sexual: cinco casos de meninas vítimas; em quatro casos o agressor era do gênero masculino e familiares da vítima (padrasto, tio ou irmão); seis casos já haviam sido notificados anteriormente como violência sexual, e os demais variaram entre os outros tipos de violência (negligência, violência física e psicológica).

Habigzang, Koller, Azevedo e Machado (2005) caracterizaram a violência vivenciada por 10 meninas com idades entre nove e 13 anos que sofreram abuso sexual

intrafamiliar. O contato com as meninas foi feito por meio do Programa Sentinela e do Conselho Tutelar, analisando-se denúncias ocorridas entre 2000 e 2004. O estudo destacou que a idade do início do abuso sexual variou entre cinco e 11 anos, o perpetrador da violência foi: tio (três casos), avô (três casos), pai biológico (dois casos), irmão (um caso) e casal de padrinhos (um caso). Dos 10 casos, nove participantes foram vítimas de mais de um episódio de abuso sexual e a violência teve duração de pelo menos um ano. Também foi verificado que oito meninas foram vítimas de abusos psicológicos e físicos e todas sofreram ameaças para manter o abuso sexual em sigilo.

Os métodos de estudo de Inoue (2008), Baptista (2008), Gawryszewski (2009), Apostólico (2011), Fonseca (2012), Habigzang (2005), referente a análise de prontuários e/ou registros e/ou investigações junto a órgãos da Rede de Proteção das Crianças e dos Adolescentes é um dos mais comuns em estudos de situações de abuso sexual infantil, pela facilidade do acesso aos dados e pelos baixo custo da pesquisa. Porém esse tipo de estudo apresenta desvantagens, pois os dados muitas vezes foram coletados por pessoas sem experiência na temática, podem ter sido registrados e armazenados de forma inadequada e desorganizada, não permitindo análises confiáveis e aprofundadas e generalizações para a população em geral devem ser feitas com cautela. Existem outros estudos no Brasil que utilizaram de métodos diferenciados, empregando questionários na população em geral.

O estudo de Polanczyk (2003) avaliou a prevalência da violência sexual entre adolescentes de escolas públicas em Porto Alegre. Participaram da pesquisa 1.193 estudantes, representando 10% de todos os alunos matriculados na 8ª série em escolas públicas da referida cidade. Foi utilizado um questionário de auto-relato com 49 questões que englobam violência física, sexual, intra-familiar e exposição a drogas. Percebeu-se que 27 adolescentes (2%) relataram ser vítimas de violência sexual, 54 (5%) ser testemunha de algum episódio de violência sexual e 332 (30%) relataram conhecer alguém que foi vítima de violência sexual. Adolescentes de maiores faixas etárias relataram com mais frequência terem sido vítimas de abuso sexual. Com referência ao grupo de adolescentes que testemunhou atos de violência sexual, aqueles que moravam com oito ou mais pessoas em casa apresentaram 3,43 vezes maior chance (IC 95%, 1,29-9,17) de testemunhar tais incidentes do que aqueles que moravam com até quatro pessoas. Entre os jovens que conheciam vítimas de violência sexual, observou-se maior chance desse evento em adolescentes do sexo feminino (RP 1,69; IC 95% 1,38-2,06), com idade entre 17 a 20 anos (1,43; IC 95% 1,11-1,85), que moravam com o pai ou mãe e companheiro(a) (RP 1,42; IC 95% 1,02-1,96) e que moram com cinco a sete pessoas na mesma

casa (RP 1,27; IC 95% 1,04-1,56). Os adolescentes que foram vítimas e testemunhas de atos de violência sexual apresentaram uma média de exposição a incidentes de violência comunitária total significativamente maior do que aqueles que não estiveram em contato com a violência sexual.

Bassani (2009) coletou dados nas áreas urbanas de um município de 306.000 habitantes do sul do Brasil. Participaram 1.954 habitantes da região. O questionário estruturado sobre abuso sexual era anônimo, auto-administrado, e confidencial. Evidenciou-se que a prevalência de abuso sexual infantil entre as meninas (5% IC 95% [4,8; 7,5]) foi maior do que entre os meninos (1% IC 95% [0,9; 2,6]). Nesse mesmo estudo o primeiro abuso sexual ocorreu antes de atingir 19 anos de idade em mais de 80% de todos os episódios relatados; 63% aconteceram antes dos 15 anos; 49% antes dos 13 anos; 27% tinham 8 anos de idade e 6% antes de chegar aos 4 anos de idade. A prevalência de abuso sexual auto-relatada é maior entre as meninas (1,7%) do que entre os meninos, antes de 12 anos de idade (1,7% vs. 0,5%) e com 12 anos de idade ou mais (1,5% vs. 0,3%,). Enquanto 53% dos meninos que sofreram abuso sexual infantil o foram na faixa etária de 0 a 7 anos, para apenas 33% das meninas aconteceu antes dos 8 anos, sendo que para elas o abuso foi mais frequente dos 8 a 15 anos de idade.

Bassani (2009) notou também que a busca por profissionais para tratar de problemas de saúde mental foi mais prevalente entre os indivíduos que relataram abuso sexual antes dos 12 anos. Os indivíduos que sofreram abuso sexual eram mais propensos a perceber sua saúde como média ou ruim duas vezes mais, em comparação a indivíduos que não sofreram abuso sexual infantil. Adicionalmente, quando o abuso ocorreu depois de 12 anos de idade notou-se uma tendência de um maior número de parceiros sexuais do que se não tivesse sofrido o abuso.

eticamente seria inviável perguntar diretamente às crianças se estão sendo alvo de agressões sexuais, sem se ter de antemão suspeitas. Além disso, os registros governamentais e de serviços de saúde e justiça não são confiáveis, haja vista, muitas vezes, despreparo dos profissionais em relação ao tema e a dificuldade das vítimas e dos seus familiares em fazer a denúncia, sendo imprescindível a realização de um estudo retrospectivo com adultos (Santos & Dellaglio, 2010).

São comuns pesquisas com estudantes universitários por serem de fácil acesso ao pesquisador, reduzindo o custo com a pesquisa e, no caso de investigações sobre violência sexual infantil, acredita-se que os indivíduos tenham nível intelectual e de saúde mental

adequados para avaliar se estão disponíveis para participar do estudo. Assim, existem estudos realizados com universitários sobre o tema da violência sexual infantil, em diferentes continentes, porém não existem estudos com esse público e tema no Brasil.

Na África, Collings (1995) investigou os efeitos a longo prazo de formas de abuso sexual de crianças, a partir de uma amostra de 284 homens universitários na África do Sul, por meio de um questionário que considerava enquanto abuso sexual infantil a violência que ocorria a indivíduos mais novos de 18 anos. O estudo apontou uma prevalência de 20% (56) do total de participantes. Entre as vítimas 9% (26) sofreram violência sexual com penetração. Além disso, as vítimas de abuso apresentaram os escores mais elevados no instrumento *Índice de Gravidade Global* indicando o alto impacto do abuso na vida adulta.

Na Ásia, Tamish (2001) aplicou uma escala a 652 estudantes universitários palestinos sobre histórico de abuso sexual na infância. Antes dos 12 anos, 5.7% dos respondentes do estudo foi abusado sexualmente pelo pai; 11.6% por outro parente; e 13.2% por um desconhecido. Entre os sintomas mais prevalentes na vida adulta relacionados ao abuso sexual infantil, encontrou-se: surtos psicóticos, hostilidade, somatização, ansiedade fóbica, ideação paranóide, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo.

Na Europa, Pereda (2007) aplicou questionário fechado em mil universitários espanhóis e percebeu que 17.9% foi vítima de abuso sexual antes dos 18 anos, sendo que desses 14.9% antes dos 13 anos e 3% entre 13 e 18 anos. O abuso sexual com penetração, nesse estudo, representou 26.7% dos homens e 42.1% das mulheres vítimas de abuso. As meninas tinham mais probabilidade do que os rapazes de terem sofrido vitimização sexual com contato (OR = 3,07, $p < 0,05$) e sem contato (OR = 4,01 $p < 0,05$). Cinco por cento das mulheres tinham sido submetidas a vitimização sexual com contato físico, com níveis ligeiramente mais elevados de ocorrência envolvendo ofensores quer eram adultos desconhecidos ou colegas do que para adultos conhecidos. Houve 10,1% de mulheres que sofreram abuso sexual sem contato.

Além desses estudos com universitários, há revisões de literatura importantes sobre o tema do abuso sexual infantil. Pereda (2009) realizou meta-análise de 65 artigos, envolvendo 22 países de todos os continentes, somado os participantes de cada estudo, obteve-se dados referentes a 63.118 indivíduos, e notou-se uma prevalência de abuso sexual infantil em uma amostra não clínica de 8% dos meninos e 20% das meninas. Dos artigos analisados no estudo de Pereda, 68% usaram uma definição ampla de abuso sexual infantil na qual são incluídas

situações de violência com contatos e sem contatos físicos, como exposição a cenas impróprias ou a vídeos.

Já Stoltenborgh et al. (2011) tendo feito uma meta-análise de 217 estudos, envolvendo 9 milhões 748 mil participantes de 21 países dos cinco continentes, a partir de amostras clínicas e não clínicas e de crianças, adolescentes e adultos, notaram índices de prevalência semelhantes ao da pesquisa de Pereda et al. (2009). Os resultados indicaram uma prevalência global do abuso sexual infantil de 12%, sendo a prevalência de 8% para meninos e 18% para meninas.

Assim, pode-se dizer que estudos brasileiros que analisaram documentos e registros de órgãos de proteção das crianças e dos adolescentes e estudos internacionais com universitários e de revisão indicaram a ocorrência de abuso sexual infantil como mais frequente em meninas, por agressores que são conhecidos ou familiares da vítima e as vítimas como tendo menos de 15 anos (Ioune,2008; Gawryzewski,2009; Apostólico,2011; Habigzang et al,2005). Os estudos brasileiros que aplicaram questionários na população geral, também indicaram o abuso mais frequente em meninas e frequência de ocorrência de cerca de 5% (Polanczyk, 2003) encontrou que 2% dos alunos da 8ª. série sofreram abuso sexual enquanto que Bassani (2009) encontrou a prevalência em mulheres de 5% e para homens 1%). Estudos internacionais com universitários em diferentes continentes indicaram prevalências maiores, em torno de 20% e consideraram enquanto abuso não apenas a violência sexual com penetração (Collings,1995; Pereda,2009).

Apesar dos estudos nacionais já realizados sobre o tema do abuso sexual infantil, ainda é importante no Brasil investigar a prevalência de violência sexual e abuso sexual na infância na população em geral e em universitários, o que pode apontar a necessidade da implementação de políticas públicas para prevenir e minimizar o problema e pode permitir a comparação com outros países quanto às características do fenômeno. Assim, este estudo visa analisar a abuso sexual infantil em universitários cearenses.

Método

Essa pesquisa é do tipo transversal, com abordagem descritiva e analítica, realizada na Universidade Estadual do Ceará, nos meses de novembro de 2014 e janeiro de 2015. Participaram da amostra 940 estudantes, distribuídos nas áreas de: Ciências da Saúde (5.4% do total de alunos do centro), Ciências da Educação (7.3%), Ciências da Humanidade (9.7%),

Centro de Estudos Sociais Aplicados (8.3%), Centro de Ciências e Tecnologia (8.3) e a Faculdade de Veterinária (33.7%), presentes no dia da coleta e que aceitaram participar da pesquisa.

Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado o Questionário semiestruturado de Prevalência de Abuso Sexual na Infância no Brasil, elaborado por 12 pesquisadores e profissionais da área da Psicologia Forense, os quais constituem o grupo “Tecnologia Social e Inovação: Intervenções Psicológicas e Práticas Forenses contra Violência” da Associação de Pesquisa em Psicologia. Este instrumento se compõe de 32 questões, divididas em três partes. A primeira parte contém sete perguntas sobre questões para identificar características sócio demográficas dos respondentes, como: “com quem você mora?”. A segunda parte apresenta 13 questões sobre se o respondente vivenciou situações de violência sexual até a idade de 14 anos, investigando frequência e impacto das situações vivenciadas. Entre as questões levantadas está se determinados acontecimentos ocorreram como, “Participei de uma relação sexual com penetração (pênis, vagina)”. Por fim, a terceira parte envolve 12 questões para serem respondidas apenas pelos que sofreram algum dos tipos de violência nomeados na segunda parte do instrumento, de modo que o respondente deve responder apenas sobre o evento vivenciado que mais o incomodou. Nessa terceira parte questiona-se quem praticou a pior agressão sexual, o grau de parentesco, o local em que ocorrera, as idades que vítima e ofensor tinham na época da agressão, as consequências do evento para vítima, se o evento foi revelado a alguém, e se foi revelado a quem e qual a reação de quem soube. Cabe destacar que o questionário busca avaliar o fenômeno de modo exploratório; assim, não se tem a pretensão de indicar um escore de abuso sexual sofrido.

Recursos humanos

A pesquisa contou com o auxílio de três graduandas de Psicologia que durante o período de 8 meses participaram de capacitações sobre a temática da violência sexual, ética em pesquisa e coleta de dados. As estudantes participaram da coleta e da digitação dos dados juntamente com a autora principal do estudo.

Procedimentos de coleta de dados

Após a obtenção do parecer favorável do Comitê de Ética, foi solicitada autorização das coordenações dos centros para requerer permissão aos professores a fim de realizar a

pesquisa em sala de aula. A turma foi convidada a participar da pesquisa, sendo orientada sobre a não obrigatoriedade da participação e o sigilo foi garantido. As pesquisadoras foram em dupla, para garantir suporte a algum aluno caso sentisse algum incômodo com o conteúdo proposto. Dentre os alunos convidados a participar, 38 (4%) alunos não aceitaram participar da pesquisa.

