



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Renata Porto Pinheiro

**HABILIDADES SOCIAIS, DEPRESSÃO E ESTRESSE:** um estudo com adolescentes  
vítimas de abuso sexual

São Luís

2022

Renata Porto Pinheiro

**HABILIDADES SOCIAIS, DEPRESSÃO E ESTRESSE:** um estudo com adolescentes  
vítimas de abuso sexual

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Catarina Malcher Teixeira.

São Luís

2022

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Pinheiro, Renata Porto. Habilidades sociais, depressão e estresse : um estudo com adolescentes vítimas de abuso sexual / Renata Porto Pinheiro. - 2022.

102 f.

Orientador(a): Catarina Malcher Teixeira.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Psicologia/cch, Universidade Federal do Maranhão, São Luís - MA, 2022.

1. Abuso Sexual. 2. Adolescentes. 3. Habilidades Sociais. I. Teixeira, Catarina Malcher. II. Título.

Renata Porto Pinheiro

**HABILIDADES SOCIAIS, DEPRESSÃO E ESTRESSE: um estudo com adolescentes  
vítimas de abuso sexual**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Catarina Malcher Teixeira - UFMA

Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Daniely Ildegardes Brito Tatmatsu - UFC

1º Membro

---

Prof. Dr. Ramon Luís de Santana Alcântara - UFMA

2º Membro

---

Prof. Dr. Lucas Guimarães Cardoso de Sá - UFMA

Membro Suplente

Dedico este trabalho a todas as meninas e mulheres vítimas de abuso sexual, que precisam enfrentar seus medos, traumas, seus agressores, e mais ainda, enfrentar toda uma estrutura social discriminatória, misógina, preconceituosa que as violenta diariamente. Em especial, a cada uma das meninas de olhares desconfiados, de corpo e alma machucados, que passaram por meus olhos, ouvidos, mãos, colo e coração, pelas cadeiras do ambulatório ou pelos leitos da internação obstétrica do Hospital Universitário. Dedico este trabalho a cada uma de vocês, na esperança de que possa contribuir de alguma forma para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

## AGRADECIMENTOS

Talvez essa seja a parte, ao mesmo tempo, mais fácil e difícil de registrar neste trabalho. Este trabalho, com seus pontos fortes e frágeis, só foi possível porque eu não estava só durante esta caminhada. Nunca estive. E esse fechamento de ciclo só se tornou possível porque tive colunas firmes, que seguraram a minha mão e não me deixaram desistir, confiaram em mim, muitas vezes mais que eu mesma. Por isso sou muito grata!

À minha Orientadora, Profa Dra Catarina Malcher Teixeira, meu modelo de profissional e ser humano, que foi muito mais que orientadora, sendo apoiadora, incentivadora, com orientações firmes, mas também afetuosas, exercendo magistralmente a função de educadora, que certamente fizeram toda a diferença. Sou fã! Muito Obrigada!

À minha amiga Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo, meu outro modelo, que foi quem também pegou a minha mão e me puxou muitas vezes, também me apoiando e incentivando, sendo ombro e ouvido amigos, dando contribuições importantíssimas a este trabalho. Muito obrigada, amigolhes!

À Banca examinadora, Profa Dany Tatmatsu, Prof. Ramon Luís, Prof. Lucas Sá, que caminhou junto, disponibilizando contribuições valiosas para este trabalho. Agradeço de coração cada um e uma.

Aos meus colegas de turma do Mestrado, agradeço o apoio e incentivo, a troca de ideias, materiais, alegrias e aflições, em especial a Luciana Campos, que talvez nem saiba, mas foi enviada por Deus em uma situação específica e que não me deixou desistir. Obrigada!

Ao PPGPSI, na pessoa de nosso querido Mac, sempre disponível, auxiliando com as questões administrativas e torcendo pelos alunos.

À minha casa, o HUUFMA, na pessoa da Profa Rita Carvalhal, que apoiou este projeto, orientou sobre as questões éticas da pesquisa e é uma incentivadora da pesquisa em saúde, assim como as queridas Paloma, Camiliane e Ilka. Obrigada!

Aos meus chefes, Dra Graciete Helena Santos e Dr. Antonio Leonardo Rosa, que me apoiaram durante todo esse tempo de estudos e pesquisa, conciliando com uma carga horária de 40 horas semanais dentro de um hospital.

À equipe do ambulatório de atendimento especializado a vítimas de violência sexual do HUUFMA, Psic. Andrea Matos, Psic. Caroline Leite, Luciana Castelo Branco, Roseana Correa, Dr. João Arnaud, Dra. Erika Krogh, e toda equipe, minhas companheiras e companheiros que

dividem os desafios constantes da assistência a esse público tão especial, entregando atendimento de qualidade na rede pública. Viva o SUS!

Às “minhas” residentes queridas, Ana Beatriz Chaves, Bruna Galvão, Luanda Lira, Leanne Dias, Luana Torres, que aceitaram me dividir com este trabalho e seguraram as pontas muitas vezes para que este trabalho existisse. Muito Obrigada!!

Às minhas colegas de trabalho diário, Francisca Fernandes e Suelma Diniz, pelo apoio diário e compreensão pela divisão do meu tempo com esta pesquisa. Obrigada!

Às participantes da pesquisa e seus responsáveis legais, por aceitarem participar da pesquisa e acreditar que mudanças são possíveis.

Aos meus pais, Josué e Conceição, às minhas irmãs, Karine, Débora e Danielle, que são a minha base, meu porto seguro, que me incentivam e acreditam em mim, e mesmo em meio a tantos desafios que esses últimos anos trouxeram, sempre estiveram do meu lado. Amo vocês!

À Vovó Elvira, nossa matriarca, exemplo de fé, força, determinação, que nos coloca ‘debaixo de seus joelhos’ e contribui de forma ímpar na minha vida. Amo-te!

À Luka, meu sobrinho amado, que nem tem ideia de como seu sorriso e simplesmente sua existência me ajudou a vencer desafios nesses últimos dois anos, e este trabalho é um deles. Te amo, guri!

À Asael Lemes, meu parceiro de vida, que me incentiva sempre a melhorar e vencer meus medos. Obrigada, amorinho!

Aos meus tios, tias, primos e primas, que são presentes de Deus e torcem genuinamente por mim. Amo! Em memória dos meus amados, tio Celso Rodrigues e tia Tamar Frankenfeld, que o Senhor chamou para si durante esse processo. Saudades!

Por fim, mas não menos importante, à Deus, grande arranizador de contingências, que me fez chegar até aqui e decidiu que este trabalho iria acontecer. À Ele toda honra! Valeu, Deus!!

## RESUMO

Achados da literatura indicam que um bom repertório de Habilidades Sociais (HS) em crianças/adolescentes pode ser fator protetivo de problemas comportamentais, assim como um repertório deficitário de HS pode ser fator de risco. Somando-se a esses dados há estudos relacionando Abuso Sexual (AS) a quadros de depressão e estresse. Neste sentido, o objetivo geral deste estudo foi avaliar como o repertório de HS de adolescentes vítimas de AS se relaciona com a manifestação e intensidade de quadros depressivos e de estresse, e como objetivos específicos: (a) caracterizar a amostra atendida no ambulatório de atendimento especializado a vítimas de violência sexual do Hospital Universitário (HU) de São Luís – MA; (b) caracterizar o repertório de HS, identificando déficits e recursos das adolescentes; (c) avaliar a presença e nível de sintomas depressivos; (d) avaliar a presença e nível de sintomas fisiológicos, psicológicos, cognitivos e interpessoais de estresse; (e) relacionar as variáveis HS, depressão e estresse. Para isso, foi conduzido um estudo descritivo e correlacional, com 10 adolescentes do sexo feminino, com idade entre 14 e 17 anos, vítimas de AS, atendidas no HU de São Luís – MA. Para coleta dos dados utilizou-se: Ficha SINAN; Protocolo de caracterização da participante; Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes - IHSA; Escala Baptista de Depressão Infanto-juvenil – EBADEP-IJ e Escala de Stress para Adolescentes-ESA. Os dados foram analisados seguindo os manuais dos instrumentos. Na sequência, realizou-se análises de estatística descritiva e correlação de Spearman. Os principais resultados apontaram prevalência de estupro e múltiplas formas de violência ocorrendo concomitantemente, em adolescentes autodeclaradas pardas, de baixa renda, estudantes de escolas públicas e com o abusador sendo do âmbito intrafamiliar ou conhecido. Referente ao repertório de HS, cinco adolescentes apresentaram bom ou elaborados repertórios e cinco apresentaram repertórios deficitários, quanto ao nível de dificuldade de emissão destas respostas cinco adolescentes apresentaram baixo custo e outras cinco, médio ou alto. Padrões de depressão foram verificados em quatro adolescentes, sendo duas com sintomatologia leve e duas moderada; sintomas de estresse foram detectados em duas adolescentes, sendo uma em fase de resistência e uma em fase de exaustão. Encontrou-se correlação positiva entre HS assertivas e depressão. Sobre características demográficas e sociais da amostra, é possível afirmar que os resultados se alinham à literatura nacional. Ainda que repertórios bons e elaborados de HS tenham sido identificados na metade das adolescentes, foram evidenciados altos níveis de dificuldades na emissão destas respostas, o que aponta para a presença de ansiedade ao emití-las. Os quadros de depressão e estresse apontam necessidade de investigações de variáveis relacionadas às condições do AS. O impacto do repertório de HS nos padrões de depressão e estresse em vítimas de AS foram discutidos à luz da Análise do Comportamento e do campo teórico das HS. Conclui-se que: (1) há evidências de vulnerabilidade para AS em adolescentes com características sociais específicas; (2) Repertórios bons e elaborados de HS não foram suficientes como medidas de proteção; (3) Repertórios bons e elaborados de assertividades se relacionaram com quadros depressivos. A presente investigação aponta para a necessidade de que as análises dos construtos, seus impactos e suas relações precisam considerar a história de vida (ontogênese) das vítimas e condições atuais, como duração do AS, tempo de procura por atendimento e condições antecedentes e consequentes ao AS. Por fim, destaca-se que o AS em crianças e adolescentes do sexo feminino e seus efeitos psicológicos impõem aos pesquisadores a análise de contingências individuais e aprofundamento de estudos em uma perspectiva macro acerca da construção histórica do papel da mulher na sociedade, tal debate é possível por meio da Análise do Comportamento e das Ciências Sociais.

Palavras-chave: Abuso Sexual. Adolescentes. Habilidades Sociais.