Procedimentos de análise de dados

Os dados foram digitados sem identificação dos participantes pela equipe de recursos humanos, tendo-se utilizado o SPSS versão 17.0 (*Statistical Package for Social Science*) para as análises. Na primeira parte do questionário, foram analisadas descritivamente questões sócio-demográficas: sexo, idade, etnia, estado civil, com quem mora, escolaridade dos pais e renda. Em seguida foi feita a análise das frequências de situações envolvendo violência sexual, considerando as opções de resposta: “nunca”, “algumas vezes”, “muitas vezes”, bem como o impacto percebido pelos respondentes em que as opções de resposta foram “nenhum”, “médio” ou “muito forte”.

Para a análise da segunda parte do questionário, no qual é descrita a pior situação de violência sexual infantil vivenciada, as respostas foram analisadas a partir de três categorias mutuamente exclusivas; violência sexual com penetração, violência sexual com contato físico e violência sexual sem contato físico.

Foram incluídos na categoria “sofreu violência sexual com penetração”, aqueles indivíduos que responderam afirmativamente a uma ou mais das questões: “Participei de relação sexual com introdução de objetos em vagina ou em ânus” e “Participei de uma relação sexual com penetração do pênis, vagina ou ânus”. A segunda categoria “sofreu violência sexual com contato físico mas sem penetração” englobou aqueles que responderam afirmando como verdadeira uma ou mais das afirmações: “Esfregaram ou eu esfreguei meus órgãos sexuais a pedido de alguém”, “Obtive sexo oral ou foi solicitado sexo oral”, “Foi masturbado ou masturbou outras pessoas, pessoalmente ou pela internet”. A terceira categoria englobou “sofreu violência sexual sem contato físico”, tendo o respondente indicado afirmativamente que: “Escutou coisas com conteúdo sexual inapropriado sobre si”, e/ou “Assistiu a filmes com cenas de sexo em vídeo ou pela internet por intenção de outro” e/ou “Foi exposto a gestos ou sons de natureza sexual” e/ou “Pediram para eu tirar as roupas íntimas ou mostrar meus órgãos sexuais” e/ou “Viu fotos com cenas de sexo ou foi solicitado que mandasse fotos sexuais”.

Cuidados Éticos

Por se tratar de uma investigação que poderia expor os respondentes a questões incômodas, foram fornecidas informações para que os participantes, se desejassem, fossem atendidos pelo Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) do curso de Psicologia da Universidade Estadual do Ceará. Adicionalmente, foi entregue um folder educativo a cada participante, a fim de que os participantes conhecessem mais sobre abuso sexual infantil, como preveni-lo e o que a Lei Joana Maranhão (Lei nº 12.650/2012) dispõe sobre os direitos dos indivíduos adultos que foram abusados sexualmente quando crianças. As informações somente foram coletadas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, conforme a resolução 466/2012.

Resultados

Os participantes eram em sua maioria do sexo feminino 55.5% (522), a média de idade foi de 20 anos (SD +- 5.18), com o participante mais jovem com 16 anos e o mais velho com 63 anos. Quanto à etnia, 51.6% (486) era pardo, 40.2% branco (378), 5.3% (50) negro, 1.4% (13) amarelo e 0.7% (7) indígena. A maioria era solteiro 90.5%, (852), 5.2% (49) eram casados, 1.8% (17) tinham união estável e 0.5% (5) eram separados/viúvos. Em relação a com quem os respondentes moravam, 75.1% (707) residiam com a mãe, 58% (548) com os irmãos, 57% (536) com o pai, 13% (123) com os avós, 8% (79) com os tios, 6% (59) com marido/esposa, 5% (46) com o padrasto, 3% (27) com os filhos, 2% (19) com a madrasta e 0.5% (5) com os pais adotivos.

Quanto a instrução do pai e da mãe, respectivamente, 0.3% (3) e 0.2% (2) eram analfabetos, 1.6% (15) e 1.5% (14) tinham até o Ensino Fundamental, 41% (388) e 40% (381) tinham até o Ensino Médio, 28% (267) e 34% (319) até a Pós-graduação e 3% (27) e 0.7% (7) não souberam informar. A renda média familiar foi de R\$ 4.000,00 (SD+- 4.500).

A pesquisa evidenciou que 53% (n = 487) dos estudantes sofreram algum tipo de violência sexual na infância. Conforme Tabela 1, notou-se que as agressões mais comuns não envolveram contato físico: *falas com conteúdo sexual inapropriado sobre si e exposição a filmes com cenas de sexo em vídeo ou pela internet por intenção de outro, com uma frequência de aproximadamente 35%*. Quanto ao impacto físico ou psicológico dessas agressões, aproximadamente 30% das vítimas apontaram que esses eventos não geraram impacto, porém aproximadamente 54% apontaram impacto médio e 16% muito forte.

Tabela 1 – Frequência e impacto de violência sexual na infância sofrida por universitários.

Tipos de violência sexual	Frequência						Impacto					
	Nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Nenhum		Médio		Muito Forte	
	%		%		%		%		%		%	
Escutou coisas com conteúdo sexual inapropriado sobre si	62	580	33	305	5	48	32	111	50	171	18	62
Assistiu a filmes com cenas de sexo em vídeo ou pela internet por intenção de outro	68	630	26	241	6	55	28	81	58	170	14	42
Foi exposto a gestos ou sons de natureza sexual	72	672	25	231	3	28	34	83	44	109	22	55
Esfregaram ou eu esfreguei meus órgãos sexuais a pedido de alguém	82	763	16	148	2	15	17	27	54	88	29	47
Tiram as roupas e expuseram órgão sexuais para mim, pessoalmente ou pela internet	83	775	15	135	2	20	21	32	53	80	26	39
Pediram para eu tirar as roupas íntimas ou mostrar meus órgãos sexuais	83	775	15	135	2	20	21	32	53	80	26	39
Viu fotos com cenas de sexo ou foi solicitado que mandasse fotos sexuais	86	793	13	119	2	14	27	36	51	68	22	29
Obteve sexo oral ou foi solicitado sexo oral	88	821	10	89	2	18	30	32	49	51	21	22
Foi masturbado ou masturbou outras pessoas, pessoalmente ou pela internet	88	819	11	99	1	8	21	22	51	54	28	29
Participei de uma relação sexual com penetração do pênis, vagina ou anus	90	838	7	69	2	20	25	22	52	45	23	20
Tocou nas partes íntimas ou se masturbou a pedido de alguém, pessoalmente ou pela internet	93	863	6	55	1	9	5	3	61	34	34	19
Recebeu presentes e/ou drogas em troca de atividade sexual (carícias, relações sexuais, etc)	97	901	3	28	0	0	23	6	38	10	38	10
Participou de relação sexual com introdução de objetos em vagina ou em ânus.	98	906	2	19	0	0	32	6	42	8	26	5

As agressões relativas a “Foi exposto a gestos ou sons de natureza sexual”; “Esfregaram ou eu esfreguei meus órgãos sexuais a pedido de alguém”; “Tiram as roupas e expuseram órgão sexuais para mim, pessoalmente ou pela internet”; “Pediram para eu tirar as roupas íntimas ou mostrar meus órgãos sexuais”; “Viu fotos com cenas de sexo ou foi solicitado que mandasse fotos sexuais”; “Obteve sexo oral ou foi solicitado sexo oral”; “Foi masturbado ou masturbou outras pessoas, pessoalmente ou pela internet” apresentam uma frequência em torno de 17%, envolvendo situações com e sem contato físico. Quanto ao impacto físico e psicológico dessas agressões, cerca de 24% das vítimas apontaram que a

agressão deixou “nenhum impacto”. Já em relação ao impacto médio e muito impacto, foi respectivamente, 50% e 28%.

As agressões menos comuns em frequência foram as que envolveram contato físico com penetração: “*Participei de uma relação sexual com penetração do pênis, vagina ou ânus*”; “*Recebeu presentes e/ou drogas em troca de atividade sexual (carícias, relações sexuais, etc)*” e “*Participou de relação sexual com introdução de objetos em vagina ou em ânus*”, com menos de 10% de frequência. Já em relação ao impacto das agressões menos comuns, 20% das vítimas apresentaram que a agressão não resultou em impacto para elas, 48% impacto médio e 30% muito forte.

Em relação ao impacto percebido pelos respondentes quanto as situações vividas, nota-se que a situação em que mais se assinalou que teve “*muito forte*” impacto foi: “*Recebeu presentes e/ou drogas em troca de atividade sexual*”, com 39%. Em seguida as situações que foram assinaladas como tendo “*muito forte*” impacto em média por 28% dos participantes foram: “*Tocar nas partes ou se masturbar a pedido de alguém*”, “*Pediram para eu tirar as roupas íntimas ou mostrar meus órgãos sexuais*”, “*Esfregaram ou esfreguei meus órgãos sexuais a pedido de alguém*”, “*Foi masturbado ou masturbou outras pessoas*”, “*Participou de uma relação sexual com introdução de objetos*”, “*Tiraram as roupas e expuseram os órgão sexuais para mim.*” As situações que foram assinaladas por cerca de 21.5% dos participantes como tendo “*muito forte*” impacto foram sofreu “*sexo oral ou foi solicitado sexo oral*”, “*viu fotos com cenas de sexo impressas ou pela internet ou foi solicitado que mandasse fotos sem roupa ou de roupa íntima*”. Já as situações em que menos se assinalou como tendo “*muito forte*” impacto em média por 16% foram assistir a filmes com cenas de sexo em vídeo ou pela internet por intenção de outro e escutar cenas com conteúdo sexual inapropriado sobre si.

Ao se agrupar as vítimas em categorias, percebeu-se que 20% (100) sofreram violência sexual com penetração, 29% (144) violência sexual com contato e sem penetração e 51% (247) violência sexual sem contato. Quanto ao gênero das vítimas observou-se que nos casos com penetração, maioria 67% (67) eram homens, já nos casos com contato sem penetração e sem contato a maioria era mulheres com respectivamente, 53% (74) e 55% (136). Quanto a cor das vítimas, nos casos com penetração 52% (52) e sem contato físico 52% (128) eram pardos. Já nos casos com contato sem penetração houve percentual idêntico para brancos e pardos (45%).

Quanto a média de idade das vítimas na situação do pior evento, nos casos com penetração e sem penetração foi de 13 anos, sendo para com penetração o desvio-padrão igual a 4.6 e sem contato físico igual a 3.3. Em ambos os tipos de violência sexual a menor idade da vítima de quando ocorreu o pior evento foi com 4 anos seja com penetração ou sem contato físico e as maiores idades das vítimas, em ambos os tipos de violência, foi por volta dos 20 anos. Nos casos com contato físico mas sem penetração a média da idade do pior evento foi de 12 anos (SD +- 3.3), com o mais jovem com 1 ano e o mais velho com 21.

Entre as vítimas de violência sexual que preencheram a provável idade do agressor na segunda parte do questionário (228), 104 foram agredidas por alguém maior de 18 anos, ou seja caracterizando caso de abuso sexual infantil. Quanto a média de idade do agressor no pior evento de violência sexual infantil, nos casos de penetração foi de 20 anos (SD +- 9.4), sendo o mais jovem com 9 anos e o mais velho com 60. Já nos casos com contato físico e sem penetração e sem contato físico, a média de idade foi de 17 anos, sendo respectivamente os desvio padrão (SD +- 12.7) e (SD +- 11.8), com o mais jovem com 8 anos e o mais velho com 70 em ambos.

Segundo a Tabela 2, fica evidente que a maior parte das agressões ocorreram por um pessoa. Já em relação ao ofensor em todas as categorias, “amigo/vizinho” foi o mais citado. Vale destacar que a opção “não lembro quem agrediu”, foi a segunda maior prevalência de violência sem contato físico. Quanto ao local em que ocorreu a pior agressão, nas três categorias o maior número de ocorrências deu-se na residência das vítimas.

Tabela 2 – Frequência, local e consequências da violência sexual infantil com e sem contato físico.

	Com contato				Sem contato	
	Com penetração (N ≈ 100)		Sem penetração (N ≈ 140)		(N ≈ 247)	
	%		%		%	
O ato foi praticado por	N=71		N=104		N=137	
Uma pessoa	85	60	83	87	77	105
Duas pessoas	10	7	14	15	7	10
Mais de duas	5	4	3	2	16	22
O ofensor era	N=53		N=90		N=122	
Amigo / vizinho	53	28	40	36	49	60
Tio / tia; primo / prima	21	11	28	25	11	13
Não lembro	11	6	17	15	16	20
Outro	9	5	2	2	10	12
Padrasto	8	4	1	1	0	0
Pai	4	2	3	3	2	3
Avô / avó	2	1	1	1	0	0
Padres / pastor	2	1	4	4	1	1
Profissional	4	2	5	5	2	2
Irmão	0	0	1	1	2	2
Mãe / madrasta	0	0	0	0	1	1
Local da agressão	N=61		N=82		N=106	
Residência	76	48	85	70	52	55
Rua / festa	23	14	23	19	43	46
Outro	2	1	1	1	3	3
Trabalho / carro / igreja	7	4	4	3	3	3
Creche / escola	8	5	5	5	23	24
Consequências	N=62		N=99		N=67	
Pensamento repetitivo	52	32	43	43	70	47
Interesse precoce por sexo	50	31	34	34	31	21
Raiva / vingança	46	28	34	34	42	28
Vergonha	40	24	51	51	88	59
Medo	34	21	30	30	61	41
Culpa	33	20	33	33	31	21
Nojo	24	15	40	40	73	49
Evitar pessoas / isolamento	23	14	29	29	33	22
Tristeza	18	11	22	22	21	14
Desinteresse por sexo	10	6	8	8	15	10
Hematomas / DST	8	5	3	3	0	0
Confusão	35	22	44	44	67	45
Tentativa de suicídio	6	4	1	1	0	0
Pesadelos	6	4	87	8	10	7
Gravidez	2	1	0	0	0	0

Já em relação às consequências, a vergonha é apontada como a mais frequente nas categorias “com contato físico e sem penetração” e “sem contato físico”. Enquanto o pensamento repetitivo sobre o evento e interesse precoce por sexo são apontados como mais predominantes nos casos de penetração.

A Tabela 3, apresenta que a maioria das vítimas está contando sobre a agressão pela primeira vez. Já entre os que contaram sobre a agressão anteriormente ao preenchimento do questionário, a pessoa mais comum que foi procurada foram amigos/tios/avós entre as vítimas com contato físico, já entre as vítimas sem contato o mais comum era para a mãe.

A maioria das pessoas para quem se revelou a violência, acreditou na vítima, quando a violência sexual não envolveu contato físico disseram para as vítimas de violência esquecerem o fato.

Quanto às providências jurídicas realizadas após a revelação, nas três categorias de abuso nenhuma medida foi tomada. Houve baixo número de denúncias e condenações em todos os casos de violência sexual infantil. Ser encaminhado a médicos/psicólogos foi comum entre as vítimas com penetração.

Tabela 3 – Frequência da revelação e as providências após o violência sexual infantil com e sem contato físico.

Contato físico	Com contato		Sem contato		
	Com penetração (N ≈ 100)	Sem penetração (N ≈ 140)	(N ≈ 247)		
	%	%	%		
Foi a primeira vez que revelou a violência	N=64		N=111		
Não	61	39	39	58	69 77
Sim	39	25	61	38	31 34
Contou à	N=44		N=55		N= 80
Amigo / tio / avós	77	34	76	42	47 38
Mãe	36	16	29	16	56 45
Padre / pastor	9	4	2	1	4 3
Irmão	7	3	11	6	11 9
Pai	2	1	4	2	20 16
Professor / profissional saúde	2	1	5	3	5 4
Terapeuta	2	1	7	4	3 2
Polícia / conselho tutelar	0	0	4	2	3 2
A pessoa a quem contou	N=43		N=56		N=80
Acreditou	86	37	93	52	89 71
Não acreditou	9	4	4	2	5 4
Disse para esquecer	9	4	4	2	11 9
Ignorou	7	3	4	2	4 3
Culpou	2	1	4	2	1 1
Discutiu ou agrediu o agressor	2	1	0	0	0 0
Após o relato da violência	N=40		N=53		N=70
Nada, parou	73	29	83	44	54 38
Ida ao psicólogo / psiquiatra	45	13	9	5	6 4
Instauração de processo judicial	1	1	0	0	1 1
Registro de boletim de ocorrência	0	0	2	1	4 3
Condenação do ofensor	0	0	0	0	0 0
Nada, continuou	3	1	0	0	1 1
Bateram no agressor	0	0	2	1	4 3
Afastamento do agressor	0	0	34	18	43 30

Discussão

Em relação à população brasileira, a amostra de participantes desse estudo apresenta tanto características parecidas quanto peculiares. Em relação ao sexo, 51% dos indivíduos brasileiros são mulheres, enquanto nesse estudo 55% dos participantes eram mulheres, ou seja, porcentagem ligeiramente superior. Quanto a idade dos participantes, os quais tinham em média 20 anos, esses se incluem no grupo de cerca de 49,68% dos brasileiros

que possuem até 24 anos (IBGE, 2010). Quanto à etnia, o IBGE (2010) apresentou que no Brasil 47,7% se dizem brancos, 43,1% pardos enquanto dos participantes desse estudo 40% se declarou branco e 51% pardos, sendo esses dados muito semelhantes a da presente amostra. Quanto a renda familiar média dos participantes desse estudo, essa envolveu cerca de 5 salários mínimos, de modo que os participantes se incluíam nos 70% dos brasileiros que possuem renda superior a 3 salários mínimos. O Censo Demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicou que o nível de escolarização, de um modo geral, tem melhorado no país. No grupo acima de 25 anos, idade considerada suficiente para a conclusão da graduação, o número de pessoas sem instrução ou com Ensino Fundamental Incompleto era 49,3%, com apenas Ensino Médio completo 14,7% e com Ensino Superior completo 10,8%. Assim, a população do presente estudo estaria entre os cerca de 30% da população brasileira que possuem ao menos Ensino Médio. Assim pode-se dizer que existem algumas diferenças da amostra desse estudo em relação à população geral, especialmente com relação à escolaridade.

A prevalência alcançada de violência sexual na infância foi de 53% ($n = 487$), ou seja, bem acima da apontada em diversos estudos, como o de Tamish (2001), Pereda (2009) e Stoltenborghet (2011). Acredita-se que essas diferenças estão relacionadas a limitações encontradas no campo teórico relativo ao tema violência sexual infantil que implicam no uso de critérios diversos para a investigação do tema como: método empregado para a coleta de dados, definição utilizada para violência sexual, podendo se limitar ao abuso sexual infantil o qual limita uma diferença mínima de idade entre ofensor e vítima e idade máxima das vítimas.

Estudos apresentaram que o uso de questões amplas sobre o abuso sexual na infância (por exemplo: Você sofreu abuso sexual na infância?), em geral, está associado a menores taxas de prevalência de abuso sexual do que questões mais específicas, como no caso do presente estudo (por exemplo: Você foi masturbado ou se masturbou a pedido de alguém antes dos 14 anos?) (Fricker, Smith, Davis, e Hanson, 2003). A questão de quão ampla as perguntas a serem feitas está relacionada à concepção do que seja violência sexual infantil. A definição é questão importante que muda significativamente os dados de prevalência, se tornando mais complicada a tarefa de comparar resultados de estudos de pesquisa (Padilha, 2007).

Em relação à polêmica da idade, as revisões de literatura de Pereda (2009) e Stoltenborghet al. (2011) apresentaram que a maioria dos estudos consideram as vítimas até os 18 anos. No entanto, nossa pesquisa sinalizava eventos que se iniciaram até os 14 anos, sendo

que na parte da descrição da pior violência vivida não havia delimitação de idade e cerca de 36 vítimas relataram eventos com 18 anos ou mais, ou seja, pode-se hipotetizar que a violência se iniciou antes, mas perdurou por vários anos de modo que o pior episódio foi relativamente recente. Essa questão da limitação da idade é discutida no estudo de Pereda (2009) que evidencia que as variabilidades quanto a idade da vítima nos estudos influenciam nas estimativas de prevalência de violência sexual infantil.

Outro fenômeno encontrado nessa pesquisa foi a baixa média de idade dos agressores. Destacamos que das vítimas com penetração 41% (n = 29) dos agressores tinham menos de 18 anos com relação ao pior evento e esse índice vai diminuindo nas outras categorias de agressão sendo, 38% (n = 122) em caso da violência sem contato físico e 29% (n = 50) em casos de violência com contato, mas sem penetração. Esses dados evidenciam um outro fenômeno parte da violência sexual que ocorre na infância e adolescência: a violência sexual entre pares, ou seja entre pessoas de quase a mesma idade. Esses dados vão ao encontro à pesquisa de Gruber (2007) que apresentou que 27% dos estudantes foram alvos frequentes de assédio sexual durante seus anos escolares, apresentando assim a existência de outro fenômeno que merece maior atenção por parte dos pesquisadores.

Outro aspecto que influencia para a diferença nas frequência de ocorrência de violência sexual percebida é o tipo da coleta de dados. Nesse estudo utilizou-se de questionário para interpelar diretamente as vítimas, diferentes da maioria dos estudos apresentados no Brasil, como o de Inoue (2008), Baptista (2008) e Gawryszewski (2009) que utilizaram dados secundários em suas pesquisas, os quais podem ser menos fidedignos por nem sempre os profissionais que atendem possíveis vítimas fazerem e manterem os registros adequadamente. Se fosse utilizado entrevista face a face, possivelmente a prevalência encontrada seria diferente. Peters, Wyatt e Finkelhor (1986) concluíram que as entrevistas face-a-face, podem resultar em taxas de notificação mais elevadas de prevalência. Tang (2002), no entanto, estabeleceu que os questionários auto-administrados produzem taxas de resposta mais verdadeiras do que entrevistas face-a-face, provavelmente por causar menos constrangimento aos participantes.

Embora esse estudo apresente índices bem superiores aos trabalhos internacionais, o estudo de Stoltenborgh et al. (2011) aponta também que cinco estudos na América do Sul, sem detalhar quais países, indicam que 22% das mulheres latino-americanas adultas apresentaram histórico de vitimização por abuso sexual. A pesquisa aponta ainda que exista uma precariedade do sistema de notificação na América do Sul que mascara ainda mais esses

fenômenos na região. Ambos os estudos apresentam a notificação, em geral, ligada a questões culturais, como maior dificuldade de relatar a violência sexual a pessoas do sexo masculino, e/ou sociais como no caso da desorganização dos serviços de saúde e proteção social.

É possível que a prevalência encontrada seja menor do que a prevalência real, pois: 1) por o estudo questionar sobre eventos que ocorreram há alguns anos, poder ter ocorrido um viés de memória, uma vez que a passagem do tempo pode limitar a capacidade da vítima de recordar os detalhes dos eventos (Hardt, 2006); 2) muitos casos fiquem obscuros dos dados científicos e conseqüentemente dos cuidados de familiares protetores, profissionais dos serviços sociais e saúde que poderiam cuidar e apoiar as vítimas de violência sexual na infância.

Outra hipótese é que a alta prevalência encontrada nesse estudo seja devido a fatores culturais da região. Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (2007), a maior parte da exploração sexual de crianças no Brasil ocorre no norte e nordeste, situação essa ligada diretamente ao fato do nordeste ter índices de pobreza e desigualdade social. As crianças e adolescentes que vivem nas periferias dos grandes centros urbanos e nas regiões Norte e Nordeste são aqueles que têm seus direitos mais violados no dia a dia e estão mais expostos à pobreza, à violência, à gravidez na adolescência e à exploração. O índice de extrema pobreza entre garotos e garotas de 12 a 17 anos na Região Nordeste é praticamente o dobro da média nacional: 32% (quando a média nacional é de 17,6%) (Veloso & Silva, 2007). Seria importante replicar esse estudo em outras regiões do país, de modo a se comparar prevalências. Outro ponto que merece destaque é a herança do machismo no nordeste, ou seja, aquela em que o homem é percebido como detentor do poder, que não pode ser contrariado, o que pode encobrir muitos crimes, entre eles a violência sexual infantil (Rego, 2008).

Essa pesquisa apresenta um dado inédito no Brasil por apresentar as frequências das múltiplas situações de violência, que vão desde agressões sem contato físico que são as situações mais frequentes e menos severas, até situações mais severas, como o abuso sexual com penetração. É importante notar que dos 51% das vítimas não tiveram contato físico com o agressor – sendo expostos a situações de exibição de fotos, cenas e sons de natureza sexual de forma presencial ou pela internet – o que para o senso comum talvez não se configuraria enquanto agressão sexual, mas 80% afirmaram que viver essas situações acarretou em impacto negativo médio ou intenso.

Um resultado intrigante foi o de que dos 100 casos de vítimas em que houve contato físico com penetração, 27% (n = 30) das vítimas relatou que o fenômeno não teve impacto na

sua vida. Quanto a essa percepção de impacto, algumas hipóteses podem ser levantadas: 1) o que foi caracterizado de abuso sexual infantil pode estar relacionado à iniciação sexual precoce e consensual, haja vista que a idade de alguns agressores era bastante próxima à de algumas vítimas e 2) a vítima foi manipulada pelo agressor de modo a acreditar que os atos sexuais eram pelo bem da mesma e adequados ao seu desenvolvimento físico e psicológico.

O estudo, também, apresenta outro dado inédito na literatura brasileira, pois descreve o pior evento de violência sofrido pela vítima segundo a mesma. Assim, foi evidenciado que, cerca de 10% das vítimas, foram agredidas por pai/padrastos, embora seja um número inferior a outras pesquisas que apresentam em geral números maiores em relação a porcentagem do ofensor sendo pai/padrasto, como no estudo de Saffioti (1997) que apresentou que a violência sexual doméstica ocorre em 30% das famílias norte americanas. Esse crime é muito conhecido como incesto, reconhecido por Charam (1997) como o crime sexual mais difícil de ser revelado. No Brasil, o incesto é considerado um agravante do crime sexual. Em relação ao local da agressão, cerca de 60% das vítimas sofreram agressão na própria residência. Dado semelhante ao de Gawryszewski (2009) em que o abuso ocorreu na casa da vítima em 72% dos casos. Como a porcentagem que foi agredida na residência e a porcentagem que sofreu abuso por pais/padrastos não são equivalentes, pode-se supor que o agressor é na maioria das vezes próximo à família da vítima ou da família extensa (tios(as), primos(as), avós, entre outros).

Nesse estudo as sequelas da violência sexual mais apontadas pelas vítimas em que não houve penetração foram vergonha e nojo, sendo que quando houve contato físico mas sem penetração também predominou o sentimento de confusão e quando não ocorreu o contato pensamentos repetitivos sobre o evento também foram frequentes. O impacto nos que sofreram penetração parece ser diferente dos que em não houve penetração, sendo predominante os pensamentos repetitivos sobre o evento, o interesse precoce por sexo, a raiva e o desejo de vingança. Esse estudo apresentou resultados semelhantes ao de Rood (2008), que indicou que uma das consequências mais comuns nas vítimas se referem a problemas quanto a sexualidade.

A pesquisa apontou que cerca de 70% das vítimas que contaram a alguém escolheram contar a um amigo/tio e que a reação da maioria deles, cerca de 85% acreditaram no relato da vítima, porém a maioria não tomou providência. Adicionalmente, os dados revelaram a pequena busca de auxílio de profissionais da saúde, haja vista que apenas 38% das vítimas foram encaminhados a médicos ou psicólogo. Os profissionais da justiça e segurança

também foram pouco solicitados para auxiliar, pois foi pequeno o número de denúncias formais, sendo que apenas em quatro casos foram realizadas denúncias formais dentre 487 situações.