## ABSTRACT

Findings in the literature indicate that a good repertoire of Social Skills (SH) in children/adolescents may be a protective factor against behavioral problems, as well as a deficient repertoire of SH may be a risk factor. In addition to these data, there are studies relating Sexual Abuse (AS) to depression and stress. In this sense, the general objective of this study was to evaluate how the SS repertoire of adolescent victims of AS is related to the manifestation and intensity of depression and stress, and as specific objectives: (a) to characterize the sample seen at the outpatient clinic specialized to victims of sexual violence at the University Hospital (HU) of São Luís – MA; (b) characterize the SS repertoire, identifying adolescents' deficits and resources; (c) assess the presence and level of depressive symptoms; (d) assess the presence and level of physiological, psychological, cognitive and interpersonal symptoms of stress; (e) relate the variables SH, depression and stress. For this, a descriptive and correlational study was carried out, with 10 female adolescents, aged between 14 and 17 years old, victims of AS, treated at the HU in São Luís - MA. For data collection, the following were used: SINAN form; Participant characterization protocol; Social Skills Inventory for Adolescents - IHSA; Baptist Children's Depression Scale – EBADEP-IJ and Stress Scale for Adolescents-ESA. Data were analyzed following the instrument manuals. Subsequently, descriptive statistical analysis and Spearman correlation were performed. The main results showed a prevalence of rape and multiple forms of violence occurring concomitantly, in adolescents self-declared to be brown, low-income, public school students and with the abuser being within the family or known. Regarding the HS repertoire, five adolescents presented good or elaborate repertoires and five presented deficient repertoires, regarding the level of difficulty in issuing these answers, five adolescents presented low cost and another five, medium or high. Depression patterns were verified in four adolescents, two with mild symptoms and two with moderate symptoms; Stress symptoms were detected in two adolescents, one in the resistance phase and one in the exhaustion phase. A positive correlation was found between assertive SH and depression. Regarding the demographic and social characteristics of the sample, it is possible to affirm that the results are in line with the national literature. Although good and elaborate repertoires of HS were identified in half of the adolescents, high levels of difficulties in emitting these responses were evidenced, which points to the presence of anxiety when emitting them. Depression and stress conditions indicate the need to investigate variables related to AS conditions. The impact of the HS repertoire on depression and stress patterns in AS victims was discussed in the light of Behavior Analysis and the theoretical field of HS. It is concluded that: (1) there is evidence of vulnerability to AS in adolescents with specific social characteristics; (2) Good and elaborate HS repertoires were not sufficient as protective measures; (3) Good and elaborate repertoires of assertiveness were related to depression. The present investigation points to the need for the analysis of the constructs, their impacts and their relationships to consider the victims' life history (ontogenesis) and current conditions, such as AS duration, time of seeking care and antecedent and consequent conditions to the AT. Finally, it is highlighted that AS in female children and adolescents and its psychological effects require researchers to analyze individual contingencies and deepen studies in a macro perspective on the historical construction of the role of women in society. possible through Behavior Analysis and Social Sciences.

Keywords: Sexual Abuse. Adolescents. Social Skills.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Dados sociodemográficos das participantes do estudo.....	41
<b>Tabela 2</b> – Caracterização do abuso sexual. ....	48
<b>Tabela 3</b> – Classificação geral e por fator, do repertório de habilidades sociais, de cada participante do estudo.....	56
<b>Tabela 4</b> – Escores obtidos no EBADEP-IJ e ESA com suas interpretações.....	66

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Considerações sobre Violência Sexual (Abuso sexual), Adolescência e Gênero. ....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Contribuições da Análise do Comportamento para os estudos sobre violência     infanto-juvenil e Habilidades Sociais.....</b>	<b>24</b>
<b>2.3 Depressão e estresse em adolescentes em situação de violência sexual.....</b>	<b>33</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>38</b>
<b>3.1 Objetivo geral.....</b>	<b>38</b>
<b>3.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>38</b>
<b>4. MÉTODO .....</b>	<b>39</b>
<b>4.1 Delineamento da pesquisa.....</b>	<b>39</b>
<b>4.2 Amostra .....</b>	<b>39</b>
<b>4.3 Instrumentos e Materiais .....</b>	<b>42</b>
<b>4.4 Local.....</b>	<b>44</b>
<b>4.5 Procedimentos de coleta de dados.....</b>	<b>44</b>
<b>4.6 Análise de dados .....</b>	<b>45</b>
<b>4.7 Aspectos éticos .....</b>	<b>46</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>47</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>74</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO B – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO C – Protocolo de Caracterização do Participante – PCP .....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXO D – Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes – IHSA-Del Prette</b>	<b>102</b>
<b>ANEXO E – Escala Baptista de Depressão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ).....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO F – Escala de Stress para Adolescentes (ESA) .....</b>	<b>104</b>

## 1 INTRODUÇÃO

De 2017 a 2020, intervalo de apenas 4 anos, cerca de 180 mil crianças e adolescentes sofreram violência sexual no Brasil, o que corresponde a uma média de 45 mil crianças e adolescentes violentados por ano. Isso é o que revela um estudo conduzido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), em que analisaram, de forma inédita, boletins de ocorrência das 27 unidades da Federação brasileira. Os dados foram publicados no documento “Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil”, que confirma a prevalência deste tipo de violência na população de meninas (UNICEF, 2021).

No Brasil, as instituições de saúde devem realizar notificação, ao Ministério da Saúde, dos casos de violência sexual ocorridos contra crianças e adolescentes atendidos em suas unidades. De acordo com o último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, entre os anos de 2011 e 2017, foram registrados 184.524 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes (0 a 19 anos), sendo que desse total, 58.037 (31,5%) foram contra crianças (0 a 9 anos) e 83.068 (45%) contra adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos (BRASIL, 2018).

Esse Boletim (BRASIL, 2018) oferece ainda uma análise sociodemográfica dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. Os dados indicam que, no grupo de adolescentes, 76.716 (92,4%) eram do sexo feminino. Dentre as meninas adolescentes, que é o foco deste estudo, encontrou-se 67,1% entre 10 e 14 anos de idade, 56% da raça/cor da pele negra e 6,3% portadora de deficiência, transtorno ou outra forma de incapacidade. Ademais, 39,7% das notificações tiveram caráter de repetição e em 58,7% o local de ocorrência da violência foi na própria residência da vítima. Do total de casos registrados, 70,9% caracterizaram-se como estupro, sendo 79,7% dos casos de violência sexual cometido por um autor, em 92,8% esse agressor do sexo masculino e 39,8% tinham vínculo intrafamiliar com as meninas violentadas, eram familiares e parceiros íntimos (BRASIL, 2018).

Esses números expressivos requerem medidas de combate urgentes e efetivas e corroboram o entendimento de que este é um problema de saúde pública. Mais ainda ao considerar-se que os casos notificados ao órgão da saúde ainda estão muito abaixo da realidade, uma vez que existe a subnotificação. Moura, Gallo e Lima (2019, p. 50) destacam que “[...] o número de denúncias seja provavelmente menor que o número de casos de abuso, pois isso ocorre devido a fatores como o medo, problemas relacionados à falta de credibilidade do sistema legal de justiça, silêncio do cúmplice.”.

Além de problemas relacionados à definição de abuso sexual infanto-juvenil, que pode superestimar ou subestimar os casos, o tabu que envolve o tema, a estigmatização, ameaças às vítimas e síndrome do segredo, pela coerção psicológica, negação e falta de credibilidade no relato da vítima contribuí para essa subnotificação (MOURA; GALLO; LIMA, 2019).

Fontes, Conceição e Machado (2017) trazem que o abuso sexual é relatado por um a cada 08 jovens em todo mundo, sendo que no Brasil a violência sexual é o segundo maior tipo de violência entre pessoas de 10 a 14 anos de idade (a violência física é a mais prevalente). Apesar de já existirem estudos sobre o tema da violência sexual contra crianças e adolescentes (HABIGZANG, 2006; HABIGZANG *et al.*, 2008; BORGES; DEL'AGLIO, 2008; INOUE; RISTUM, 2008; CASTRO *et al.*, 2018; SILVA; CALOU; FERNANDES, 2019), é importante o aprofundamento desses estudos, além de investigar possíveis desdobramentos e relações com variáveis que possam influenciar direta ou indiretamente na sua ocorrência, bem como possam ser desencadeados por ela.

Com isso, pode ser possível pensar em estratégias de prevenção, combate e intervenção que auxiliem essas vítimas no enfrentamento e superação dessa experiência aversiva. Nessa perspectiva, uma das possibilidades são os estudos que investiguem se um repertório elaborado em habilidades sociais pode amenizar os impactos negativos causados por situações de abuso sexual. Uma busca de artigos nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVSaúde) com os descritores “habilidades sociais” e “abuso sexual”, nos últimos 10 anos (2011 a 2021) foi realizada, dentro da realidade brasileira. Não sendo encontradas pesquisas em nenhum dos estados, incluindo a cidade de São Luís – MA, que avaliem especificamente o repertório de habilidades sociais em adolescentes vítimas de abuso sexual, assim como seus possíveis impactos como quadros de depressão e estresse, que são consequências frequentemente trazidas pela literatura como prevalentes nessa população (HABIGZANG *et al.*, 2008; BORGES; DEL'AGLIO, 2008).

Em nível internacional, nos Estados Unidos da América, foram identificadas investigações que pesquisaram a assertividade sexual entre adolescentes e mulheres, como fator relacionado à vulnerabilidade a vitimização sexual (SANGHVI, 2002; AUSLANDER; PERFECT; SUCCOP; ROSENTHAL, 2007; LIVINGSTON; TESTA; VANZILE-TAMSEN, 2007). Dados apontam que o fortalecimento desta habilidade social, assertividade sexual, pode ajudar a reduzir a vulnerabilidade a uma vitimização futura, (LIVINGSTON; TESTA; VANZILE-TAMSEN, 2007); indicam também que muitas jovens sexualmente ativas percebem que não têm o direito de comunicar ou controlar aspectos de seu comportamento sexual

(SANGHVI, 2002) e que a assertividade sexual em meninas adolescentes está relacionada com a experiência sexual. Assim, a educação sexual deve achar maneiras eficazes de ajudar meninas a comunicar seus desejos sexuais, assim como aumentar a capacidade de protegerem-se (AUSLANDER; PERFECT; SUCCOP; ROSENTHAL, 2007).

Os achados da literatura acerca do abuso sexual infantil, do papel das habilidades sociais (assertividade) em adolescentes como fator de proteção aliadas ao contato da pesquisadora com o atendimento a esta população durante a Residência Multiprofissional em Saúde, na qual atuou na área de atenção à Saúde da Mulher, onde eram atendidas adolescentes em situação de violência sexual, foram os elementos que conduziram aos questionamentos do presente estudo: O repertório de Habilidades Sociais teria relação com os efeitos do abuso sexual? Formulou-se as seguintes hipóteses: (1) repertórios de HS mais elaborados estariam associados a índices menores de depressão e estresse e (2) repertórios mais deficitários de HS estariam associados a maiores índices de depressão e estresse nessa população. Caso as hipóteses preliminares se confirmassem, poder-se-ia pensar em um programa de Treino de Habilidades Sociais para adolescentes vitimizadas como uma estratégia de enfrentamento dos problemas decorrentes da violência sexual, que contribuam para instalar ou fortalecer comportamentos de resiliência ou como uma estratégia de promoção à saúde, fortalecendo este fator de proteção para as adolescentes não vitimizadas.

O presente estudo propôs a temática do abuso sexual infanto-juvenil, investigando possíveis relações entre habilidades sociais, depressão e estresse em grupo de meninas vítimas deste tipo de violência. Para isto, foi realizada fundamentação teórica, trazendo conceitos, panoramas e estudos importantes para a compreensão do tema. Conceitos sobre violência, são apresentados, explicitando o conceito de violência sexual, apresentando seus principais tipos, com destaque para abuso sexual e suas características na população de meninas adolescentes.

Na sequência do texto, o leitor encontrará definições sobre a adolescência, destacando a vulnerabilidade e os diversos fatores que podem afetar esta fase do desenvolvimento humano. Também foram trazidas para a discussão definições sobre gênero, sobre a desigualdade entre gêneros, destacando a estrutura social/cultural que mantém as relações de poder desfavoráveis ao gênero feminino, especialmente no tocante a vulnerabilidade à violência sexual, um debate necessário da interface entre a Ciência do Comportamento e as Ciências Sociais.

Em função da adoção do referencial analítico-comportamental como base teórico-científica que sustenta este trabalho, apresenta-se o modelo de seleção pelas consequências apresentado por Skinner (2007), destacando o componente cultural com a função de

compreender a dinâmica do abuso sexual infanto-juvenil e como esta abordagem tem a preocupação em debater formas de prevenção e controle desta forma de violência. Os construtos Habilidades sociais, depressão e estresse são tomados como variáveis de análise para responder o problema de pesquisa e alcançar os objetivos propostos. Assim, definições, características e investigações acerca destas variáveis são explanadas, especialmente na população adolescente e de vítimas de abuso sexual.

Após a fundamentação teórica, este estudo apresenta seus objetivos. O objetivo geral foi avaliar como o repertório de habilidades sociais de adolescentes vítimas de abuso sexual se relaciona com a manifestação e intensidade de sintomas depressivos e de estresse. Para isso realizou-se a caracterização da população atendida no Ambulatório especializado em atendimento a vítimas de violência sexual do Hospital Universitário de São Luís - MA; caracterizou-se o repertório de Habilidades Sociais; avaliou-se a presença e nível de sintomas depressivos e a presença e fase de sintomas estresse; e relacionou-se essas três variáveis: habilidades sociais, depressão e estresse.

Em seguida, apresenta-se o método, com explicações sobre seu delineamento como um estudo descritivo e correlacional; amostra, com critérios de inclusão e exclusão; instrumentos e materiais utilizados; local de coleta de dados; procedimentos para a coleta e análise de dados. Também foram apresentados os aspectos éticos norteadores da pesquisa. Por fim, são apresentados os resultados e discussão que permitem a articulação com os elementos teóricos apontados na literatura.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Considerações sobre Violência Sexual (Abuso sexual), Adolescência e Gênero.

Chauí (1998) explica que, etimologicamente, violência vem do latim *vis*, que significa força. Essa autora descreve o fenômeno da violência como qualquer ação que utiliza a força contra a natureza de alguém, contra a espontaneidade, vontade e liberdade de alguém, como o uso de coação, constrangimento ou tortura. É um ato de violação de algo valorizado positivamente por uma sociedade, de transgressão a coisas e ações que alguém ou a sociedade define como justas e como um direito, sendo “[...] um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão, intimidação, pelo medo e pelo terror [...]” (CHAUÍ, 1998, p. 1).

A violência é um fenômeno social, que tem múltiplas causas, e relaciona-se a ações de constrangimento e uso de alguma superioridade sobre o outro. A violência estaria ligada a conflitos de autoridade, lutas pelo poder e vontade de posse, variando de acordo com a época e o lugar (MINAYO, 2006; HORA; PAIVA, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) classifica a violência quanto a categorias (auto-infligida, interpessoal e coletiva) e quanto à natureza (física, sexual, psicológica, e que envolva privação ou negligência). Uma vez que o foco deste estudo é sobre a violência sexual, especificamente a praticada contra adolescentes, é importante explicitar a definição deste tipo de violência.

De acordo com o instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do Ministério da Saúde (MS), violência sexual é

[...] qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa – de qualquer sexo – a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. (BRASIL, 2016, p. 58).

A OMS (1999) utiliza o termo abuso sexual infantil para fazer referência à violência sexual em que a vítima é uma criança ou um adolescente, e esclarece que

[...] abuso sexual infantil é o envolvimento de uma criança em atividade sexual que ele ou ela não compreende completamente, é incapaz de consentir, ou para a qual, em função de seu desenvolvimento, a criança não está preparada e não pode consentir, ou que viole as leis ou tabus da sociedade. O abuso sexual infantil é evidenciado por estas atividades entre uma criança e um adulto ou outra criança, que, em razão da idade ou



do desenvolvimento, está em uma relação de responsabilidade, confiança ou poder. (OMS, 1999, p. 7).

O abuso sexual constitui-se, então, como uma das manifestações da violência sexual e é um fenômeno complexo, que existe há bastante tempo nas sociedades, mas que ainda hoje desafia a comunidade, as famílias e o Estado na busca de sua erradicação. É um problema social que não faz acepção de raça/cor, credo, nível educacional ou socioeconômico dos envolvidos, embora possa ser afetado distintamente por essas características; e atinge não somente vítimas e agressores, como também toda a sociedade por se tratar de violação ao princípio básico da dignidade da pessoa humana e por gerar prejuízos ao desenvolvimento das vítimas e à organização social.

Segundo Florentino (2015) a violência sexual, como uma forma de violação dos direitos sexuais da criança ou adolescente, pode se manifestar de duas maneiras: *exploração sexual* e *abuso sexual*. Na *exploração sexual* existe uma relação mercantil do corpo e/ou sexualidade da adolescente, e suas formas mais comuns são a prostituição, pornografia, tráfico humano e turismo sexual. Já no *abuso sexual*, foco deste estudo, existe a utilização da sexualidade da criança ou adolescente em qualquer ato de natureza sexual, sem relação de lucro, mas com o intuito de satisfazer sexualmente o abusador, o qual exerce algum poder ou autoridade sobre a vítima. Essa violação geralmente parte de alguém com relação de proximidade, de confiança ou de responsabilidade com a vítima (FLORENTINO, 2015; CARVALHO *et al.*, 2021; MPDFT, 2015).

Entende-se como abuso sexual qualquer relação de interesse sexual que envolva crianças ou adolescentes e adultos ou adolescentes mais velhos, caracterizando uma relação de vulnerabilidade entre os envolvidos (FLORENTINO, 2015). Habigzang *et al.* (2005, p. 341) afirmam que o abuso sexual ocorre entre “[...] uma criança ou adolescente e alguém em estágio psicossocial mais avançado do desenvolvimento, no qual a criança ou adolescente estiver sendo usado para estimulação sexual do perpetrador [...]”.

Quanto ao contexto em que ocorre, o abuso sexual pode acontecer tanto em âmbito intrafamiliar quanto extrafamiliar. Considera-se *intrafamiliar* quando ocorre com alguma pessoa que possui laços de parentesco, consanguíneos ou não, com a vítima, quando, normalmente, identifica-se alguma relação de proximidade e confiança entre os envolvidos. No contexto *extrafamiliar*, o abuso acontece fora do círculo familiar, entre um não membro da família e uma criança/adolescente, podendo ser o abusador um conhecido ou desconhecido da família/criança (MPDFT, 2015; HABIGZANG *et al.*, 2005; TEIXEIRA-FILHO *et al.*, 2013; NEVES *et al.*, 2010).

No abuso sexual, a “[...] criança ou o adolescente vive uma experiência sexualizada que está além de sua capacidade ou de consentir ou entender, baseada na extrapolação do limite próprio, no abuso de confiança e poder [...]” (MPDFT, 2015, p. 9). A criança ou o adolescente encontra-se em uma fase do desenvolvimento humano em que ainda está conhecendo sobre seu corpo e sexualidade, ainda não possui uma total compreensão das situações caracterizadas como abuso. É importante destacar que o abuso sexual pode ocorrer *sem contato físico* com a vítima, como nos casos de verbalização de palavras ou telefonemas obscenos, assédio, mensagens/fotos de cunho sexual (sexting), voyeurismo, exposição de genitais e exposição à pornografia, ou *com contato físico* com a vítima, nos casos de toques, carícias, sexo oral, anal ou vaginal, entre outros. (MPDFT, 2015; HABIGZANG *et al.*, 2005).

O abuso sexual acontece em uma situação de relação assimétrica de poder, onde uma pessoa se utiliza de sua posição de poder, autoridade, confiança, influência ou até de força ou coerção para impor a sua vontade à outra pessoa, mais vulnerável (MPDFT, 2015; SANTOS *et al.*, 2018). Dessa relação de assimetria, de vulnerabilidade e de poder, pode-se pensar acerca da influência dos padrões culturais de nossa sociedade sobre esse tipo de problema.

Histórica e culturalmente observa-se que crianças e adolescentes, como seres em situação de desenvolvimento, estão em situação de maior vulnerabilidade em comparação aos adultos, assim como a população feminina se mostra mais vulnerável, sendo atingida em maior número quando comparada à população masculina, em situações de abuso sexual. Uma hipótese levantada seria a influência das práticas culturais da qual fazemos parte, que ainda é marcadamente patriarcal, machista e adultocêntrica.

Teixeira-Filho *et al.* (2013) trazendo ideia sustentada também por Azevedo e Guerra (1989) e Azevedo e Guerra (2000) expõem que o abuso sexual contra a criança e/ou adolescente é efeito de um processo de estruturação hierárquica da sociedade, que se utiliza de mecanismos para garantir o poder e a hegemonia de grupos de gênero (masculino) e geracionais (adulto). Roure (1996) estudou as representações da infância e juventude que havia no Brasil e a violência sofrida por esse grupo desde meados do século XIX, e pode-se avaliar que estas continuam atuais.

Para Roure (1996) as representações dessa faixa etária, assim como as violências sofridas por ela, são efeitos de discursos no campo da política (Estado e Justiça), da saúde (noções higienistas de desenvolvimento, biologismo, raça), do espiritual/religioso (controle religioso da sexualidade) e no campo econômico (trabalho infantil). Este autor analisa o cruzamento dos diversos fatores que baseiam a violência na sociedade, resumindo-os em quatro

categorias de dominação/exploração: capitalismo, racismo, patriarcado e adultocentrismo (ROURE, 1996).

Nesse sentido, Pedersen e Grossi (2011) avaliam o abuso sexual intrafamiliar como uma manifestação da violência estrutural existente nas sociedades, que não é uma questão recente, mas que atravessa gerações e “[...] se constitui em uma relação historicamente construída a partir das relações de poder, gênero, etnia e classe social [...]” (PEDERSEN; GROSSI, 2011, p. 26). Sendo assim, percebe-se uma vulnerabilidade no grupo de crianças e adolescentes, especialmente as do gênero feminino.

Sobre a vulnerabilidade da fase da adolescência pode-se pensar em como essa etapa da vida do indivíduo foi construída. Schoen-Ferreira, Aznar-Farias e Silvares (2010) e Eiseinstein, (2005) utilizam a faixa etária como uma das formas de delimitar a adolescência. Explicam que, de acordo com a OMS, seguido pelo Ministério da Saúde - MS e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a adolescência é o período biopsicossocial que compreende a segunda década da vida, ou seja, dos 10 aos 19 anos completos. Para o ordenamento jurídico brasileiro, legalizado em 1990 no Estatuto da Criança do adolescente (ECA), a adolescência corresponde ao intervalo de idade dos 12 aos 18 anos (SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010; EISEINSTEIN, 2005).

De acordo com Formigli, Costa e Porto (2000) e Santos (2005), a adolescência inicia-se com as mudanças corporais trazidas pela puberdade e termina com a inserção social, profissional e econômica na sociedade adulta. Estes autores avaliam as mudanças biológicas da puberdade como universais e visíveis. Mas, para além das transformações fisiológicas e biológicas, também ocorrem alterações cognitivas, sociais e de perspectiva sobre a vida, sendo uma época de grandes transformações que repercutem no indivíduo, na família e comunidade (FORMIGLI; COSTA; PORTO, 2000; SANTOS, 2005).

Nota-se que a caracterização da adolescência perpassa por questões de diversas ordens, como neurofisiológicas, biológicas, psicológicas, sociais, culturais. Ozella e Aguiar (2008) trazem a crítica de que a Psicologia vinha tratando a adolescência de uma forma naturalizante e ahistórica, vendo-a como uma fase da vida humana comum a todos os indivíduos, numa visão naturalista e universal da adolescência, colocando o foco sobre os aspectos biológicos, hormonais, associando-a a uma fase de impulsividade, rebeldia, irresponsabilidade. Ozella (2002, p. 16) diz que:

A concepção vigente na psicologia sobre adolescência está fortemente ligada a estereótipos e estigmas, desde que Stanley Hall a identificou como uma etapa marcada por tormentos e conturbações vinculadas à emergência da sexualidade. Essa concepção foi reforçada por algumas abordagens psicanalistas que a caracterizaram

como uma etapa de confusões, estresse e luto também causados pelos impulsos sexuais que emergem nessa fase do desenvolvimento (p.16).