Os dados apontados no estudo de Drezet et al (1999) e Saffioti e Almeida (1995) sobre os baixos registros das agressões são semelhantes ao nosso estudo, de modo que em apenas 2% do total de agressões se faz registro de boletim de ocorrência. Um dos motivos apresentados por esses estudos para a baixa frequência de denúncias é o fato do agressor, em geral, ser uma pessoa próxima da vítima. No presente estudo em quase 50% dos casos o agressor era um vizinho ou amigo próximo da família. A baixa frequência de denúncia é preocupante, pois segundo Brino (2008) a denúncia é a melhor e mais eficiente forma de se enfrentar a violência sexual infantil, cessando a agressão e permitindo o acompanhamento das vítimas e dos agressores.

Cabe também especular outras razões para essa pequena frequência de encaminhamento a profissionais da saúde e da justiça: 1) as famílias não possuem informações suficientes sobre o que é o fenômeno, as consequências a curto e longo prazo de sofrer violência sexual na infância e quais medidas devem ser realizadas para auxiliar a vítima; 2) pouca existência de serviços reconhecidos amplamente pela sociedade para assistir na área da saúde, segurança, justiça e assistência social às vítimas de violência sexual, 3) descrença na capacidade do sistema judiciário brasileiro em ser rápido e eficiente na promoção da justiça, especialmente quando se trata de uma vítima desfavorecida sócio-economicamente.

Essa pesquisa apresenta algumas limitações. Os questionários empregados para coletar os dados eram de múltipla escolha o que por vezes escondem características importantes de um fenômeno tão complexo que poderiam ser mais profundamente investigadas em entrevistas. Contudo, a utilização de questionários permitiu a coleta de dados com cerca de 1000 indivíduos, fornecendo maior generalidade ao estudo. A amostra do estudo foi por conveniência, haja vista que era necessário a autorização dos professores, o que pode aumentar as chances de os participantes do estudo não serem representativos da população universitária da UECE. Apesar disso, acredita-se que o cuidado em escolher turmas de participantes seguindo a proporção de alunos por cada área de conhecimento minimizou essa limitação. O instrumento utilizado não teve suas características psicométricas avaliadas, isto é, não tem estudos de validade, precisão e normatização, porém cabe lembrar que esse estudo é o primeiro no Brasil com universitários sobre o fenômeno, se constituindo em um estudo exploratório, de modo que

sugere-se que o instrumento seja alvo de investigações futuras e possa ser empregado para outras situações.

Sugere-se que esse estudo seja replicado em outras regiões do país, de modo a poder se comparar com as estatísticas aqui apresentadas, e que seja investigada a implicação em longo prazo da violência sofrida na infância, por exemplo, se interfere na saúde e qualidade de vida das vítimas que nunca revelaram a violência.

Considerações finais

Esse estudo apresentou a alta prevalência de violência sexual na infância em universitários cearenses, demonstrando os números alarmantes apresentados na pesquisa. Assim há a necessidade de estruturação dos serviços de saúde e jurídicos para proteger as vítimas e promover saúde, evitando agravos nas já comprovadas sequelas deixadas pela violência sexual.

Além disso, o estudo identificou algumas características comportamentais das agressões, dos agressores e das vítimas após a agressão. Esses dados são importantes para a estruturação de serviços de proteção à criança que possam orientar pais e instituições responsáveis pelo cuidados das crianças. A violência sexual é um crime, que em muitos casos pode ser evitado. Como foi apontando na pesquisa, mesmo quando as vítimas relatam a agressão, na maioria das vezes, nada é feito para remediar as sequelas das agressões e para punir o agressor, o que pode continuar fazendo novas vítimas.

Embora limitações e dificuldades da pesquisa, ela evidencia a necessidade das autoridades aprofundarem a temática, haja vista o grande número de vítimas e o impacto percebido por elas das situações vividas. Além disso, o estudo apontou que embora existam estudos que apresentem questões sociais como fatores de risco, é mito imaginar que isso ocorre apenas em lares com problemas financeiros ou sociais, visto que até mesmo universitários apresentaram alta ocorrência do fenômeno. Qualquer criança, seja ela de origem humilde ou não, necessita de cuidado e proteção da sociedade para os mais diversos tipos de maus tratos na infância, especialmente a violência sexual infantil.

Referências

- Apostólico, MR. et al (2001). Characteristics of violence against the child in a Brazilian Capital. *Rev Latinoam. Enferm*, vol.20, n.2, pag.266-73, 2011.
- Bassani, Dg. et al (2009). Child sexual abuse in southern Brazil and associated factors: a population-based study. *BMC Public Health*; vol. 9, p. 133.
- Baptista, R.S. et al. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. *Acta paul. enferm.*, vol.21, n.4, p. 602-608, 2008.
- Berliner, L., & Conte, J. R. (1995). The effects of disclosure and intervention on sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 19(3), 371–384.
- Collings, S J. (1995) The long-term effects of contact and noncontact forms of child sexual abuse in a sample of university men. *Child Abuse & Neglect* V. 19, Issue 1, Pages 1–6.
- Drezett J, Baldacini I, Nisida IVV, Nassif VC, Nápoli PC (1999). Estudo de adesão à quimioprofilaxia antiretroviral para infecção pelo HIV em mulheres sexualmente vitimizadas. [Study of adherence to antiretroviral chemoprophylaxis for HIV infection in women sexually victimized.] *Ver. Bras. Ginecol Obstetr.* 21(9):539-44.
- Fricker, A. E., Smith, D. W., Davis, J. L., & Hanson, R. F. (2003). Effects of context and question type on endorsement of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 16(3), 265–268.
- Gawryszewski, V.P; at al; Child and adolescent abuse in the state of São Paulo, Brazil, 2009. *Rev Assoc Med Bras*; 58(6): 659-65, 2012 Nov-Dec.
- Habigzang, L. F., et al. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol. 21, n. 3, p. 341-348, 2005.
- Haugaard, Jeffrey J. (2000). The challenge of defining child sexual abuse. *American Psychologist*, Vol 55(9), 1036-1039.

- Inoue, S. R.; RISTUM, M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. *Estudos de Psicologia*, vol. 25, n.1, p. 11-21, 2008.
- Krause, Elizabeth D. & Roth, Susan (2011). History and Feminine Gender-Role Identity. *Child Sexual Abuse*. Volume 64, Issue 1-2, pp 32-42
- Tamish, Safa. (2001) The rates of child sexual abuse and its psychological consequences as revealed by a study among Palestinian university students ☆ *Child Abuse & Neglect* Volume 25, Issue 10, , Pages 1303–1327
- Oates, R. K., Jones, D. P. H., Denson, D., Sirotnak, A., Gary, N., & Krugman, R. D. (2000). Erroneous concerns about child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 24(1), 149–157.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on violence and health. Geneve: Etienne G. Kruget al, WHO.
- Padilha, M.G.S. Prevenção Primária de Abuso Sexual: avaliação da eficácia de um programa com adolescentes e pré-adolescentes em ambiente escolar. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.
- Pereda, N.; et al; (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, vol. 29, p.328–338.
- Pereda, Noemí .,Guilera, Georgina & abad, judit (2014).victimization and polyvictimization of spanish children and youth: results from a community sample. *Child abuse & neglect*, volume 38, issue 4, pages 640–649.
- Peters, S. D., Wyatt, G. E., & Finkelhor, D. (1986). Prevalence. In D. Finkelhor (Ed.). *A source book on child sexual abuse* (pp. 15–59). Newbury Park, CA: Sage.
- Polanczyk, G. V; et al;Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil.*Revista de Saúde Pública*, 2003,37(1), 8-14.

- Rêgo, André Heráclio do (2008). *Família e Coronelismo no Brasil: uma história de poder.* [Family and Coronelismo in Brazil: a history of power.] São Paulo: A Girafa Editora.
- Saffiotti HIB, Almeida SS (1995). *Violência de gênero: poder e impotência.* Gender violence: power and powerlessness. Rio de Janeiro: Revinter.
- Saffiotti HIB (1997). *No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil atual.* On the edge: violence against children and adolescents in Brazil today.] In: Madeira FR., organizador. *Quem mandou nascer mulher?* Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos/UNICEF.
- Sant'Anna, P.A., & Baima, AP.S. (2008). Indicadores clínicos em psicoterapia com mulheres vítimas de abuso sexual. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(4), 728-741.
- Santos, S. S., & Dell'Aglio, D. D. (2009). Revelação do abuso sexual infantil: reações maternas. [Disclosure of child sexual abuse: maternal reactions.] *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 85-92.
- Sant'anna, Paulo Afrânio and Baima, Ana Paula da Silva (2008). Indicadores clínicos em psicoterapia com mulheres vítimas de abuso sexual. [Clinical indicators in psychotherapy with women victims of sexual abuse.] *Psicol. cienc. prof.* [online]. vol.28, n.4, pp. 728-741. ISSN 1414-9893. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000400006>.
- Stoltenborgh, M.; et al.; (2001). A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreatment*, 16(2) 79-101.
- Tang, C. S. (2002). Childhood experiences of sexual abuse among Hong Kong Chinese college students. *Child Abuse & Neglect*, 26, 23–37.
- Veloso & Silva, Xavier M.; Mônica, S. (org.) (2007). *Construindo estratégias de enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes.* [Building coping strategies of domestic violence against children and adolescents] Moprom, UNICEF, Belém.

Wolfe, V. V., & Birt, J. (1997). Child sexual abuse. In E. J. Mash, & L. G. Terdal (Eds.), *Assessment of childhood disorders* (pp. 569–623). New York: The Guilford Press.

Williams, L. C. A. (2009). Introdução ao Estudo do Abuso Sexual Infantil e Análise do fenômeno no município de São Carlos. In: Williams, L. C. A., Araújo, E. A. C. (Org.). *Prevenção do Abuso Sexual Infantil: um enfoque interdisciplinar*. Curitiba: Juruá.

A ser submetida: Ciência e Saúde Coletiva

5 O IMPACTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA NA QUALIDADE DE VIDA ENQUANTO UNIVERSITÁRIO

Resumo

O conceito de qualidade de vida relaciona-se ao estilo de vida dos sujeitos e, também, a suas relações com o meio ambiente, sendo necessário conhecer e avaliar como essas variáveis se relacionam. E, certamente alta qualidade de vida e vivenciar violência se constituem de fenômenos opostos e a violência já é considerada um problema de saúde em escala global. Assim, esse trabalho se propõe a investigar dois conceitos relacionados à saúde do indivíduo: a qualidade de vida e a presença/ausência de violência sexual na infância. Com uma amostra de 940 estudantes no qual foi utilizado um questionário sócio-demográfico, um histórico de violência sexual na infância e o WHOQOL-BREF para avaliar a qualidade de vida. Evidenciou-se que a violência sexual na infância impacta negativamente na qualidade de vida da vítima adulta. Assim, esse estudo destaca a importância do cuidado a vítimas de violência na infância, as quais muitas vezes não possuem assistência da família e de profissionais de saúde.

Palavras-Chaves: qualidade de vida; estudantes universitários; abuso sexual infantil.

Abstract

The concept of quality of life is related to the lifestyle of the subject, and their relationship with the environment, it is necessary to understand and evaluate how these variables are related. Certainly high quality of life and experiencing violence are opposite phenomena, and violence is already considered a health problem on a global scale. Thus, this study aims to investigate two concepts related to the health of the individual: the quality of life and the presence / absence of sexual violence in childhood. With a sample of 940 students in which we used a socio-demographic questionnaire, a history of sexual violence against children and the WHOQOL-BREF to assess the quality of life. It was evident that sexual abuse in childhood negatively impacts the quality of life of the adult victim. Thus, this study highlights the importance of caring for victims of violence in childhood, which we often without assistance from family and health professionals.

Key-words: quality of life; college students; child sexual abuse.

O conceito de qualidade de vida é subjetivo e deve ser entendido com relação à história de vida, às peculiaridades culturais e aos valores individuais e coletivos. Segundo Minayo (2000), o conceito de qualidade de vida relaciona-se ao estilo de vida dos sujeitos e, também, a suas relações com o meio ambiente. Além disso, a autora destaca como relevante para entender a qualidade de vida dos indivíduos o contexto em que o sujeito se insere, por exemplo, se há respeito aos direitos humanos, sociais e democráticos.

Não há consenso sobre um único e definitivo conceito de qualidade de vida, mas se pode estabelecer elementos para pensar o conceito enquanto fruto de indicadores ou esferas objetivas e subjetivas, a partir da percepção de que os sujeitos constroem em seu meio (BARBOSA, 1998). Embora haja muitas discussões e conceitos em torno da temática, a Organização Mundial da Saúde (OMS,1995) apresenta uma definição de qualidade de vida bastante completa e adequada: “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (pag.403). Assim, a OMS reformulou o conceito de saúde e incorporou ao termo a noção de bem-estar físico, emocional e social, desencadeando uma discussão a respeito da possibilidade de medir o bem-estar e a qualidade de vida, delineando sua importância para a plenitude da saúde do ser humano (DINIZ, 2005, p. 1).

Qualidade de vida é também percebida como um construto multidimensional que inclui, no mínimo, as seguintes dimensões: (1) física, que compreende a percepção do indivíduo sobre sua condição física, (2) psicológica, ou seja, a percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva e (3) social, que é a percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida. A ideia de qualidade de vida não se restringe à satisfação de necessidades materiais, mas está também relacionada a valores não materiais como inserção social, felicidade, liberdade, bem-estar, entre outros.

A questão da saúde mental do estudante universitário começou a ser discutida nos Estados Unidos e na Europa há mais de 60 anos. Esses estudos buscavam descrever os fenômenos observados na população universitária. Os estudos se sedimentam a partir do reconhecimento de que os universitários passam por uma fase naturalmente vulnerável, do ponto de vista psicológico, e de que é importante que a instituição em que estão inseridos possa estar ciente da situação e proponha medidas de promoção de saúde (Cerchiari, 2005).

No Brasil, em relação à população universitária, no período de maio a junho de 2014, com os descritores “qualidade de vida em universitários”, na base de dados do periódico capes, observamos que há seis estudos, entre eles nacionais e internacionais que analisaram qualidade de vida utilizando questionários como o *World Health Organization Quality of Life* - WHOQOL-BREF e outras medidas, porém estes parecem ser insuficientes para caracterizar a qualidade de vida dessa população no Brasil. A seguir, se descreve brevemente cada um desses estudos.

Em tese de doutorado, Cerchiari (2004) investigou saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários por meio do WHOQOL-100. Participaram 558 alunos de graduação de duas universidades públicas do Mato Grosso do Sul, sendo uma Estadual e outra Federal. Os alunos estudavam em um dos seguintes cursos: Enfermagem (257), Direito (159), Ciências da Computação (73), Letras estrangeiras e Literatura (69). Para avaliar a prevalência de transtornos mentais (TM) foi utilizado o QSG-60 (*Questionário de Saúde Geral, adaptação de Pasquali, 1994*) na população estudada e foi apontada uma prevalência de 25% de problemas com a saúde sendo que os maiores escores foram respectivamente para distúrbios psicossomáticos, tensão ou estresse psíquico e falta de confiança na capacidade de desempenho. Percebeu-se que houve associação significativa entre o surgimento de TM e as variáveis de gênero, curso que frequenta, ano de ingresso no curso, exercício de atividade remunerada, e tipo de moradia. Entre os grupos, os estudantes de Enfermagem foram os com piores escores de qualidade de vida e saúde mental. Os estudantes universitários tiveram escores significativamente menores ($p < 0,05$) quando comparado aos pacientes ($p < 0,05$) no domínio ambiente do estudo de Fleck (1999), que foi o principal pesquisador responsável pela validação desse instrumento do Brasil. As variáveis gênero, período em que estudava, atividade remunerada, renda familiar e opção de escolha do curso foram correlacionadas significativamente com a QV dos estudantes universitários. Homens apresentaram escores significativamente maiores em todos os domínios do WHOQOL-100, exceto no domínio espiritual, ($p < 0,05$) do que as mulheres. Estudantes sem uma atividade remunerada, comparados com aqueles que estavam empregados ou realizando estágio remunerado na área da graduação apresentaram escores significativamente menores em todos os domínios ($p < 0,05$). Os estudantes com renda familiar inferior a R\$ 1.000,00 tiveram escores em qualidade de vida geral e nos domínios relações sociais e ambiente inferiores aos dos estudantes que tinham renda familiar superior a esse valor; essa diferença, contudo, não foi significativa ($p > 0,05$).

Na tese de mestrado de Tombolato (2005) sobre qualidade de vida e sintomas psicopatológicos de universitários que trabalham, participaram 140 estudantes do curso de Administração de empresas de uma instituição particular do interior de São Paulo. Além do WHOQOL-BREF, foi utilizado o EAS-40 (*Escala de Avaliação de Sintomas*). EAS-40 é uma escala de 40 itens, de tipo auto-relato que visa avaliar sintomas psicopatológicos em pacientes ambulatoriais brasileiros de hospitais gerais e foi adaptado do *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)*. Os resultados indicaram que, ao contrário do que os pesquisadores esperavam, não há diferença significativa quanto à qualidade de vida e sintomas psicopatológicos entre universitário trabalhador e universitário não trabalhador. As frequências relativas aos problemas de saúde na amostra indicaram que a maior parte identifica-se como não tendo problema de saúde (66,4%, n = 140). Apesar de não ter havido diferenças quanto a qualidade de vida, apenas entre os trabalhadores foram identificados casos de "problemas nervosos crônicos" ou emocionais, cardiopatia e problemas com álcool e drogas (respectivamente, 7,4%, 0,8% e 0,8%, n = 122).

Oliveira (2006) realizou uma pesquisa em uma universidade particular paulista em 2004. Participaram do estudo 2.322 alunos distribuídos em 37 cursos de graduação, agrupados em três Unidades Acadêmicas nas áreas de: 1) Ciências Biológicas e Saúde; 2) Exatas e Tecnológica e 3) Jurídicas, Humanas e Sociais. Foi utilizado apenas o WHOQOL BREF enquanto instrumento de coleta de dados. Os resultados mostraram que os alunos apresentaram boa qualidade de vida (QV), sem atingir a excelência em nenhum dos domínios que descrevem essa variável. As diferenças significativas observadas entre as médias de QV ocorreram a favor dos alunos do turno noturno no domínio relações sociais, e no gênero masculino no domínio físico. Não foram observadas diferenças significativas quando se levou em consideração o semestre do curso. Tolobato (2005) também apresenta em seu estudo que os escores de qualidade de vida dos estudantes noturnos em todos os domínios apresentaram as menores pontuações em relação aos estudantes dos outros turnos, embora esses números não sejam significativos. Já nos estudos de Cerchiare (2004) foram os alunos do turno integral que obtiveram as menores notas em todos os domínios. Não foi observada associação entre desempenho acadêmico e qualidade de vida nos seus respectivos domínios.

No estudo de Catunda (2008) participaram 60 estudantes de uma universidade particular em São Paulo, dos cursos de Educação Física, Psicologia e Sistema de Informação em 2007. Os participantes tinham entre 17 e 24 anos. Os resultados indicaram que os participantes, em seu conjunto, consideraram ter uma boa qualidade de vida, embora não

tenham atingindo a excelência em nenhum dos domínios. A média total (ou escore de QVG) foi de 4,09 (equivalente a 82% de positividade da escala). Os resultados também indicaram que embora avaliem que têm boas condições físicas, os participantes parecem se ressentir de ter pouco tempo para repouso, o que acaba por lhes reduzir a capacidade para desempenhar suas atividades do dia-a-dia. O domínio avaliado mais positivamente foi o físico e o mais prejudicado foi o ambiental. A faceta avaliada mais negativamente refere-se a condições financeiras.

Costa (2008) realizou estudo de qualidade de vida e bem-estar espiritual com 36 universitários de Psicologia de uma instituição particular do Rio Grande do Sul. Além do WHOQOL-BREF, foi empregada a Escala de Bem-Estar Espiritual (SWBS). O estudo apresentou as médias e os desvios padrões por domínio, no qual meio ambiente foi 68.35 (11.84), psicológico 70.42 (13.43), relações sociais 71.26 (16.99), saúde geral 74.90 (17.84) e físico foi de 78.32 (14.05). Pode-se observar uma maior preocupação com as questões corporais, a auto-imagem e a aparência física. Assim, o estudo evidenciou as questões relacionadas ao bem-estar espiritual e suas relações com a qualidade de vida de universitários, percebeu-se uma constante importância atribuída à energia para as atividades rotineiras. Logo, pode-se dizer que esses universitários estão desenvolvendo melhor os aspectos físicos, pois são jovens e possuem um desenvolvimento saudável. O aspecto da saúde geral também foi considerado alto. Esse dado pode ser relacionado com o alto escore do domínio físico.

No trabalho de Alves (2010) sobre qualidade de vida de estudantes de Medicina de Recife, realizado com estudantes do primeiro período (229 discentes) e do último período do curso (141 alunos), foram coletados dados entre os meses de agosto de 2006 a abril de 2007, por meio do questionário WHOQOL-BREF. Quanto à primeira questão – como os acadêmicos se auto avaliavam em relação à qualidade de vida –, os alunos do primeiro período apresentaram melhores resultados: 3,87 vs. 3,39; $p < 0,001$. Em relação à satisfação com a própria saúde, não houve diferença estatística: 3,94 vs. 3,62 ($p = 0,099$). Não houve diferença estatística em relação aos itens dos domínios físico, relações sociais e meio ambiente. O domínio psicológico apresentou maiores escores nos alunos do primeiro ano do curso de Medicina (15,22) em comparação aos do 6º ano (14,33).

Os trabalhos de Oliveira (2006) e Catunda (2008), embora apontem que os universitários tinham bons níveis de qualidade de vida, não atingiram a excelência em sua pontuação. Estes dois estudos apresentaram que muitas variáveis que aparentemente

influenciariam na qualidade de vida como gênero, exercer atividade remunerada ou cor da pele, não apresentaram influência negativa significativa. Assim, os estudos realizados não são conclusivos e apesar de terem utilizado o mesmo instrumento de coleta de dados (WHOQOL-BREF) variaram bastante em relação ao número de participantes (de 60 a 2.322), instituição de ensino em que os estudantes frequentavam (pública e particulares) e cidade de residência. É possível, então, que a contradição nos resultados encontrados seja referente a estas diferenças metodológicas.

Adicionalmente, entre os estudos apresentados, apenas um estudo foi em estado do Nordeste, nenhum empregou técnicas estatísticas mais elaboradas do que correlações simples, como regressão logística e não investigaram a relação entre a qualidade de vida atual com fatores retrospectivos de violência sexual na infância.

É conhecido o fato de que o abuso sexual infantil acarreta em efeitos negativos no desenvolvimento das crianças e dos adolescentes. Haugaard (2004) em revisão de literatura destacou que as crianças que sofreram maus tratos na infância, dentre estes abuso sexual, são mais vulneráveis a terem problemas de desenvolvimento. Crianças ofendidas sexualmente podem ter comportamentos agressivos ou serem sexualmente provocativas, comportamentos estes que certamente atraem a atenção dos adultos. Contudo, essas crianças podem também se isolar, ou tentar exageradamente ser sociável e receber aprovação dos outros e, até mesmo, expressar emoções por meio de dores físicas, sintomas que muitas vezes passam despercebidos pelos adultos.

Leeb (2011) aponta que na infância os efeitos mais importantes dos maus tratos infantis são distúrbios afetivos, comportamentos externalizantes (relatar raiva, ser agressivo, não respeitar regras e leis), Transtorno de Estresse Pós-Traumático e desordens de humor (depressão, ansiedade, comportamento retraído). Existe a hipótese de que acontecimentos traumáticos sensibilizem o cérebro - especialmente durante o período da infância, em que há constantes transformações na organização cerebral – desorganizando-o quimicamente, tornando o funcionamento atípico e disfuncional. Quando crianças são expostas a eventos muito traumáticos (por exemplo, abusos físico e sexuais severos), os caminhos neurológicos que são responsáveis pelas respostas de "luta ou fuga" são superativados por um prolongado período de tempo (LEEB, 2011).

Assim, Leeb (2011) ao comparar crianças que sofreram somente abusos físicos com crianças que sofreram abuso sexual, percebeu que o Transtorno de Estresse Pós-Traumático em

crianças que sofreram abuso sexual é 50% mais comum do que as que viveram apenas abusos físicos. Além disso, as crianças que sofreram abuso sexual são mais propensas do que as que apenas viveram abusos físicos a comportamentos de evasão escolar, fuga de casa, vandalismo, crimes contra a propriedade e porte de armas. Em geral, os meninos são mais propensos do que as meninas a envolverem-se em violência física; no entanto, meninas que sofrem abuso sexual são mais propensas do que outras meninas a apresentarem comportamento violento e podem optar por portar/usar uma arma para proteção (LEEB, 2011). Adicionalmente, abuso sexual e físico na infância têm também sido associados com a síndrome do intestino irritável e com disfunções gastrointestinais em adultos.

Além dos efeitos a curto e médio prazo do abuso sexual infantil, existem estudos que sugerem haver uma relação direta entre o número de diferentes tipos de experiências negativas na infância e o grau em que a saúde do indivíduo é prejudicada na vida adulta. Indivíduos que vivenciaram um maior número de situações de vitimização têm maior chance de relatar múltiplos problemas de saúde, dores crônicas, relapsos com a saúde, transtornos mentais, e utilizam pouco os serviços de saúde de modo preventivo, contribuindo para o agravamento de seus sintomas (LEEB, 2011).

O abuso sexual infantil foi percebido como um forte preditor de suicídio, incluindo pensamentos suicidas, planos, ameaças e tentativas, e automutilação na vida adulta. Os rapazes com uma história de abuso sexual apresentam 2,5 vezes mais probabilidade de relatar embriaguez do que meninos sem tal história (LEEB, 2011).

Semelhantemente, Singh (2013) fez um estudo que apresenta o abuso sexual infantil como um provável fator preditor para tentativa de suicídio na vida adulta, mesmo quando se está em tratamento medicamentoso. Esse estudo envolveu 51 pacientes que apresentavam Transtorno Depressivo Maior e que foram medicados (Venlafaxina ou Escitalopram). Para diferenciar a ocorrência e o impacto do abuso sexual foi utilizado o *Impact of Event Scale- IES-15* de Sundin e Horowitz (2002). Essa escala avalia a partir dos seus 15 itens, dos quais sete medem sintomas intrusivos (menor impacto), como pensamentos repetitivos, pesadelos, sentimentos e imagens associadas com o evento específico. A sub-escala de evasão (maior impacto) tem oito itens, tais como entorpecimento da capacidade de resposta, assim como evitar sentimentos e situações. Os componentes de intrusão e de evasão são combinados para produzir uma pontuação total. Indivíduos que não relataram ter sofrido abuso sexual quando criança eram menos propensos a tentar suicídio, seja antes do tratamento a até uma semana de

tratamento com antidepressivo (7,6%; erro padrão (SE) 7.6), em comparação com indivíduos com abuso de menor impacto (38,5%, SE 9,7, $p = 0,041$) e com abuso de alto impacto (58,3%, 14,8 SE, $p = 0,009$). “Nenhuma diferença nos índices de suicídio foi observada entre os grupos de alto e menor impacto” ($p = 0,15$). A análise de regressão para ajustar fatores de confusão em potencial (como a gravidade da depressão) apresenta que indivíduos que relataram o abuso infantil de alto impacto tiveram significativamente maiores chances de aumento de ideação suicida durante a primeira semana de tratamento com antidepressivos (OR 31,5, IC 95% = 1,3 para 748,7, $p = 0,03$) em comparação com aqueles que não relataram exposição a abuso infantil.