No entanto, esse autor critica essa visão fragmentada de entendimento da adolescência e destaca a importância do contexto social e cultural na sua formação. Ele afirma que “[...] a adolescência é criada historicamente pelo homem, enquanto representação e enquanto fato social e psicológico. É constituída como significado na cultura, na linguagem que permeia as relações sociais.” (OZELLA, 2002, p. 21). Assim, a adolescência não é um período natural do desenvolvimento, mas um momento significado e interpretado pelo homem. Esse mesmo autor defende ainda que a adolescência é um período de latência social constituída por uma sociedade capitalista, e surgiu devido a questões de ingresso no mercado de trabalho e prolongamento da formação escolar, de necessidade de capacitação técnica e de justificar o distanciamento do trabalho de determinado grupo social (burgueses), referindo-se a condições sociais que construíram determinada adolescência (OZELLA, 2002).

Em que pese a grande importância e pertinência do caráter sociocultural da adolescência, Andrade et al (2018) mostra que existem também alterações neurobiológicas características dessa fase do desenvolvimento, em que não se é nem criança nem adulto, que podem influenciar a intensidade das emoções sentidas nessa época. O fato é que a adolescência é marcada por mudanças neurobiológicas, físicas, sociais, culturais, que requerem variação e aprendizagem de novos repertórios pelo indivíduo.

Macedo, Petersen e Koller (2017, p. 17) corroboram afirmando que “[...] as mudanças psicossociais na interação dos adolescentes com o seu meio são mediadas por fatores cognitivos, emocionais, comportamentais e seus aspectos neurofisiológicos [...]”. O organismo é afetado por alterações no seu ambiente interno e externo, assim como também pode afetar o seu ambiente (SKINNER, 2007; TOURINHO, 2011). O surgimento de novas e diversas demandas nesse período de vida exige necessidade de adaptações e pode colocar o adolescente em situação de vulnerabilidade emocional e social.

Não é à toa que nas sociedades, inclusive a brasileira, existem mecanismos legais, como uma forma de prática cultural de proteção de direitos dos cidadãos nessa faixa etária, como por exemplo, o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) de 1990, que defende a responsabilidade do Estado, família e demais atores sociais na preservação dos direitos de crianças e adolescentes como seres em situação peculiar de desenvolvimento. Reconhecer crianças e adolescentes como sujeitos de direito significa entender que eles são pessoas autônomas e íntegras, e não sujeitos passivos diante das vontades dos adultos, por isso são importantes essas normas que asseguram direitos desse grupo (ALVES; SIQUEIRA, 2013).

Fazemos parte de uma sociedade adultocêntrica, em que historicamente crianças e adolescentes estão em situação de vulnerabilidade, o que auxilia no entendimento do grande número de violência sexual nessa faixa etária. Além da vulnerabilidade relativa à idade, destaca-se a vulnerabilidade relativa ao gênero. Crianças e adolescentes do sexo feminino é o grupo mais afetado pelo abuso sexual. Dados do disque denúncia oficial do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos do Brasil, registraram entre 2011 e 2017 o número de 203.275 denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes e dentre elas, 92% dos casos as vítimas eram do sexo feminino. (CHILDHOOD, 2019).

Pedersen e Grossi (2011) destacam que existe uma violência estrutural, fruto de um processo histórico que colocou criança e adolescente em um lugar de pouca visibilidade e atenção, nas esferas da família, sociedade e poder público, tendo passado muito tempo sem serem considerados sujeitos de direito. Destacam ainda que:

[...] o abuso sexual intrafamiliar, assim como as demais formas de violência, emerge do cenário socioeconômico e político da sociedade. Valores culturais, preconceito relacionado ao gênero, à geração, à raça/etnia e as práticas discriminatórias são fatores que resultam na exclusão em massa de grande parte da população e, conseqüentemente, muitos acabam sendo alvo da violência, nesse caso, do abuso sexual intrafamiliar. (PEDERSEN; GROSSI, 2011, p. 29).

Somada à vulnerabilidade da população infanto-juvenil percebe-se a vulnerabilidade causada pelo gênero na grande prevalência de abuso sexual cometido contra meninas. As desigualdades nas relações de poder entre homens e mulheres são manifestas de muitas formas na nossa organização social, especialmente em questões da sexualidade. É importante uma modificação de contingências sociais, assim como regras, que possam intervir nessas relações desiguais trazendo variação e seleção de comportamentos mais equitativos entre os gêneros.

Para ilustrar essa relação desigual entre gêneros, pode-se citar o acesso desigual à educação entre homens e mulheres. Segundo um levantamento da Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e cultura (UNESCO), existem no mundo 16 milhões de meninas de 6 a 11 anos que nunca irão frequentar uma escola na vida. Número esse que é duas vezes maior que o da previsão para os meninos nessa mesma faixa etária. Meninas são as primeiras a terem negado seu direito à educação formal. (TORKANIA, 2016). Assim como percebe-se abordagem diferente para meninos e meninas em relação à educação sexual. Chacham e Jayme (2016) pesquisaram sobre gênero, desigualdade social e sexualidade e constataram uma forte presença de estereótipos de gênero nas falas das participantes, o que contribui para naturalizar a violência de gênero.

Às mulheres são atribuídas funções majoritariamente ligadas ao cuidado de outros, à esfera doméstica, à maternidade, que são funções socialmente menos valorizadas e que reforçam a ideia do sexo feminino em posição de inferioridade em relação ao masculino (GANDRA, 2018). A título de ilustração social desse tipo de desigualdade pode-se citar a diferença de remuneração entre homens e mulheres no mercado de trabalho, onde mulheres que desempenham as mesmas funções que os homens recebem cerca de 20.5% a menos que eles, segundo pesquisa do IBGE (OLIVEIRA, 2019).

Zanello (2018) destaca o gênero como um importante determinante social que deve ser analisado em questões de saúde mental e esclarece que existem caminhos privilegiados de subjetivação mantidos por dispositivos que reforçam essa posição de subalternidade das mulheres em relação aos homens. Ela apresenta os dispositivos amoroso e materno, como estruturas sociais que escravizam as mulheres e reforçam a ideia do homem como centro da vida da mulher, reforçam uma função sexual e maternal da mulher (ZANELLO, 2018).

Essas relações sociais de desigualdade entre os gêneros são aprendidas e reforçadas também culturalmente. Segundo Mattos *et al.* (2015, p. 269)

[...] o gênero é utilizado para designar as relações sociais entre os sexos. O seu uso rejeita explicitamente as justificativas biológicas, se torna, aliás, uma maneira de indicar as construções sociais sobre os papéis próprios aos homens e às mulheres. Assim sendo, pode-se admitir que se trata de uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado.

De acordo com Chacham e Jayme (2016, p. 2) gênero é um conceito que “[...] permite discutir o fato de que as diferenças sociais entre os sexos são produzidas e possuem historicidade, variando de acordo com contextos culturais distintos.”. Percebe-se que o conceito de gênero é socialmente construído, e sendo assim, a desigualdade existente entre os gêneros masculino e feminino, também é aprendida nas relações sociais/culturais. Nicolodi e Arantes (2019) explicam que gênero é uma construção social de duas categorias: feminino e masculino, e rejeitam uma noção do feminino como algo da essência ou da natureza. Essas autoras, em uma visão analítico comportamental, esclarecem que o conceito de gênero diz respeito a conjuntos de contingências sociais diferenciadas para pessoas do sexo feminino e do sexo masculino. As mesmas classes de respostas, dependendo de serem emitidas por homens ou mulheres seriam reforçadas diferencialmente para cada grupo.

Desde a infância o sexo designado no nascimento funciona como estímulo discriminativo para o que Ruiz (2003) chama de práticas culturais generificadas. Práticas culturais generificadas seriam as diversas maneiras de controle social relacionadas ao poder e a relações de dominância que determinam o nível de acesso que uma pessoa ou grupo de pessoas

podem ter a fontes de reforçamento ou destinação de recursos (RUIZ, 2003). Observa-se que desde a infância os comportamentos dos indivíduos são reforçados de forma diferencial para o que socialmente se espera para homens e mulheres.

Mizael (2019) exemplifica que professores de ensino fundamental reforçam diferencialmente meninos e meninas: em uma atividade escolar, se é um menino, a qualidade do trabalho é reforçada, se é menina, a aparência do trabalho é reforçada. Assim, também são reforçados de forma distinta para meninos e meninas: a forma de sentar, o que é considerado bagunça, os interesses por certas disciplinas, as formas de responder, etc. Normalmente, o interesse por artes, por exemplo, é reforçado para as meninas, enquanto pela matemática para os meninos. Uma resposta assertiva dada por uma menina pode ser vista como agressiva, mas se a mesma é dada por um menino, é considerada adequada (MIZAEL, 2019). Socialmente espera-se mais comportamentos passivos por parte de mulheres e meninas e tolera-se comportamentos agressivos por parte de homens e meninos, justificando-se muitas vezes por uma questão de natureza dos gêneros, o que já se notou não se sustentar.

Zanello (2018), pesquisadora de saúde mental e gênero, chama a atenção para o fato do adoecimento psíquico de muitas mulheres, de diferentes classes sociais e etnias, estarem relacionados ao valor do silêncio que aprenderam socialmente, a uma passividade ensinada como adequada às mulheres, e que reforça uma objetificação destas. Nesse sentido, a questão de gênero pode conversar com o campo das habilidades sociais para desconstrução desse modelo passivo.

Partindo-se do entendimento de que a desigualdade de gênero é socialmente/culturalmente construída, percebe-se que a cultura do estupro ainda é reforçada em muitas sociedades atualmente. Morais e Freitas (2019) referem que a expressão cultura do estupro surgiu na década de 70, durante a segunda onda do feminismo e serve para descrever sociedades, práticas culturais, em que há uma alta prevalência de estupros e outras violências sexuais contra mulheres, sendo essas violações vistas como normais, aceitáveis ou inevitáveis, e as ações que poderiam combatê-las são poucas ou pouco efetivas. Essas autoras descrevem que essas práticas culturais que reforçam a cultura do estupro envolvem pareamento entre sexo e violência; culpabilização da vítima; responsabilização da mulher na evitação de crimes sexuais; manutenção de mitos sobre estupro pela comunidade verbal, inclusive pela mídia; explicações psicopatológicas ou naturalizantes do comportamento do agressor, desconsiderando fatores socioculturais; papéis de gênero atribuídos a cada sexo e privilégios legais, sociais e econômicos dado aos homens. (MORAIS; FREITAS, 2019).

Freitas e Morais (2019, p. 121-122) definem que

Em termos comportamentais, a cultura do estupro pode ser caracterizada por um conjunto de contingências que encorajam e/ou permitem práticas sexuais violentas e por um conjunto de classes de comportamento sexualmente abusivos, dos mais sutis ao estupro, que ocorrem no contexto patriarcal.

A cultura do estupro faz parte de um cenário mais amplo, definido como patriarcado por Saffioti (2004), que é uma forma de organização e de dominação social que se fundamenta na exploração de homens sobre mulheres, ou seja, o poder do patriarcado. Este termo se refere à uma hierarquia entre homens e mulheres, tanto na esfera privada quanto pública, em que o homem/pai subjuga mulheres e crianças. É uma relação de poder, de autoridade do pai/homem. (MORAIS; FREITAS, 2019; NICOLODI; ARANTES, 2019; SAFFIOTI, 2004).

Nicolodi e Arantes (2019) denominam como *contingências patriarcais* essas contingências sociais que são organizadas de maneira a garantir a manutenção de práticas culturais e padrões de comportamento que reforçam a supremacia masculina e fixam uma hierarquia de poder entre os gêneros, em que as mulheres são oprimidas e não beneficiadas. A manutenção dessas práticas em nossa cultura tem trazido prejuízos de diversas ordens a mulheres e meninas, de todas as idades, etnias, classes sociais, muito embora não se possa considerar o grupo de mulheres como homogêneo e haja prejuízos maiores para certos grupos dentro do grupo de mulheres. Nesse sentido, estudos sobre interseccionalidades, que consideram a existência de intersecção e interação entre diversas categorias e identidades a que uma pessoa pertence, são importantes e necessários. Trazer luz sobre essas práticas e suas consequências podem auxiliar a questioná-las e a pensar novas formas de relação entre os gêneros, que não necessite de dominação e subjugação.