A revisão de literatura de Hillberg (2011) avalia meta-análises em língua inglesa sobre o abuso sexual infantil e possíveis psicopatologias no adulto, publicados a partir de 1985. Encontrou-se sete metanálises as quais preencheram os seguintes critérios de inclusão: a) participantes acima de 18 anos, b) histórico de abuso sexual antes dos 18 anos, c) investigar abuso sexual infantil, entendido como: ato em que a criança é usada para fornecer gratificação sexual para o autor, que pode envolver tocar sexualmente, convites de cunho sexual, exibicionismo de partes íntimas do corpo ou gestos sexuais, interação sexual sem penetração (exibição online, carícias, e/ou masturbação), e/ou a penetração vaginal ou anal.

Destaca-se que a presença de disfunção familiar e/ou falta de apoio emocional pode colocar uma criança que sofreu abuso sexual em risco de sofrer abuso extrafamiliar ou revitimização. O estudo de Hillberg (2011) descreve que mulheres vítimas de abuso sexual infantil percebem ter sofrido maior dano psicológico a partir dessas experiências do que as vítimas masculinas. Embora nem todos os adultos que foram abusados sexualmente em sua infância necessitem de serviços especializados em cuidados com a saúde, esta revisão encontrou evidências consistentes e consideráveis de que os adultos com história de abuso sexual na infância apresentam uma série de problemas de saúde mental de longo prazo.

O tema qualidade de vida vem ganhando notoriedade nas discussões sobre saúde, haja vista evidências científicas que mostraram a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações. Com a evolução do conceito de saúde como um estado de bem estar e não mais ausência de doenças, esse trabalho se propõe a investigar dois conceitos relacionados à saúde do indivíduo: a qualidade de vida e a presença/ausência de violência sexual na infância.

Método

Participantes

Participaram da pesquisa 940 estudantes da Universidade Estadual do Ceará (UECE), representando 10% do total de alunos da universidade, segundo censo da própria instituição (UECE, 2012). Esses estudantes frequentavam diferentes turmas de graduação conforme divisão a seguir: a) Música, Letras, Filosofia, História, Ciências Sociais e Psicologia totalizaram 292 alunos, os quais representam 9.7% dos alunos do Centro de Humanidades; b) Geografia, Ciências da Computação, Matemática, Biologia e Química totalizaram 205 alunos, os quais representam 8.3% dos alunos do Centro de Ciências e Tecnologia; c) Administração, Ciências Contábeis e Serviço Social totalizaram 172 alunos, os quais representam 8.3% dos alunos do Centro de Ciências Sociais Aplicadas; d) Enfermagem, Medicina, Nutrição, Educação Física e Ciências Biológicas totalizaram 112 alunos, os quais representam 5.4% do Centro de Ciências da Saúde; e) Pedagogia totalizou 62 alunos, os quais representam 7.3% do Centro de Educação e f) Medicina Veterinária totalizou 163 alunos, os quais representam 33.7% dos alunos da Faculdade de Veterinária.

Amostra

A quantidade de participantes foi determinada de modo a ser possível realizar a regressão logística. Assim foi considerando um *odds ratio* 3, nível de significância do teste 0,05, poder do teste de 90%, uma proporção de pessoas expostas na população de 10%, razão de controles para caso de 2.6, assim calculou-se necessário um mínimo de 98 indivíduos que tenham sofrido violência sexual na infância. Considerando-se que em geral a prevalência de violência sexual na infância é de 10% (Leeb,2011) segundo alguns estudos internacionais seria necessário cerca de 1000 indivíduos para se selecionar a amostra necessária. Esses cálculos foram realizados a partir do programa estatístico disponibilizado pelo Laboratório de Epidemiologia e Estatística da Faculdade de Medicina da USP e da análise da literatura a qual indica prevalência em torno de 10% de casos de violência sexual.

Local do estudo

A Universidade Estadual do Ceará (UECE) atualmente é uma Instituição de Ensino Superior constituída por uma rede multicampi. A Universidade é organizada em seis centros: Ciências da Saúde, Ciências da Educação, Ciências da Humanidade, Centro de Estudos Sociais

Aplicados, Centro de Ciências e Tecnologia e a Faculdade de Veterinária. Segundo censo da própria instituição a Universidade tem cerca de 11 mil alunos.

Cuidados éticos

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (sob o número CAEE 31448214.9.0000.5534) e, por se tratar de uma investigação sobre violência sexual na infância, inquerindo sobre uma possível história de vitimização, foram fornecidas informações para que os participantes, se desejassem, fossem atendidos pelo Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) do curso de Psicologia da Universidade Estadual do Ceará. Adicionalmente, foram entregues um folder a cada participante (maiores informações no artigo em prelo “Análise aparente de tecnologia educativa para universitários sobre abuso sexual infantil”), de modo que esses pudessem conhecer mais sobre o fenômeno da violência sexual infantil, sobre como preveni-lo e o que a Lei Joana Maranhão (Lei nº 12.650/2012) apresenta sobre os direitos dos indivíduos adultos que foram abusados sexualmente quando crianças.

Recursos humanos

A pesquisa contou com o auxílio de três graduandas de Psicologia que durante o período de oito meses participaram de capacitações sobre a temática da violência sexual, ética em pesquisa e coleta de dados. As estudantes participaram da coleta e da digitação dos dados juntamente com a autora principal do estudo.

Instrumentos

Foi utilizado o Questionário de Prevalência de Abuso Sexual no Brasil, o qual foi elaborado por 12 pesquisadores e profissionais da área da Psicologia Forense, os quais compõem o grupo “Tecnologia Social e Inovação: Intervenções Psicológicas e Práticas Forenses contra Violência” da Associação de Pesquisa em Psicologia. Este instrumento se compõe de 32 questões, divididas em três partes. A primeira parte contém sete perguntas sobre questões para identificar características sócio demográficas dos respondentes, como, “com quem você mora?”. A segunda parte apresenta 13 afirmações aos quais o respondente deve afirmar se nunca vivenciou, se vivenciou algumas vezes ou frequentemente situações de violência sexual até a idade de 14 anos e, em seguida, anotar o quanto a experiência dessas situações o impactou. Entre as afirmações está, “Participei de uma relação sexual com penetração (pênis, vagina)”. Por fim, a terceira parte do questionário envolve 12 questões para serem respondidas apenas pelos que sofreram algum dos tipos de violência nomeados na

segunda parte do instrumento, de modo que o respondente deve responder apenas sobre o evento vivenciado que mais o incomodou. Nessa terceira parte questiona-se quem praticou a pior agressão sexual, o grau de parentesco, o local em que ocorrera, as idades que vítima e ofensor tinham na época da agressão, as consequências do evento para vítima, se o evento foi revelado a alguém, e se foi revelado a quem e qual a reação de quem soube. Cabe destacar que o questionário busca avaliar o fenômeno de modo exploratório, assim não se tem a pretensão de indicar um escore de abuso sexual sofrido. (Algumas respostas a este questionário são apresentadas apenas no artigo “Violência sexual na infância: um estudo retrospectivo com universitários” a ser submetido a Paideia.

O WHOQOL – BREF é um instrumento de avaliação de qualidade de vida traduzido e validado no Brasil pelo Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, Esse questionário é composto por quatro domínios da qualidade de vida, sendo que os domínios tem por objetivo verificar a capacidade física (sete questões), o bem-estar psicológico (seis questões), as relações sociais (três questões) e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido (oito questões). As respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). A sintaxe para o cálculo dos resultados do WHOQOL-BREF é a seguinte: a) É verificado se todas as 26 questões que foram preenchidas com valores entre 1 e 5; b) invertem-se todas as questões cuja escala de respostas é invertida, por exemplo na questão 3 “Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?” nessa questão (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1); c) soma-se os escores das questões de cada domínio. Esse instrumento não apresenta ponto de corte com relação a qualidade de vida, avalia-se os escores por domínio e na escala como um todo.

Procedimentos de coleta de dados

Após a obtenção do parecer favorável do Comitê de Ética, foi solicitada autorização das coordenações dos centros para requerer permissão aos professores para realizar a pesquisa em sala de aula. Posteriormente à autorização dos professores o pesquisador convidava a turma a participar da pesquisa, explicando, principalmente a não obrigatoriedade da participação, e o sigilo garantido aos participantes da pesquisa. As pesquisadoras iam em dupla realizar a aplicação dos instrumentos de modo a garantir suporte a algum aluno que sentisse desconforto emocional com o conteúdo da pesquisa. Os questionários, anônimos, foram auto-administrados

pelo alunos. O preenchimento foi voluntário, havendo 38 alunos que foram convidados, mas não aceitaram participar da pesquisa.

Procedimentos de análise de dados

Os dados foram digitados sem identificação dos participantes pela equipe de recursos humanos, tendo-se utilizado o SPSS versão 18.0 (*Statistical Package for Social Science*) para as análises.

No questionário sócio demográfico e de histórico de doenças clínicas, foram analisadas descritivamente apenas os dados das questões sobre sexo, idade, etnia, estado civil, com quem mora, escolaridade dos pais, renda familiar, histórico de doença crônica, histórico de acidente, se faz tratamento psiquiátrico, se faz tratamento psicológico e se tem alguma deficiência física. Sobre o questionário de violência sexual foram analisados os dados apenas da Parte 2 que consistia em 14 questões, classificadas da seguinte forma: a) violência sexual com penetração, b) violência sexual com contato, mas sem penetração, c) violência sexual sem contato e d) nenhum tipo de abuso.

Para avaliar qualidade de vida, primeiramente foi calculada a média geral dos participantes em relação ao escore no WHOQOL-Bref. Em seguida, estabeleceu-se que os indivíduos que tivessem escore acima de um desvio-padrão da média (maior que 102.94) seriam selecionados para o grupo de boa qualidade de vida. Já os indivíduos que estivessem com escore abaixo de um desvio-padrão da média (menor que 79.06) estariam no grupo de baixa qualidade de vida.

Foram realizadas análises bivariadas em relação à qualidade de vida envolvendo o desfecho qualidade de vida e as seguintes explicativas: idade (menos de 20 anos e mais de 21 anos), sexo (masculino, feminino), etnia (branca, parda, outra), conjugalidade (com companheiro, sem companheiro), prática religiosa (sim, não), local de nascimento (capital, interior), exerce atividade remunerada (sim, não), sofreu acidente grave (sim, não), pratica atividade física (sim, não), consome bebida alcoólica (sim, não), possui doença crônica (sim, não), recebe atendimento psiquiátrico (sim, não), recebe atendimento psicológico (sim, não) e se foi vítima de violência sexual (violência com penetração, violência com contato físico e sem penetração, violência sem contato físico e não foi vítima de violência sexual).

Em seguida, fez-se análise de regressão logística múltipla, apenas incluindo as variáveis que em análise binária obteve significância igual ou menor do que 0.2. O método de

seleção das variáveis do modelo de regressão foi métodos de seleção automática (*stepwise*). Foram mantidas no modelo apenas as variáveis que apresentaram $p < 0,05$.

Resultados

Os participantes eram em sua maioria do sexo feminino 55.5% (522), a média de idade foi de 20 anos (SD +- 5.18), com o participante mais jovem com 16 anos e o mais velho com 63 anos. Em relação à etnia, mais da metade 51.6% (486) eram pardos. A maioria era solteiro 90.5%, (852). Em relação a com quem os respondentes moravam, mais da metade 75.1% (707) residiam com a mãe.

A maioria dos pais e mães estudou até o Ensino Fundamental, 41% (388) e 40% (381) respectivamente. A renda média familiar foi de R\$ 4.000,00 (SD +- 4.500).

Tabela 1 – Associação bivariada entre variáveis sócio-demográficas e histórico de violência sexual na infância com qualidade de vida em universitários, UECE, 2015.

	Qualidade de vida		X^2	p
	Ruim (161)	Boa (100)		
Idade média				
Menos de 20 anos	56.1 (64)	59.8 (70)	0.323	0.576
Mais de 21 anos	43.9 (50)	40.2 (70)		
			X^2	P
Sexo				
Feminino	52.8 (66)	47.2 (66)	11.279	0.004**
Masculino	46.3 (56)	53.7 (65)		
Etnia				
Branca	37.1 (36)	62.9 (61)	5.548	0.457
Parda	56.2 (73)	43.8 (57)		
Outra	70.6 (12)	29.4 (5)		
Conjugalidade				
Com companheiro	29.4 (5)	70.6 (12)	3.039	0.081
Sem companheiro	51.3 (115)	48.7 (109)		
Praticar religião				
Sim	36.5 (46)	63.5 (80)	11.278	0.001*

Não	60 (51)	40 (34)		
Local de nascimento				
Interior	63.4 (26)	36.6 (15)	3.646	0.056
Capital	47.1 (97)	52.9 (109)		
Exerce atividade remunerada				
Sim	54.7 (58)	45.3 (48)	1.956	0.162
Não	45.7 (64)	54.3 (76)		
Com acidente grave				
Sim	47.1 (8)	5.2.9 (9)	0.138	0.589
Não	49.1 (111)	50.9 (115)		
Praticar atividade física				
Sim	36.4 (43)	63,6 (75)	17.837	<0.001*
Não	63.5 (80)	36.5 (46)		
Consome álcool regularmente				
Sim	56.2 (50)	43.8 (39)	2.267	0.132
Não	46.2 (73)	53.8 (85)		
Possui doença crônica				
Sim	66.7 (18)	33.3 (9)	3.451	0.063
Não	47.7 (105)	42.3 (113)		
Recebe atendimento psiquiátrico				
Sim	80 (16)	20 (4)	8.052	0.005*
Não	46.9 (106)	53.1 (120)		
Recebe atendimento psicológico				
Sim	65.1 (28)	34.9 (15)	5.023	0.025*
Não	46.3 (94)	53.7 (109)		
Abuso sexual				
Não abuso	65 (103)	41 (40)	14.573	0.000*
Abuso	35 (55)	59 (58)		

*Significância estatística pelo quiquadrado ($\chi^2 < 0.05$)

A Tabela 2 apresenta os resultados da análise multivariada, a partir de regressão logística binária. Notou-se que o modelo explicativo mais relevante para prever qualidade de vida envolveu a combinação de seis variáveis, sendo que a variável que mais contribuiu foi o nascer na capital seguida por fazer atividade física, receber atendimento psicológico, ter um relacionamento amoroso estável, ser branco e não sofrer violência sexual na infância.