A Análise do comportamento é uma ciência psicológica que se ocupa das questões sociais, incluindo discussões sobre as relações desiguais entre os gêneros. Todorov (2012, p. 97) explica que “[...] práticas culturais são mantidas por contingências socialmente determinadas que prevalecem em uma sociedade, um grupo ou em uma organização [...]”. Segundo este autor, as práticas culturais podem vigorar durante períodos variáveis, podendo durar meses ou séculos, e afirma que praticamente todo comportamento operante humano pode ser classificado como prática cultural (TODOROV, 2012).

Nas últimas décadas pesquisadores, analistas do comportamento, nacionais e internacionais têm apresentado à comunidade acadêmica um robusto número de estudos (TODOROV, 2012; ANDERY, 2011, GLENN, 2004; MACHADO, 2007; MALLOT; GLENN, 2006) voltados para esse debate de práticas culturais. Ainda assim, investigações



sobre o tema do abuso sexual ainda são incipientes. Na perspectiva de ampliar essa discussão, o tópico que se segue tem a preocupação de apresentar algumas reflexões sobre a violência infanto-juvenil e a interface com o campo teórico-prático das Habilidades Sociais, tomando como recorte teórico a filosofia behaviorista radical.

## **2.2 Contribuições da Análise do Comportamento para os estudos sobre violência infanto-juvenil e Habilidades Sociais.**

A Análise do Comportamento (AC) é a ciência psicológica que estuda o comportamento – entendido enquanto a interação do organismo com seu ambiente – e está baseada na filosofia Behaviorista Radical proposta por B.F. Skinner. Moreira e Medeiros (2007) ressaltam que o ambiente, para esta abordagem, não é só o ambiente físico, mas também o ambiente social (interação com outras pessoas), a nossa história de vida e nossa interação com nós mesmos.

Entendendo o comportamento como uma relação entre o organismo e seu ambiente, a AC baseia-se no modelo de seleção pelas consequências, em que um comportamento é selecionado em três níveis: filogenético (história da espécie), o ontogenético (história particular do indivíduo) e o cultural (história das práticas culturais) (BOLSONI-SILVA, 2002). Skinner traz um modelo de explicação do comportamento humano que substitui as explicações com base nos modelos causais da Mecânica Clássica e introduz um modelo causal, que reconhece a seleção natural, mas também a modelagem e manutenção de comportamentos dos indivíduos e a evolução de práticas culturais (SKINNER, 2007).

Skinner (1990) explica que o comportamento de um organismo é produto de três tipos de variação e seleção, sendo o primeiro a seleção natural, que diz respeito aos comportamentos das espécies, a sua evolução. O segundo diz respeito ao condicionamento operante do indivíduo, em que as variações de seu comportamento são selecionadas por características do ambiente. Neste tipo de seleção o comportamento do indivíduo é fortalecido ou tornado mais provável de acontecer novamente de acordo com suas consequências, que primeiramente adquiriram o poder de reforçar por meio da seleção natural. O terceiro tipo de seleção diz respeito às culturas. Skinner (1990, p. 113) explica que “[...] dar modelos, dizer e ensinar são as funções dos ambientes sociais chamados culturas [...]” e que diferentes contingências de variação e seleção criam culturas diferentes, as quais diferem umas das outras na medida em que auxiliam seus membros a resolverem problemas. E membros que resolvem seus problemas têm mais chances de sobrevivência e assim de continuação de suas práticas culturais.

Com base nesse modelo, a Análise do Comportamento pode contribuir para um melhor entendimento de como algumas práticas culturais que são prejudiciais a alguns grupos ainda estão vigentes, esclarecendo as contingências de reforçamento às quais podem estar sujeitas e podendo auxiliar no planejamento de melhores ambientes, tanto em nível ontogenético como cultural, que auxiliariam na resolução de problemas (SKINNER, 1990). Depreende-se dessa visão de homem e de mundo que o comportamento de violência contra crianças e adolescentes, inclusive o abuso sexual, pode ser explicado nesses três níveis, e de alguma maneira foi selecionado e mantido por contingências e regras sociais que percebem e colocam a faixa-etária da infância e adolescência e o sexo feminino como mais vulneráveis.

Percebe-se que a desigualdade de gênero passa pelas práticas sociais discriminatórias entre homens e mulheres. Skinner (1998, p. 451) explica que “[...] o comportamento vem se conformar com os padrões de uma dada comunidade quando certas respostas são reforçadas e outras deixadas passar sem reforço ou punidas [...]”. Assim, em uma sociedade em que o número de comportamentos de abuso sexual contra meninas é grande, para além das questões individuais e particulares de cada caso, de cada relação de reforçamento envolvida nos níveis da filogênese e ontogênese, percebe-se o controle da cultura nos comportamentos de abuso sexual contra adolescentes. As práticas culturais de alguma forma exercem controle sobre esse comportamento.

Quando se fala sobre controle na AC refere-se a identificação de variáveis que determinam um dado comportamento e não necessariamente a um controle coercitivo. Sidman (2011, p. 47) explica que o controle comportamental é um fato da vida e que “[...] embora não possamos evitar o controle, ele pode assumir muitas formas, algumas coercitivas, outras não.”. A coerção seria apenas uma subcategoria do controle. Nesse sentido, tem-se comportamentos que são controlados pelas contingências e comportamentos controlados por regras.

Quando a pessoa aprende por contingências, ela, normalmente, aprende pela interação e exposição aos eventos. Quando há o aprendizado por regras existe uma mediação, por um comportamento verbal, falado ou escrito. Regras seriam estímulos discriminativos verbais que descrevem as relações entre eventos, as contingências (BAUM, 2006). Nas interações em grupo, nas sociedades, observam-se muitos comportamentos controlados por regras, sendo que muitas vezes essas regras podem perpetuar descrições de contingências que não são mais interessantes para aquele grupo.

De acordo com Matos (2001), regras

[...] são estímulos discriminativos de um tipo especial: elas envolvem o comportamento verbal de uma pessoa, a pessoa que emite a regra. Nesse sentido, o estudo do controle por regras sempre deveria envolver uma análise do contexto social do falante (que emite a regra) e do ouvinte (que seguirá ou não a regra). É justamente a função do ouvinte, como responsável pelo reforço para o falante, que define e coloca o estudo de regras dentro do campo do comportamento verbal. (MATOS, 2001, p. 1).

Entende-se então que as regras são comportamentos e como tal podem ser explicadas de acordo com os princípios da AC. Regras sociais que reforçam a posição de desigualdade entre meninos e meninas, que justificam comportamentos de violência entre gênero devem ser questionadas e atualizadas de acordo com as contingências reais.

Skinner (1998, p. 363), em sua obra *Ciência e comportamento humano*, trata sobre as formas de controle social, esclarecendo que “[...] o grupo exerce um controle ético sobre cada um de seus membros através, principalmente, de seu poder de reforçar ou punir [...]”. Explica que geralmente o grupo social não é bem organizado, mas dentro dele existem agências de controle, mais organizadas, que manipulam conjuntos particulares de variáveis. Dentre essas agências controladoras destacam-se o governo e lei, religião, psicoterapia, economia e educação.

Entendendo que quem possui o controle sobre os comportamentos dos grupos e dos indivíduos desse grupo está em uma posição de poder, percebe-se o poder que essas agências de controle detêm sobre a vida dos indivíduos. Ao se pensar sobre o fenômeno do abuso sexual entre adolescentes, percebe-se o controle, em maior ou menor grau, de todas essas agências citadas por Skinner, na sua manutenção, assim como o poder dessas agências em modificar essa situação de violência. Como por exemplo, um governo que adote políticas de prevenção e combate ao abuso sexual, com leis específicas para sua diminuição, religiões que não reforcem a ideia de subjugação de mulheres pelos homens, psicoterapia, economia e educação que auxiliem o indivíduo a entender esses controles e agir com contra-controle etc.

Dentre os casos de abuso sexual infanto-juvenil, é comum assistir em meios de comunicação, nas redes sociais, uma grande comoção quando se trata de abuso infantil, propriamente dito, mas quando se trata de abuso de adolescentes, não é raro observar comentários de julgamento, de condenação e culpabilização da vítima, avaliando que a vítima poderia não ser tão vítima assim. Esse comportamento de culpabilizar a vítima pode também ser entendido como uma manifestação dos valores culturais misóginos, machistas, patriarcais vigentes na nossa cultura, que revitimizam as pessoas em situação de abuso reforçando sentimentos de medo, vergonha, culpa e dificultando a denúncia e a busca de ajuda por parte dessa população.

Com base no modelo de seleção pelas consequências proposto por Skinner (2007), pode-se ter expectativa de que essas práticas culturais que são maléficas ao grupo social também passam por um processo evolutivo e podem ser modificadas, pois “O aspecto mais importante de uma cultura assim definida é o de que ela evolui. Uma prática surge como uma mutação; ela afeta as probabilidades de o grupo vir a solucionar seus problemas; e se o grupo sobreviver, a prática sobreviverá com ele.” (SKINNER, 2002, p. 174).

Dessa forma é importante coibir a prática do abuso sexual, legitimando-a como desviante para que o grupo mantenha sua coesão social e garanta uma cultura de proteção à infância e adolescência (MOURA; GALLO; LIMA, 2019). Assim como é importante reforçar e estimular práticas culturais que protejam a população infanto-juvenil.

Considerando as consequências do abuso sexual na vida das vítimas, é difícil pensar que essa prática contribuirá para a sobrevivência da nossa sociedade e faz-se necessário pensar formas de combater e prevenir esse tipo de violência. As consequências do abuso sexual na adolescência podem ser físicas, emocionais, sociais e podem acompanhar a vítima ao longo de toda sua vida, trazendo diversos prejuízos ao seu funcionamento (MOURA; GALLO; LIMA, 2019). A gravidade e prejuízos decorrentes, variam e dependem da forma como o abuso é cometido, com ou sem contato físico ou agressão, da sua frequência, duração, qualidade do vínculo/proximidade entre vítima e agressor, de como a mãe e familiares se posicionam em relação ao abuso, idade da vítima etc., variando também de acordo com as características individuais, familiares e sociais a que a vítima está exposta (ARANTES, 2006; FERREIRA; VILALVA, 2019).

Algumas das consequências e sintomas comuns na população atingida por essa violação, estão a exposição a infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, aborto, fugas do lar, delinquência, prejuízo nos estudos, abandono da escola, sintomas depressivos, sintomas ansiosos, estresse, transtorno de estresse pós traumático, transtornos de humor, transtornos dissociativos, medo, pânico, agressividade, irritabilidade, raiva, culpa, vergonha, angústia, baixa autoestima, distúrbios do sono, distúrbios no apetite/alimentação, queixas somáticas, ideação ou tentativa de suicídio, entre outros. (ARANTES, 2006; BORGES; DELL’AGLIO, 2008; FERREIRA; VILALVA, 2019; GAVA; SILVA; DELL’AGLIO, 2013; HABIGZANG, CUNHA; KOLLER, 2010).

Com base na noção de comportamento operante trazida pela filosofia behaviorista radical de que o comportamento operante “[...] é aquele cuja causa primeira não está determinada, mas cuja consequência pode ser observada [...]”, (GUIMARÃES, 2003, p. 64),

entendendo que é o comportamento que produz consequências, modifica o ambiente e é modificado por elas, avalia-se que modificações nos níveis ontogenético e cultural, especialmente nas regras relacionados ao abuso sexual contra adolescentes, pode auxiliar na diminuição de comportamentos que coloquem a adolescente em situações de risco e vulnerabilidade, como acontece no abuso sexual, que comumente é praticado por alguém próximo à vítima. Porém, é importante ressaltar que, não se entende que a responsabilidade em uma situação de abuso estaria sobre a adolescente, mas sim levanta-se a possibilidade de exercer um "contracontrole" nessa relação desigual, de coerção e coação.

Nessa linha de raciocínio, pesquisas que identifiquem padrões de comportamento problema, como um desempenho social deficitário em diversos tipos de habilidades sociais nas relações interpessoais, e que avaliem possíveis impactos nas relações desiguais que sustentam diversos tipos de violência, inclusive o abuso sexual, podem contribuir para posteriores intervenções que modifiquem contingências e regras mantenedoras de situações de abuso. Uma forma de contra controlar o comportamento abusivo pode ser o investimento em educação sexual para a população como um todo e especialmente crianças e adolescentes, assim como o investimento em desenvolvimento de habilidades sociais voltados para esse grupo, pois podem ser possibilidades de prevenção de abusos sexuais, ou de possível mitigação de suas consequências.

Sousa *et al.* (2006) realizaram um estudo de caso sobre sexualidade na adolescência fazendo uma pesquisa sobre a influência de elementos culturais, presentes no contexto familiar, sobre o comportamento sexual do adolescente. Verificaram a existência no contexto familiar de concepções equivocadas sobre sexualidade que exerciam grande influência na adolescente, explicitando tabus/regras de que se falar sobre sexualidade na família estaria se incentivando práticas precoces. Concluíram que é importante a realização de atividades de educação sexual direcionadas ao esclarecimento de conceitos que possam prejudicar a saúde e a qualidade de vida de adolescentes.

Sfair, Bittar e Lopes (2015) realizaram pesquisa sobre Educação sexual para adolescentes e jovens no Estado de São Paulo, mapeando documentos oficiais da esfera federal e estadual, entre 1990 e 2010, que tratassem sobre o tema. Destacaram que a educação sexual deve fortalecer adolescentes e jovens, estimulando a estima de seu corpo e seus valores, sensibilizando-os em relação aos outros, mesmo quando são diferentes. E ainda alertam que é preciso desmitificar o tema da educação sexual e abordar tanto os riscos do exercício da sexualidade quanto prazer, sentimentos, respeito e responsabilidade.

Pode-se avaliar, então, que a falta de educação sexual, especialmente para adolescentes, funciona como um fator de manutenção de regras que podem não descrever mais uma realidade, ou seja, que podem estar obsoletas, além de reforçar tabus e a falta de informação sobre sexualidade. Pode ainda impedir o conhecimento de direitos e deveres sobre a sexualidade, o que pode ser fator de risco para exposição a abusos sexuais. Supõe-se que a educação sexual, em alguma instância, pode auxiliar na prevenção de comportamentos sexualmente abusivos. Assim como o desenvolvimento de habilidades sociais na infância e adolescência pode servir como fator de proteção para e nas situações de abuso, em suas diversas formas, inclusive sexual.

Nesse sentido de um repertório elaborado ou deficitário de habilidades sociais funcionarem como fator de proteção ou de risco, respectivamente, foram encontrados alguns estudos com a população infanto-juvenil que corroboram essa ideia. Com o objetivo de apresentar alguns deles, é conveniente apresentar o conceito de habilidades sociais para uma melhor compreensão.

Del Prette e Del Prette (2009a, p. 177) afirmam que “[...] crianças com poucas habilidades de enfrentamento assertivo correm o risco de se submeterem à vontade dos outros colegas e de adultos, bem ou mal intencionados, encontrando dificuldade para superar essa dependência.”. Isso nos faz refletir sobre a importância de desenvolver e fortalecer habilidades sociais na fase de infância e adolescência para prevenir situações interpessoais que tragam prejuízos, de diversas ordens, a essa população.

Pode-se entender as Habilidades Sociais como classes de comportamento necessárias para que um indivíduo possa atuar com competência social nas relações interpessoais. Del Prette e Del Prette (2017, p. 24) explicitam o conceito de Habilidades Sociais referindo-se a “[...] um construto descritivo dos comportamentos sociais valorizados em determinada cultura com alta probabilidade de resultados favoráveis para o indivíduo, seu grupo e comunidade que podem contribuir para um desempenho socialmente competente em tarefas interpessoais.”.

Dessa forma, a presença de habilidades sociais no repertório comportamental do indivíduo é condição básica para que ele desenvolva Competência Social, que é um “[...] construto avaliativo do desempenho do indivíduo em uma tarefa interpessoal, que atende aos objetivos do indivíduo e às demandas da situação e cultura, produzindo resultados positivos conforme critérios instrumentais e éticos.” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017, p. 37).

Como foi dito, as Habilidades Sociais são classes de comportamento e essas classes apresentam ainda subclasses. Del Prette e Del Prette (2017) apresentam um portfólio das classes e subclasses de Habilidades Sociais. Eles trazem dez classes de HS gerais: comunicação,

civilidade, fazer e manter amizade, empatia, assertividade, expressar solidariedade, manejar conflitos e resolver problemas interpessoais, expressar afeto e intimidade, coordenar grupos e falar em público.

Destaca-se as habilidades sociais assertivas, que em uma primeira análise, pode contribuir para comportamentos de proteção em algumas situações de violência. Habilidades sociais assertivas são habilidades sociais de enfrentamento, em situações em que há risco de reação indesejável por parte do interlocutor, com controle de emoções e expressão adequada de pensamentos e sentimentos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009a). Esses mesmos autores exemplificam como classes de Habilidades assertivas os comportamentos de: defender os próprios direitos e os de outrem; fazer e recusar pedidos; lidar com críticas; expressar sentimentos negativos de raiva, desagrado, desconforto; discordar; solicitar mudança de comportamento (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2007, 2009a).

Caballo (1997) diz que os seres humanos passam a maior parte do tempo engajados em alguma forma de interação e comunicação interpessoal e que um bom repertório de habilidades sociais, dentre as quais está inserida a assertividade, favorecem um aumento de reforçadores e podem auxiliar na prevenção e/ou redução de dificuldades psicológicas, assim como também podem diminuir interações sociais prejudiciais, dentre as quais se pode pensar uma relação de abuso.

Conforme afirmam Fogaça *et al.* (2019), apoiando-se em trabalho sobre problemas na adolescência realizado por Murta *et al.* (2006), a adolescência é uma fase propícia para aprimoramento de habilidades sociais aprendidas na infância. Foi considerada importante a promoção de interações saudáveis neste período, devido ao aumento de problemas que atingem os jovens na cultura ocidental contemporânea.

Alguns estudos como Padilha (2007), Maia e Bortolini (2012), Terroso *et al.* (2016), indicam que um repertório de habilidades sociais desenvolvidas em crianças e adolescentes pode funcionar como fator de proteção de problemas emocionais e comportamentais. Da mesma forma, um repertório deficitário pode colocar essa população em situação de risco.

Padilha (2007) avaliou a eficácia de um programa de prevenção primária de abuso sexual realizado em ambiente escolar, onde interveio com famílias de baixa renda em uma comunidade do Paraná em que foram relatados casos de abuso sexual. A pesquisa teve duas etapas: uma com os pais/familiares, para conhecer suas concepções acerca do abuso sexual contra crianças e adolescentes, e outra com os adolescentes e pré-adolescentes, em que foram aplicados pré-teste, intervenção, pós teste e follow up. A intervenção teve 10 sessões em que

foram trabalhados os temas de habilidades sociais, sexualidade, relações abusivas e repertório de autoproteção. Além de serem trabalhados a discriminação de sinais de risco, responder assertivamente ao possível agressor, sair da situação, contar a um adulto confiável. A pesquisadora concluiu pela eficácia do programa, constatando melhora no repertório de autoproteção em situações de risco de abuso sexual, apontando para a possibilidade de prevenção de abuso sexual em ambiente escolar.

Terroso *et al.* (2016) realizaram estudo com 487 adolescentes, estudantes do ensino fundamental e médio de escolas públicas e particulares do Rio Grande do Sul, em que foi avaliado o repertório de Habilidades Sociais por meio do Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del-Prette) e aplicado o Questionário Multimodal de Interação Escolar (CMIE-IV) de Caballo *et al.* (2012) para avaliação de comportamentos de cunho agressivo e/ou persecutório. Foi constatada a associação entre o envolvimento em *bullying* e o repertório de habilidades sociais (HS), concluindo que um baixo repertório de HS encontra-se associado ao envolvimento em *bullying*, tanto como vítima quanto agressor. Neste mesmo estudo, estes pesquisadores citam Mounts (2011), Jarvinen e Nicholls (1996), Miers, Blote e Westenberg (2010) que encontraram resultados semelhantes em seus estudos com adolescentes e habilidades sociais, afirmando que o déficit de HS na adolescência está associado a diversos eventos negativos, acrescentando que um elevado repertório de HS é fator de proteção ao *bullying*.

Cardoso, Coelho e Martins (2017) em estudo com adolescentes de 12 a 15 anos do ensino fundamental de uma escola privada da cidade de Macapá, onde aplicaram o inventário de habilidades sociais para adolescentes de Almir Del Prette e Zilda Del Prette (IHSA-Del Prette), concluíram que um déficit das habilidades sociais contribui para uma aquisição baixa da aprendizagem social, com dificuldade em serem assertivos na civilidade. Wagner e Oliveira (2007) em revisão bibliográfica relacionando habilidades sociais e uso de drogas, constataram que a construção de habilidades de resistência ao oferecimento de drogas (entendido como assertividade), a auto eficácia e o estímulo à capacidade de tomada de decisões pode reduzir o uso de substâncias. Embora esses estudos não tenham pesquisado intencionalmente adolescentes em situação de violência, eles corroboram a ideia da existência de relação entre repertório de habilidades sociais mais ou menos desenvolvidos em adolescentes com maior ou menor exposição a riscos.

Terroso e Argimon (2016) pesquisaram adolescentes de 12 a 18 anos, em escolas do interior do Rio Grande do Sul, utilizando o Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes



IHSA-Del Prette é um teste para medir adição à internet, o “Internet Addiction Test”. Os resultados indicaram que os adolescentes dependentes de internet tinham maior dificuldade em manifestar comportamentos socialmente habilidosos em relação ao escore total de HS e às classes de autocontrole, assertividade, abordagem afetiva e desenvoltura social. Também foi constatado neste estudo que ter um menor repertório total de HS aumenta as chances de o jovem ter dependência de Internet (DI). Esses resultados sugerem que um pior repertório de HS está associado a DI. Assim, o uso demasiado de internet está associado a algumas classes de HS subdesenvolvidas.

Maia e Bortolini (2012) em trabalho que relata a experiência profissional referente ao desenvolvimento da habilidade de assertividade, por meio de encontros semanais, durante um ano, com alunos do 3º ano do ensino fundamental de uma escola de Porto Alegre, observaram que o trabalho com a habilidade de assertividade favoreceu reflexões, autoconhecimento e mudanças de comportamento pelos alunos, sugerindo que projetos que promovam habilidades sociais na infância atuem na prevenção de problemas futuros. Afirmam que a aquisição de habilidades sociais, como a assertividade, inicia-se na infância e constitui-se como importante fator de proteção de problemas emocionais e comportamentais.

Campos (2010) pesquisou o repertório de habilidades sociais de adolescentes com indicadores de depressão, levando em consideração o gênero. Foi utilizado o Inventário de Depressão Infantil (CDI) e o IHSA-Del Prette com crianças de 12 a 14 anos, tendo chegado a um resultado de que as meninas apresentam repertório mais deficitário de habilidades sociais em todas as subescalas pesquisadas (empatia, autocontrole, civilidade, assertividade, desenvoltura social, abordagem afetiva) do que os meninos.