Notou-se também que sexo e praticar religião relacionaram-se à qualidade de vida em uma análise bivariada, porém quando outras variáveis foram consideradas conjuntamente, essas variáveis perderam a importância para prever qualidade de vida. Já as variáveis conjugalidade, local do nascimento, exercer atividade remunerada e estar em acompanhamento psiquiátrico quando analisadas conjuntamente se mostraram significativamente relevantes, o que não foi percebido em análises bivariadas.

Tabela 2: Modelo final de regressão logística binária para variáveis associadas a qualidade de vida (N=261).

	OR	<i>p</i>	B(SE)	Wald
Nascer na capital	0.243	0.003	-1.416 (0.477)	8.804
Praticar Atividade física	4.057	0.000	1.400 (0.334)	17.535
Receber atendimento psicológico	3.230	0.014	1.172 (0.476)	6.062
Ter relacionamento amoroso estável	0.143	0.033	-1.946 (0.912)	4.548
Ser branco	0.682	0.030	-0.383 (0.176)	4.733
Não ter sofrido violência sexual na infância	1.626	0.004	-0.486 (0.170)	8.184

Discussão

Em relação à população brasileira, a amostra de participantes desse estudo apresenta tanto características parecidas quanto peculiares quando o assunto é qualidade de vida. 51% dos indivíduos brasileiros são mulheres, enquanto nesse estudo 55% dos participantes eram mulheres, ou seja, porcentagem ligeiramente superior. Quanto a idade dos participantes, os quais tinham em média 20 anos, esses se incluem no grupo de cerca de 49,68% dos brasileiros que possuem até 24 anos (IBGE, 2010). Quanto à etnia, o IBGE (2010) apresentou que no Brasil 47,7% se dizem brancos, 43,1% pardos enquanto dos participantes

desse estudo 40% se declarou branco e 51% pardos. Quanto a renda familiar média dos participantes desse estudo, essa envolveu cerca de 5 salários mínimos, de modo que os participantes se incluíam nos 70% dos brasileiros que possuem renda superior a 3 salários mínimos. Assim pode-se dizer que existem algumas diferenças da amostra desse estudo em relação à população geral, porém essas não parecem ser expressivas.

Quanto a serem vítimas de violência sexual na infância o estudo apontou 24% (29) de casos de violência sexual na infância com penetração, segundo o estudo de Larragana (2003) com universitários chilenos a estimativa ficou em torno de 14.3%. As diferenças nos números apresentados pelos estudos, ao encontro de estudos de Knutson (1995), que apresenta que os dados epidemiológicos não permitem que se faça uma afirmação absoluta da verdade da prevalência de violência sexual na infância, mas nos indicam que o problema é de magnitude suficiente para ser considerado um risco significativo para a saúde da criança.

Este estudo demonstrou que quando se analisa o sexo conjuntamente com outras variáveis (estar em relação estável, praticar atividade física, local de nascimento, não sofrer violência sexual, não exercer atividade remunerada, não estar em atendimento psicológico), essa variável perde importância para prever qualidade de vida. Assim, o presente estudo traz uma contribuição importante, visto que em estudos de Tolombato (2005), Cehiari (2006) e Catunda (2008) fez-se apenas análises bivariadas de modo que apresentou-se relação entre gênero e qualidade de vida, o que pode ser um erro.

O fato de nascer no interior é apontado entre 60% das pessoas com a qualidade de vida ruim. A variável espiritualidade não aparece no modelo final, sendo que estes resultados parecem ser contrários aos estudos como de Costa (2010), Contratada et al. (2004) e Freedland (2004), que apresentaram a espiritualidade auxilia no tratamento de doenças crônicas e de Marques (2000) que aponta a inter-relação entre o bem-estar espiritual e a saúde geral. É possível também que a diferença encontrada entre o resultado do presente estudo quanto a relação entre espiritualidade e qualidade de vida seja uma relação diferenciada no público universitário, pois a população universitária é considerada umas das mais secularizadas segundo Ribeiro (2006).

Exercer atividade remunerada aparece na maioria dos casos de qualidade de vida ruim, o que se mostrou semelhante aos resultados dos estudos de Cerchiari (2004) e Tombolato (2004). Trabalhar pode prejudicar a qualidade de vida, pois em muitos casos os estudantes tem

tripla jornada, trabalhando nos dois períodos e estudando à noite. Adicionalmente muitas vezes trabalham com atividades que não lhe são agradáveis por necessidade financeira.

O consumo de álcool é apontando por 56.2% dos que alegam má qualidade de vida, ou seja, resultado similar ao de Tombolato (2005) que apresenta que cerca de 1% de sua amostra tinha problema com álcool e drogas e que isso interferia na sua qualidade de vida. Esse resultado se relaciona ao que Room (2005) expõe: o álcool tem sido relacionado a mais de 60 condições médicas - como: câncer, doenças cardiovasculares, entre outras – prejudicando a qualidade de vida. Segundo Peuker (2006), os jovens são mais vulneráveis ao consumo de álcool e nos casos dos universitários isso pode ser agravado, haja vista que muitos mudam de cidade para estudar, ficando longe da supervisão dos pais e outros familiares.

As doenças crônicas aparecem em 66.7% dos que apontaram qualidade de vida ruim, porém não permaneceu como importante variável quando analisada juntamente com outras. Segundo o estudo de Martins (1996) doença crônica interferiu na qualidade de vida das pessoas por alterar, sobretudo, a sua capacidade física (67,6%), o trabalho/estudo/atividades do lar (64,8%) e a auto-estima (53,5%), ou seja alterando os diversos domínios da qualidade de vida. O trabalho de Azevedo (2013) apontou que percepção da qualidade de vida foi inferior em mulheres, e com alguma doença crônica. No entanto, o nosso estudo destoa da maioria dos estudos de qualidade de vida, que em geral, investigam o fenômeno em idosos, ou pessoas doentes ou fazendo tratamento. Assim, pelo fato do nosso público ser em maioria jovens, pouco se encontrou relação de doenças crônicas interferindo na qualidade de vida.

Quanto ao histórico de violência sexual que as vítimas sofreram na infância, mais da metade das vítimas apresentaram qualidade de vida ruim. Fergusson (2008) e Springer (2007) apresentam como sequelas da violência sexual na infância a depressão, a ansiedade e a ideação/tentativa de suicídio na vida adulta. Rood (2009) enfatiza o prejuízo na vida social e até econômica do adulto vitimizado na infância e, em seu estudo, Springer (2007) apresenta que as vítimas apresentaram a pior qualidade de vida em todos os itens, além de maiores problemas com álcool e drogas. Embora os autores do presente estudo não tenham encontrado um estudo que aponte diretamente o impacto da violência sexual na qualidade de vida, Rinfret-Raynor (1994) e Thorne-Finch (1992) em estudo com vítimas de violência, apontaram que os sentimentos depressivos, de baixa auto-estima e de apatia, gerados pela violência, dificultam a busca de resoluções para esse sofrimento, o que justifica o fato das vítimas na infância, ainda apresentarem efeitos adultos.

Em relação a prática de atividade física regular é apontada por 63% das pessoas que alcançam uma qualidade de vida boa. O estudo de Silva (2010) observou que, em média, quanto mais ativa a pessoa é, melhor sua qualidade de vida. Além disso, dentre as diferenças na qualidade de vida das pessoas que praticam atividades físicas comparadas com as que não praticam, não estão apenas os aspectos de saúde física, mas também aspectos psicológicos e cognitivos.

Este estudo apresenta algumas limitações. Não há consenso quanto ao ponto de corte do instrumento WHOQOL-Bref para delimitar boa e alta qualidade de vida, de modo que no presente estudo utilizou-se arbitrariamente os critérios da média e desvio-padrão. O fato de não ter sido analisado o curso, o período e o turno dos estudantes é outra limitação, pois Oliveira (2006), Catunda (2008) e Costa (2010) apontaram como fato importante na qualidade de vida dos alunos. O número de participantes que restou após a divisão da amostra pelo escore de qualidade de vida, tendo-se apenas incluído os extremos de qualidade de vida boa e ruim, foi pequeno, sendo importante em estudos futuros incluir uma amostra maior. O viés de memória destes, é comum nesse tipo de estudo pois depende da memória do participantes, em que podem ocorrer esquecimento haja vista que a violência ocorreu na infância (Oliveira, 2010). Não inclusão na análise de outras variáveis importantes que mediam o impacto da violência sexual na infância, como a idade da vítima, grau de parentesco como o agressor, se houve a revelação da violência e se ocorreu ajuda especializada. (SANT'ANNA, 2008).

Considerações Finais

Este estudo teve como objetivo investigar quais fatores contribuem para qualidade adulta de vida em universitários, tendo evidenciado que a qualidade de vida atual está relacionado tanto a fatores atuais, como a fatores ligados a eventos que ocorreram no passado (violência sexual infantil, local de nascimento). Apesar das limitações deste estudo, esta pesquisa é pioneira na análise da qualidade de vida de estudantes universitários no Ceará e no Brasil é um dos poucos que empregou análises estatísticas mais complexas e que estudou a relação entre violência sexual na infância e qualidade de vida de adulta. Espera-se que os resultados do presente estudo motivem o desenvolvimento de serviços especializados para atender vítimas de violência sexual na infância.

Referências

- Alves, João Guilherme Bezerra; TENORIO, Manuela; ANJOS, Amanda Gomes dos and FIGUEROA, José Natal. Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2010, vol.34, n.1, pp. 91-96.
- Azevedo, G. P. G. C.; Friche, A. A. L. and Lemos, S. M. A. Autopercepção de saúde e qualidade de vida de usuários de um Ambulatório de Fonoaudiologia. *Rev. soc. bras. fonoaudiol.* [online]. 1(2),119-127,2012.
- Barbosa, Sônia Regina da Cal Seixas. Qualidade de Vida e ambiente: uma temática em construção. In: BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas (org.). *A temática ambiental e a pluralidade do Ciclo de Seminários do NEPAM*. Campinas: UNICAMP, NEPAM, p. 401-423, 1998.
- Catunda, M.A.P., Ruiz, M.V. Qualidade de vida de universitários. *Pensamento Plural: Revista Científica do Unifae*, São João da Boa Vista, v.2, n.1, 2008.
- Cerchiari, E. A. N.; Caetano, D. and Faccenda, O. (Utilização do serviço de saúde mental em uma universidade pública. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 25(2),252-265,2005.
- CERCHIARI, E.A.N. Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários. Tese – Unicamp. Campinas, 2004.
- COSTA, Cristine Cardozo da et al. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em universitários de Psicologia. *Psicol. estud.*, vol.13, n.2, p. 249-255, 2008.
- Organização Mundial de Saúde. World Health Organization. *World report on violence and health*. Geneve: Etienne G. Kruget al, WHO. 1995.
- Contratada, R. J., Goyal, T. M., Cather, C., Rafalson, L., Idler, E.L. & Krause, T. Psychosocial factors in outcomes of heart surgery: The impact of religious involvement and depressive symptoms. *Health Psychology*, 23(3), 227-238,2004.
- DINIZ, D.P.; SHOR N. Qualidade de vida. Série guias de medicina ambulatorial e hospitalar – UNIFESP – Escola Paulista de Medicina. Barueri: Manole, 2006.
- FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação abreviado de qualidade de vida WHOQoL-bref. *Rev Saúde Pública*, vol. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.
- Freedland, K. E. (Religious Beliefs Shorten Hospital Stays? Psychology works in Mysterious Ways. *Health Psychology*, 23(3), 239-242, 2004.

- HAUGAARD, J. Recognizing and Treating Uncommon Behavioral and Emotional Disorders in Children and Adolescents. *Child Maltreat* vol. 9, p. 123, 2004.
- TOMBOLATO, M. C. R. (2004). Qualidade de Vida e Sintomas Psicopatológicos do Estudante Universitário Trabalhador. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo, pp.xvii-118.
- Larrañaga, B. V.; Gutiérrez, E. B. Prevalencia de abuso sexual en una muestra de jóvenes universitarios/as chilenos. *Interamerican Journal of Psychology*, 37 (1), 2003.
- LEEB, R.,T.; LEWIS,T.;ZOLOTOR. A.,T. A Review of Physical and Mental Health Consequences of Child Abuse and Neglect and Implications for Practice. *american journal of lifestyle medicine* ,2011.
- Marques, L. F.A saúde e o bem-estar espiritual em adultos Porto-Alegrenses. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23(2), 56-65,2003.
- Martins, L. M.; França, A. P. D.; Kimura, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 4(3). Ribeirão Preto,1996.
- MINAYO, M. C. S. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. (*Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 5, n.1, p. 7-18, 2000.
- OLIVEIRA, José Ari Carlettide; *Qualidade de vida e desempenho acadêmico de graduandos*. Campinas, UNICAMP: Programa de Pós-Graduação em Educação, 2006.
- OLIVEIRA, JAC de. Qualidade de Vida em Estudantes Universitários de Educação Física. TOTAL DE FOLHAS. Dissertação - Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 1999.
- Oliveira, M. A. P.; Parente, R. C. M.(2010). Estudos de Coorte e de Caso-Controle na Era da Medicina Baseada em Evidência. *Medicine Bras*, 2010.
- Pasquali, L. Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG): Adaptação Brasileira (1974). *Psic: Teor e Pratic Brasília* 10(3): 411-20,1994.
- Peuker, A. C. et al. Expectativas de beber problemático entre universitários. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 22 (2),193-200, 2006.
- Sant'anna, P. A. and Baima, A. P. S.(2008). Indicadores clínicos em psicoterapia com mulheres vítimas de abuso sexual. *Psicol. cienc. prof.* [online], 28(4), 728-741. ISSN 1414-9893,2008.
- Ribeiro, J. C. (2006). Georg Simmel, Pensador da Religiosidade Moderna *Revista de Estudos da Religião*, 2, 109-126,2006.