Arantes (2006) realizou estudo bibliográfico e afirma a importância de Treinamento em Habilidades Sociais, especialmente as assertivas e empáticas para a prevenção de abuso sexual em crianças. Segundo a autora, o treino assertivo possibilita que a criança aprenda a discriminar situações abusivas, dando a ela condições de enfrentamento ou de esquiva do contexto de abuso.

Diante desse quadro, percebe-se que ainda hoje o abuso sexual contra adolescentes, especialmente meninas, é um problema real, que clama por maior visibilidade para que sejam pensadas ações eficazes para a assistência a essa população, em todos os âmbitos, especialmente o da saúde. Da mesma forma é essencial que sejam traçadas estratégias para que nossas crianças e adolescentes não sofram mais esse tipo de violação. O treino de Habilidades sociais assertivas desde a infância pode ser pensado como uma estratégia possível de prevenção a situações abusivas.

### 2.3 Depressão e estresse em adolescentes em situação de violência sexual

Como já foi apresentado, o abuso sexual em crianças e adolescentes traz diversas consequências deletérias para a vida da vítima, em diversas esferas. Williams (2002) afirma que a ocorrência de violência sexual é um fator de risco para o aparecimento de sintomas e quadros psicopatológicos e é vista como um estressor generalizado, com consequências para as vítimas que vão depender da propensão de cada uma para seu desenvolvimento. Hohendorff, Koller e Habigzang (2015, p. 185) esclarecem que a literatura traz que as consequências da violência sexual na infância ou adolescência são diversas, citando como as mais comuns a “[...] ansiedade, raiva, dissociação, problemas interpessoais, além de psicopatologias como abuso de álcool e substâncias, depressão, transtornos alimentares, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do estresse pós-traumático e transtorno de personalidade borderline.”.

Como a proposta deste trabalho é também avaliar variáveis de depressão e estresse em adolescentes que sofreram abuso sexual faz-se pertinente esclarecer esses diagnósticos e sua incidência na população estudada.

A **depressão** é um distúrbio que pode atingir o indivíduo nas diversas fases de sua vida, mas o estudo da depressão em adolescentes é relativamente novo. O entendimento de que a depressão poderia atingir pessoas antes da fase adulta é recente e até algumas décadas atrás o quadro clínico de depressão em crianças e adolescentes era pouco explorado (MELO; SIEBRA; MOREIRA, 2017). Existia uma crença de que crianças e adolescentes não tinham motivos para apresentarem problemas de saúde mental, especialmente depressão. Havia o mito da infância feliz, e somente a partir da década de 70 esse tema foi mais abertamente discutido e trazido para a comunidade científica (SALOMA *et al*, 2009; BAPTISTA, 2018; BAHLS; BAHLS, 2002).

De acordo com dados da OMS (WHO, 2014) a depressão pode ser considerada a doença mais prevalente na faixa de idade de 16 anos, e estudos como o de Souza *et al* (2008) destacam a presença cada vez mais frequente de sintomatologia depressiva em adolescentes nessa faixa etária (MELO; SIEBRA; MOREIRA, 2017). Gladstone, Beardslee e O’Connor (2011) afirmam que a depressão na adolescência possui altas taxas de reincidência, o que torna um problema de saúde pública. E Souza *et al* (2008) alertam que as consequências desse problema podem acompanhar o adolescente durante toda a vida de forma a fragilizá-lo. A depressão em adolescentes mostra-se difundida e duradoura, e afeta diversas funções causando importantes prejuízos psicossociais (BAHLS; BAHLS, 2002). Alguns autores (MARTIN; COHEN, 2000)

destacam que a depressão maior na adolescência é mais grave e nociva do que em adultos e com curso mais refratário.

Conforme estudo de Bahls e Bahls (2002) com artigos de revisão, a prevalência da depressão maior em adolescentes varia de 0,4 a 10,0%, com nítido predomínio das meninas sobre os meninos, e em relação à idade, destaca-se o período de passagem da infância para adolescência. Bahls e Bahls (2002) explica que as manifestações clínicas da depressão em crianças, adolescentes e adultos são basicamente as mesmas, e os principais sistemas de classificação de transtornos mentais utilizam os mesmos diagnósticos (BAHLS; BAHLS, 2002). No entanto, Baptista (2018) chama a atenção de que, apesar disso, alguns sintomas específicos podem ocorrer de forma mais incisiva nas fases iniciais da vida, como por exemplo a “[...] expressão facial e postura diferenciadas, desinteresse por brincadeiras e tarefas escolares, irritabilidade e hiperatividade, além de não serem raros os relatos de sintomas somáticos como dores de cabeça, abdominais, dentre outras.” (BAPTISTA, 2018, p. 7).

Na manifestação da depressão infanto-juvenil a coexistência com múltiplos diagnósticos constitui-se mais uma regra do que exceção. É comum esse diagnóstico vir acompanhado de outros diagnósticos psiquiátricos (BAHLS; BAHLS, 2002). Melo, Siebra e Moreira (2017) em estudo de revisão perceberam uma maior preocupação em uma identificação mais precoce da depressão, devido a ser um indicativo de vulnerabilidade para outros adoecimentos, como bipolaridade e esquizofrenia.

De acordo com o DSM 5, para que haja o diagnóstico de episódio depressivo maior (EDM), a pessoa precisa apresentar cinco ou mais dos seguintes sintomas: (a) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, com relato de tristeza ou vazio, desesperança, choro constante. Em crianças pode ser humor irritável; (b) diminuição de interesse ou prazer em quase todas as atividades que antes eram prazerosas; (c) perda ou ganho significativo de peso, sem dieta ou mesmo aumento ou diminuição do apetite, quase todos os dias; (d) insônia ou hipersonia quase todos os dias; (e) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias; (f) fadiga ou perda de energia quase todos os dias; (g) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; (h) Diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se ou indecisão; (i) pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), incluindo-se ideação ou tentativa de suicídio. Precisa apresentar alteração do funcionamento anterior por no mínimo duas semanas, sendo que pelo menos um dos sintomas tem que ser o humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer (anedonia). (BAPTISTA, 2018; DSM 5, 2014).

Com base nos estudos sobre depressão na adolescência, depreende-se que esse grupo etário, especialmente meninas, já se configuram em um grupo de risco para desenvolvimento de transtorno depressivo, mais ainda quando estas vivenciam algum tipo de abuso sexual. Mais uma vez, o gênero e idade como variáveis importantes na análise da vulnerabilidade ao abuso sexual e desenvolvimento de problemas psicológicos.

Outra consequência demonstrada pelos estudos sobre abuso sexual na adolescência são sintomas de **estresse** ou o transtorno de estresse pós-traumático. Florentino (2015) traz que “praticamente todas as vítimas de abuso sexual passam após a situação abusiva – estresse pós-traumático ou Transtorno de Estresse Pós-Traumático, como costuma ser nomeado por alguns autores” (p.141). O transtorno de estresse pós-traumático relaciona-se a experiências incomuns da vida humana, as quais produzem um impacto emocional importante na pessoa e que deixa consequências que atingem sua saúde física e mental (FLORENTINO, 2015).

O estresse é um conjunto de reações do organismo, composto por fatores psicofisiológicos e que ocorrem quando o indivíduo se confronta com situações que, de alguma maneira o irrita, amedronta, excita ou confunde, ou mesmo que o faça muito feliz (LIPP *et al.*, 2002; TRICOLI; LIPP, 2015). De acordo com Eltink e Nunes (2020) o conceito de estresse foi introduzido na Psicologia da Saúde por Hans Selye em 1926, ficando mais popular após a segunda guerra mundial, sendo definido de formas diferentes dependendo da abordagem que investigue o tema. Essas autoras entendem o estresse como uma reação do organismo frente a qualquer evento que seja interpretado como desafiante ou como uma ameaça a sua estabilidade física ou mental, podendo envolver reações físicas, psicológicas, mental e/ou hormonal (ELTINK; NUNES, 2020).

Nodari *et al* (2014, p. 62) explicam que

[...] o termo estresse foi ampliado como uma experiência na qual as demandas de uma situação excedem a capacidade percebida de enfrentá-la, sendo na maioria das vezes, resultado de uma ‘negociação’ entre o indivíduo e o ambiente que pode conduzir a uma ativação exagerada ou diminuída sobre o organismo. O evento estressor ou estímulo afeta de modo diverso o organismo humano com base, fundamentalmente, na percepção que, por sua vez, tenha sobre o estressor. O evento ou estímulo operam como estressores à medida que sobrecarregam ou excedem os recursos adaptativos da pessoa.

Selye em 1965 definiu a reação do organismo a estressores como Síndrome Geral de Adaptação (SAG), definindo três fases: fase de alarme ou alerta, fase de resistência e fase de exaustão. Depois de vários estudos, Lipp (1998) constatou a necessidade de introduzir mais uma fase ao modelo de Selye, apresentando o modelo quadrifásico, incluindo a fase de quase-exaustão. (TRICOLI; LIPP, 2015). A primeira fase (Fase de alerta) é a mais leve e diz respeito

à ocorrência de reações comportamentais de excitação ou fuga do estressor, mais adaptativa. A segunda fase (Fase de Resistência) caracteriza-se por alterações da percepção da normalidade e por um aumento na taxa de hormônios adrenocorticóides. Na terceira fase (Quase-exaustão) começa um quadro de adoecimento do indivíduo. E na quarta fase (Exaustão) o indivíduo apresenta doenças orgânicas, demonstrando extenuação pelo grande consumo de energia e excesso de atividade. (ELTINK; NUNES, 2020).

Just e Enumo (2015) afirmam que a adolescência é um período suscetível a problemas emocionais e de comportamento, assim como afirmam uma consolidação na literatura científica de uma associação entre o estresse e a psicopatologia em crianças e adolescentes, citando alguns estudos: Grant, Compas, Thurm, McMahon e Gipson (2004); Grant, Compas, Thurm, McMahon, Gipson, Campbell, Krochock e Westerholm (2006); Morais, Koller e Raffaelli (2010); Oliveira-Monteiro *et al.* (2012), Campos, Delgado e Jiménez (2012).

Sem dúvidas a adolescência é marcada por mudanças intensas e significativas, mas nem todos experimentam o estresse apesar da turbulência e conflitos dessa fase, assim como nem todos experimentam da mesma maneira, a depender de seus recursos de enfrentamento. (LEAL, 2001; TRICOLI; LIPP, 2015). Estudos como o de Leal (2001) identificaram também uma diferença entre os gêneros em relação ao estresse na adolescência, sendo observada uma maior vulnerabilidade feminina.

Como já foi citado neste trabalho, adolescentes vítimas de violência sexual podem apresentar como uma das consequências dessa violação um tipo severo de estresse, relacionado a vivência de trauma, como é entendido o abuso sexual, que é o Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Borges e Dell’Aglío (2008) em estudo sobre TEPT e abuso sexual concluiu que o TEPT parece estar associado a alterações tanto estruturais quanto funcionais das áreas cerebrais relacionadas ao sistema de resposta ao estresse. De acordo com essas autoras,

[...] o diagnóstico de TEPT é realizado após a pessoa vivenciar, testemunhar ou ter sido confrontada com um ou mais eventos traumáticos avassaladores e reagir com intenso medo, pavor ou comportamento de esquiva. Os critérios de TEPT são agrupados em três categorias de sintomas, a saber: 1) reexperiência intrusiva do trauma; 2) esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da reatividade geral; e, 3) sintomas persistentes de excitabilidade fisiológica. (BORGES; DELL’AGLIO, 2008, p. 373).