- Rinfret-Raynor M, Cantin S. Violence Conjugale rapportée par des femmes s' adressant aux services sociaux. In: Violence conjugale: recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal. Québec: Gaëtan Morin éditeur, p. 3-22, 1994.
- Room, R.; Babor, T.; Rehm, J.; Alcohol and public health. Lancet, 365 (9458),518-530,2005.
- Silva, R. S.; Silva, I.; Silva, R. A.; Souza, L.; Tomasi, E. Atividade física e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, 15(1):115-120, 2010.
- SINGH, A.; et al.; *High impact child abuse may predict risk of elevated suicidality during antidepressant initiation.* Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2013, 47(12).
- Thorne-Finch R. Ending the silence. Toronto: University of Toronto Press, 1992.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência sexual na infância é um fenômeno que precisa de mais estudos e investimentos por parte dos profissionais de saúde, haja vista seus impactos na saúde a longo e curto prazo. Com esse intuito, no primeiro momento dessa pesquisa foi desenvolvido, a partir de revisão bibliográfica uma nova tecnologia educativa, com o intuito de esclarecer o que era o abuso sexual, suas características e divulgar a lei Lei nº 12.650/2012, conhecida como Lei Joana Maranhão.

Já a segunda parte desse estudo, tinha como objetivo, estimar a prevalência de abuso sexual infantil entre universitários e verificar as variáveis relacionadas ao impacto na qualidade de vida dos universitários, avaliando se sofrer abuso sexual na infância interfere na qualidade de vida adulto.

Após a análises dos dados foi possível constatar alta prevalência de violências sexuais vidas na infância a entre os universitários. O terceiro estudo permitiu conhecer as variáveis que tem relação com a qualidade de vida atual dos universitários, valendo destacar nesse estudo experiência de violência sexual na infância.

Os estudos evidenciaram que é essencial que a temática seja debatida entre profissionais de saúde e sociedade, para que assim, a violência sexual contra criança perca seu caráter de mito. Além, disso é importante balizar como as informações devem chegar a sociedade, haja vista que educar não é tarefa simples, assim desenvolver tecnologias educativas em saúde é um importante nicho de promoção de saúde a ser explorado e desenvolvido pelos profissionais para que esses materiais sejam avaliados e validados, para que sua mensagem chegue a população de maneira mais objetiva e eficiente.

Outra questão importante que o estudo levantou é a questão da definição do abuso sexual infantil, afinal, a violência só ocorre se o agressor for um adulto? A pesquisa evidenciou que em muitos casos os agressores eram pares, então os que relataram a agressão não são vítimas? E se elas não são vítimas, por que elas relatam sofrimento e sequela desses eventos?

O que nos leva a questionar, afinal, quem está defeituoso nessa pesquisa, as vítimas que não se enquadram na definição? Ou a definição que é restrita e não abrange esse tipo de caso?

Embora seja uma temática ainda inexplorada, sabe-se que violência sexual na infância é um fenômeno que ocorre e, no qual o abuso sexual infantil como descrito pela OMS é uma parte pormenor desse evento, que ocorre de diversificadas maneiras e que ainda não há definição que os contemple a contento.

Assim, concludo esse trabalho as palavras de José Saramago: “El viaje no termina nunca. El final de un viaje es sólo el comienzo de outra.

REFERENCIAS

- APOSTÓLICO, MR. et al Characteristics of violence against the child in a Brazilian Capital. **RevLatinoam. Enferm**, vol.20, n.2, pag.266-73, 2011, 2001.
- BASSANI, Dg. et al Child sexual abuse in southern Brazil and associated factors: a population-based study. **BMC Public Health**; vol. 9, p. 133, 2009.
- BAPTISTA, R.S. et al. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. **Acta paul. Enferm.**, vol.21, n.4, p. 602-608, 2008.
- BERLINER, L., & CONTE, J. R. The effects of disclosure and intervention on sexually abused children. **Child Abuse & Neglect**, 19(3), 371–384, 1995.
- COLLINGS, S J. The long-term effects of contact and noncontact forms of child sexual abuse in a sample of university men. **Child Abuse & Neglect** V. 19, Issue 1, Pages 1–6, 1995.
- DREZETT J, BALDACINI I, NISIDA IVV, NASSIF VC, NÁPOLI PC. Estudo de adesão à quimioprofilaxia antiretroviral para infecção pelo HIV em mulheres sexualmente vitimizadas. [Study of adherence to antiretroviral chemoprophylaxis for HIV infection in women sexually victimized.] Ver. **Bras. Ginecol Obstetr.** 21(9):539-44, 1999.
- FRICKER, A. E., SMITH, D. W., DAVIS, J. L., & HANSON, R. F. Effects of context and question type on endorsement of childhood sexual abuse. **Journal of Traumatic Stress**, 16(3), 265–268, 2003.
- GAWRYSZEWSKI, V.P; at al; Child and adolescent abuse in the state of São Paulo, Brazil,.**Rev Assoc Med Bras**; 58(6): 659-65, 2012 Nov-Dec,2009.
- HABIGZANG, L. F., ET AL. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 21, n. 3, p. 341-348, 2005.
- HAUGAARD, J. The challenge of defining child sexual abuse. **American Psychologist**, Vol 55(9), 1036-1039, 2000.
- INOUE, S. R.; RISTUM, M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. **Estudos de Psicologia**, vol. 25, n.1, p. 11-21, 2008.
- KRAUSE, ELIZABETH D. & ROTH, SUSAN History and Feminine Gender-Role Identity. Child Sexual Abuse. Volume 64, Issue 1-2, pp 32-42, 2011.
- TAMISH, S. The rates of child sexual abuse and its psychological consequences as revealed by a study among Palestinian university students. **Child Abuse & Neglect**, Volume 25, Issue 10, Pages 1303–1327, 2001.
- OATES, R. K., JONES, D. P. H., DENSON, D., SIROTNAK, A., GARY, N., & KRUGMAN, R. D. Erroneous concerns about child sexual abuse. **Child Abuse & Neglect**, 24(1), 149–157, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2002). WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on violence and health. Geneve: Etienne G. Kruget al, WHO.

PADILHA, M.G.S. Prevenção Primária de Abuso Sexual: avaliação da eficácia de um programa com adolescentes e pré-adolescentes em ambiente escolar. **Tese (Doutorado em Educação Especial)** – Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

PEREDA, N.; et al; The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, vol. 29, p.328–338, 2009.

PEREDA, NOEMÍ, GUILERA, GEORGINA & ABAD, JUDIT victimization and polyvictimization of spanish children and youth: results from a community sample. **Child abuse & neglect**, volume 38, issue 4, pages 640–649, 2004.

PETERS, S. D., WYATT, G. E., & FINKELHOR, D. Prevalence. In D. Finkelhor (Ed.). A source book on child sexual abuse (pp. 15–59). **Newbury Park, CA: Sage**, 1986.

POLANCZYK, G. V. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 37(1), 8-14, 2003.

RÊGO, ANDRÉ HERÁCLIO DO Família e Coronelismo no Brasil: uma história de poder. [Family and Coronelismo in Brazil: a history of power.] São Paulo: **A Girafa Editora**, 2008.

SAFFIOTTI HIB, ALMEIDA SS Violência de gênero: poder e impotência. Gender violence: power and powerlessness. Rio de Janeiro: **Revinter**, 1995.

SAFFIOTTI, H.I.B. No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil atual. On the edge: violence against children and adolescents in Brazil today.] In: Madeira FR., organizador. Quem mandou nascer mulher? Rio de Janeiro: **Record/Rosa dos Tempos/UNICEF**, 1997.

SANT'ANNA, P.A., & BAIMA, A.P.S. Indicadores clínicos em psicoterapia com mulheres vítimas de abuso sexual. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 28(4), 728-741, 2008.

SANTOS, S. S., & DELL'AGLIO, D. D. Revelação do abuso sexual infantil: reações maternas. [Disclosure of child sexual abuse: maternal reactions.] **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 25(1), 85-92, 2009.

SANT'ANNA, P.A. Indicadores clínicos em psicoterapia com mulheres vítimas de abuso sexual. [Clinical indicators in psychotherapy with women victims of sexual abuse.] **Psicol. cienc. prof.** [online]. vol.28, n.4, pp. 728-741, 2008.

STOLTENBORGH, M.; et al; A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. **Child Maltreatment**, 16(2) 79-101, 2001.

TANG, C. S. Childhood experiences of sexual abuse among Hong Kong Chinese college students. **Child Abuse & Neglect**, 26, 23–37, 2002.

VELOSO, S., XAVIER M.; MÔNICA, S. Construindo estratégias de enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes. [Building coping strategies of domestic violence against children and adolescents] Moprom, **UNICEF**, Belém, 2007.

WOLFE, V. V., & BIRT, J. Child sexual abuse. In E. J. Mash, & L. G. Terdal (Eds.), **Assessment of childhood disorders** (pp. 569–623). **New York: The Guilford Press**, 1997.

WILLIAMS, L. C. A. Introdução ao Estudo do Abuso Sexual Infantil e Análise do fenômeno no município de São Carlos. In: Williams, L. C. A., Araújo, E. A. C. (Org.). Prevenção do Abuso Sexual Infantil: um enfoque interdisciplinar. **Curitiba: Juruá**, 2009.

ANEXO A – FOLDER

Se já se passaram muitos anos e a vítima não denunciou?

As pessoas que sofreram violência sexual há muitos anos e, sentem que tais eventos ainda o prejudicam devem pedir ajuda para profissionais e/ou amigos. Não devem desistir de ter uma maior qualidade de vida e saúde mental.

Queremos que você conheça sobre o abuso sexual infantil, para que você nos ajude a enfrentar esse problema.

Segundo a Organização Mundial de Saúde abuso sexual infantil: práticas sexuais de diversas naturezas, no qual os agressores estão em estágio de desenvolvimento psicossocial superior, sendo as vítimas mais novas de 18 anos. Essa violência visa obtenção de satisfação sexual dos perpetradores. Evidencia-se por meio de ações eróticas e sexuais coagindo crianças ou adolescentes pela violência: física, psicológica, ameaças ou persuasão de sua vontade. O abuso sexual pode ou não ter o contato físico e sexual. Envolve, ainda, situações de exploração sexual visando lucros, tais como, a exploração sexual e a exposição à pornografia.

É possível fazer justiça mesmo tendo transcorrido vários anos do abuso sexual?

O projeto de lei 6719/09 permite que o prazo de prescrição do crimes de abuso sexual infantil, seja de 10 anos após a maioria da vítima. Assim, a vítima tem até os 28 anos para fazer a denúncia.

Infelizmente, muitas pessoas acreditam que em suas famílias nunca ocorrerá violência sexual infantil. Esta crença dificulta que se perceba quando o problema esteja acontecendo e que se atue neste. Estima-se, em outros países, que aproximadamente 10% dos homens e 20% das mulheres antes dos 18 anos tenham sofrido algum tipo de violência sexual.

ABUSO SEXUAL INFANTIL. É POSSÍVEL SUPERAR!!!

Abuso sexual infantil: é possível superar!!!

Você tem um convite.

Colabore conosco, informe sua família, vizinhos e amigos sobre essa questão. Vamos fazer uma corrente, após ter lido o folder, repasse-o para outra pessoa.

Contato: resilienciaeprojeto@gmail.com

Mestranda: Karla Juliane Negreiros de Matos
Orientadora: Dra. Ana Carolina Stelko-Perera

Autores:

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETTIVA - PPSAC - UECE



Possíveis consequências do abusos sexual infantil.

- Mudanças emocionais com choro fácil
- Afastamento dos amigos
- Agressividade incomum
- Dificuldade escolar repentina
- Pesadelos
- Erotização
- Dores nas partes genitais
- Medo de nova agressão
- Tristeza
- Ansiedade
- Transtornos Alimentares
- Dificuldade de relacionamentos
- Gravidez
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Tentativa de suicídio

Se você desconfia de algum caso de abuso sexual infantil, notifique:

Disque Denúncia Nacional
Contato: 100 ou
<http://disquedenunciasedh.gov.br>

Delegacia de Combate à Exploração da Criança e do Adolescente
Contato: (85) 3101-2044

Disque Direitos Humanos
<http://www.sdh.gov.br/>

Se você sofreu abuso sexual na infância e quer auxílio:

PROJETO RESILIENCE
Universidade Estadual do Ceará
Contato: (85) 3101-9981

CRAVV – Centro de Referência de Apoio a Vítima de Violência
Contato: (85) 3101-5104

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
<http://www.fortaleza.ce.gov.br/servicos/cidadao/assistencia-social-semas/cras>

ANEXO B – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Estudo retrospectivo sobre abuso sexual infantil: prevalência de acordo com universitários e impacto atual na qualidade de vida”. Os objetivos deste estudo consistem em verificar a prevalência de abuso sexual na infância e analisar os impactos na qualidade de vida de um possível abuso. Caso você autorize, você irá preencher questionários durante cerca de 30 minutos o qual contém perguntas referentes a situações de violência que tenha vivido e sua qualidade de vida. A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que trabalha. Tudo foi planejado para minimizar os riscos de sua participação, porém é possível que você se sinta triste ao responder a alguma questão, ou sinta algum desconforto, dificuldade ou desinteresse. Porém, poderá interromper a sua participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador, que também é psicólogo, sobre o assunto.

Você não receberá remuneração pela participação. Em estudos parecidos com esse, os participantes gostaram de participar e a sua participação poderá contribuir para o desenvolvimento de programas que auxiliam a prevenir violência sexual. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a sua identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Eu, _____ (colocar o nome) declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação, sendo que:

aceito participar

não aceito participar

Fortaleza, de

Assinatura

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Paranjana, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890. Tal Comitê é responsável por acompanhar os projetos de pesquisa em relação à ética, protegendo os direitos dos participantes de pesquisa.

Karla Julianne Negreiros de Matos, mestranda do programa de saúde coletiva, psicóloga.