É importante destacar que, em relação ao TEPT em crianças vítimas de abuso sexual, o tipo de abuso, a duração, a idade de início do abuso, o vínculo com o abusador, a existência de ameaça ou coação, o contexto da revelação, são vistos como preditores da ocorrência do transtorno. (BORGES; DELL’AGLIO, 2008). E, segundo Shore (2002), um vínculo afetivo

seguro com familiar; cuidador não abusador, rede de apoio social e medidas de proteção e intervenção imediatas após a revelação do abuso podem ser fatores de proteção.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

- a) Avaliar como o repertório de habilidades sociais de adolescentes vítimas de abuso sexual se relaciona com a manifestação e intensidade de quadros de depressão e de estresse.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Caracterizar a amostra atendida no Ambulatório especializado de atendimento a vítimas de violência sexual do Hospital Universitário de São Luís - MA;
- b) Caracterizar o repertório de habilidades sociais, identificando déficits e recursos das adolescentes;
- c) Avaliar a presença e nível de sintomas depressivos;
- d) Avaliar a presença e nível de sintomas fisiológicos, psicológicos, cognitivos e interpessoais de estresse;
- e) Relacionar as variáveis habilidades sociais, depressão e estresse.

## 4. MÉTODO

### 4.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo e correlacional. Foi um estudo descritivo pois descreveu as características da população estudada e, segundo Ato, López e Benavente (2013), nestes estudos, o objetivo é definir, classificar/categorizar eventos para descrever comportamentos. Foi correlacional pois realizou análises de relações entre as variáveis levantadas (Cozby, 2003).

### 4.2 Amostra

A amostra foi composta por 10<sup>1</sup> adolescentes do sexo feminino, entre 14 e 17 anos (M = 15,8, DP = 1,4), vítimas de abuso sexual, atendidas no Hospital Universitário de São Luís – MA (mais informações sobre as participantes podem ser encontradas na Tabela 1). O número, menor que o inicialmente previsto, foi alcançado sobrepondo-se barreiras inerentes à especificidade do tema, tais como dificuldade de contato com as participantes, vulnerabilidade e resistência das participantes ou de seus responsáveis legais, além das dificuldades impostas pelo período de pandemia da Covid-19 em nosso estado. A coleta se deu no período de 03/01/2022 a 24/01/2022, com adolescentes atendidas entre 01/07/2021 a 31/01/2022, período em que foram atendidas 70 crianças e adolescentes do sexo feminino no Ambulatório especializado do HU. Trinta e duas atendiam aos critérios de inclusão do estudo. Destas, 11 apresentavam contatos telefônicos desatualizados no sistema ou não responderam às várias tentativas de contato por ligação telefônica, mensagens ou whatsapp da pesquisadora. Assim, 21 foram contactadas, sendo que 07 recusaram o convite e 04 aceitaram participar da coleta de dados, mas não compareceram à entrevista, mesmo após remarcações. Desta forma, a amostra alcançada correspondeu a 10 participantes, o que corresponde a 31,25% da população de adolescentes dentro dos critérios de inclusão atendidas no período estabelecido de coleta.

Como critérios de inclusão para o estudo foram utilizados: a) ter sofrido algum tipo de abuso sexual, b) ter idade maior ou igual a 14 anos até 17 anos, que é a combinação do critério adotado pela OMS para definir a faixa etária da adolescência e as idades recomendadas pelos instrumentos que foram utilizados e c) terem sido ou estarem sendo atendidas no serviço

---

<sup>1</sup> Este número permitiu a realização das análises descritivas e inferenciais pretendidas pelo estudo.



especializado do Hospital Universitário de São Luís –MA, entre julho/2021 a janeiro/2022. Como critérios de exclusão utilizou-se: a) adolescentes que possuísem algum transtorno psiquiátrico ou déficit intelectual, o qual não permitisse a condução de entrevista individual ou a aplicações dos instrumentos, dados que foram verificados no prontuário médico de avaliação inicial do serviço. A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos da amostra.

**Tabela 1** – Dados sociodemográficos das participantes do estudo.

<b>Participante</b>	<b>Idade</b>	<b>Raça/Cor autodeclarada</b>	<b>Município de Residência</b>	<b>Renda Familiar Mensal</b>	<b>Religião</b>	<b>Estuda</b>	<b>Série</b>	<b>Escola Pública</b>
<b>P1</b>	14	Parda	São José de Ribamar	R\$ 1.000,00	Sem religião	N	Abandonou no 8º ano	Sim
<b>P2</b>	17	Parda	Raposa	R\$ 300,00 (beneficiária do Bolsa Família)	Sem religião	S	3º ano EM	Sim
<b>P3</b>	15	Parda	São Luís	R\$ 1.800,00	Sem religião	S	9º ano EF	Sim
<b>P4</b>	14	Parda	Pirapemas	R\$ 200,00 (beneficiária do Bolsa Família)	Católica	S	1º ano EM	Sim
<b>P5</b>	14	Parda	São José de Ribamar	R\$ 1.000,00	Evangélica	S	9º ano EF	Sim
<b>P6</b>	17	Parda	São Luís	R\$ 2.500,00	Umbandista	S	3º ano EM	Sim
<b>P7</b>	17	Parda	São Luís	R\$ 1.000,00	Evangélica	N	Finalizou o EM	Sim
<b>P8</b>	16	Branca	São Luís	R\$ 4.000,00	Sem religião	S	2º ano EM	Sim
<b>P9</b>	17	Parda	São Luís	R\$ 1.000,00	Evangélica	S	2º ano EM	Sim
<b>P10</b>	17	Parda	São Luís	R\$ 5.000,00	Evangélica	S	3º ano EM	Sim

*Nota:* S = Sim; N = Não; EM = Ensino Médio; EF = Ensino Fundamental

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

### 4.3 Instrumentos e Materiais

*Ficha SINAN.* A Ficha de Notificação Compulsória do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), instrumento do Ministério da Saúde, foi acessada para a coleta das seguintes informações: idade, cor, escolaridade, local de moradia, local da violência, números de agressores, relação com o agressor, idade do agressor, quantidade e frequência da violência e se foi utilizado alguma outra forma de violência.

*Protocolo de caracterização do participante (PCP).* Foram coletadas informações consideradas relevantes para o estudo, mas que não faziam parte da ficha SINAN. Tais como: se pratica alguma atividade de lazer e se pratica alguma religião.

*Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del-Prette).* Foi aplicado o Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes, elaborado por Del Prette e Del Prette (2009b). O instrumento de autorrelato é composto de 38 itens, medidos em uma escala *Likert* de 5 pontos para medição da frequência e 5 pontos para medição de dificuldade na emissão dos comportamentos descritos. O adolescente de 12 a 17 anos deve estimar a frequência e dificuldade em apresentar a reação indicada em cada item, que descreve situações que exigem o uso de habilidades de relacionamento com diferentes interlocutores e em diferentes contextos. O instrumento produz um escore total e escores em seis fatores: empatia, autocontrole, civilidade, assertividade, abordagem afetiva e desenvoltura social. Em análise psicométrica, apresentou consistência interna de  $\alpha = 0,896$  para a escala total e  $0,615 \leq \alpha \leq 0,820$  para as subescalas.

*Escala Baptista de Depressão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ).* Foi aplicada a Escala Baptista de Depressão Infanto-Juvenil (BAPTISTA, 2018), que é um instrumento que avalia a frequência, intensidade e duração de sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes de 7 a 18 anos, sendo composta por 27 itens construídos em uma escala do tipo *Likert*, de três pontos: “nunca/poucas vezes”, “algumas vezes” e “muitas vezes/sempre”. Os itens da escala descrevem situações, comportamentos e sentimentos e o participante deve estimar se foram vivenciados ou não nas últimas duas semanas. O instrumento mostrou uma alta estimativa de fidedignidade apresentando índice de separação (teoria de resposta ao item) para a amostra total de 0,8575, enquanto para a amostra de crianças foi de 0,8452 e para a de adolescentes de 0,8698.

O autor do instrumento esclarece que foram estabelecidas cinco faixas de pontuação, com base no estano, que é um escore normalizado usado para corrigir a assimetria positiva dos dados. As duas primeiras faixas são as de **Comportamento positivo**, descrito como

sintomatologia 1 e sintomatologia 2, que agrega a maior parte dos respondentes, e que não apresentaram indícios de sintomatologia depressiva. As três últimas faixas correspondem a pessoas com sintomatologia depressiva, variando conforme a magnitude dos sintomas, que podem ser **sintomatologia leve**, **sintomatologia moderada** ou **sintomatologia grave ou severa**. Quanto mais a pontuação se aproxima do zero, maior é o número de características positivas que a criança ou adolescente apresenta, ou seja, humor e auto estima mais elevada, esperança, características sociais adequadas etc. O instrumento traz que a partir do escore definido pela curva ROC, de 20 pontos, os pontos foram interpretados baseados na intensidade dos sintomas de depressão. Sendo assim, na amostra geral, o intervalo entre 21 e 30 pontos corresponde a sintomatologia leve, de 31 a 45 pontos brutos corresponde a sintomatologia moderada e de entre 46 e 54 pontos brutos, o resultado pode ser interpretado como sintomatologia grave ou severa (BAPTISTA, 2018).

*Escala de Stress para Adolescentes (ESA)*. Elaborada por Tricoli e Lipp (2006), é composta por 44 itens e destinada a adolescentes na faixa etária de 14 a 18 anos. Os itens avaliam reações psicológicas, cognitivas, fisiológicas e interpessoais do estresse, para verificar a existência ou não de sintomas de estresse e a fase em que se encontram adolescentes de ambos os sexos. A resposta ao item é realizada por meio de escalas do tipo *Likert* de cinco pontos que avaliam a frequência (existência dos sintomas) e a intensidade (em que fase se encontra) com que os adolescentes vivenciam as reações descritas nos itens. A análise de precisão foi feita pelo método de consistência interna, obtendo-se coeficiente Alpha de Cronbach padronizado de 0,9394 para a frequência (sintomas) e de 0,9398 para intensidade (fases) da escala geral.

Essa escala avalia se adolescentes apresentam algum sintoma de estresse significativo. Após calcular o escore geral do instrumento, em relação a sintomas e a fases do estresse, compara-se com o valor obtido com o escore total de ponto de corte para o sexo feminino, que é de  $>3,11$  para sintomas e  $> 2,64$  para fases. Caso nessa primeira análise a adolescente demonstre algum sinal de estresse, calcula-se os escores detalhados nos quatro domínios dos sintomas (psicológico, cognitivo, fisiológico e interpessoal) em relação aos pontos de corte de cada um, com classificação final do tipo de sintoma mais prevalente. Assim também se calcula o escore das quatro fases (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) com base nos pontos de corte de cada um, determinando como a fase em que a participante se encontra aquela com maior escore. (TRICOLI; LIPP, 2015).

#### **4.4 Local**

A aplicação dos instrumentos ocorreu na Sala de Psicologia do Setor de Ambulatório Especializado em Atendimento a Vítimas de Violência Sexual da Unidade Materno Infantil do Hospital Universitário de São Luís – MA, que é referência na cidade no atendimento a vítimas de violência sexual.

#### **4.5 Procedimentos de coleta de dados**

Em um primeiro momento, foi realizado o levantamento das participantes que buscaram a instituição para atendimento multiprofissional especializado a vítimas de violência sexual, por meio dos documentos de registro disponibilizados pelo Hospital e verificando-se os critérios de inclusão e exclusão. A pesquisadora entrou em contato com as possíveis participantes para convidá-las a fazer parte do estudo, assim como seus responsáveis legais, momento em que foi explicado o objetivo do estudo e como se daria a sua participação. Esse contato inicial foi feito por telefone, na maioria dos casos, mas também pessoalmente, nas situações em que a participante estava presente no hospital.

Para as que aceitaram participar, foi garantido o anonimato, confidencialidade e que a sua participação ou não no estudo não afetaria, de nenhuma forma, o seguimento do seu atendimento na Instituição. Foi agendado um encontro presencial, individual, com dia e horário marcados para aplicação dos instrumentos, em um ambiente climatizado, nas dependências do ambulatório do hospital, com iluminação artificial e natural, relativo isolamento acústico, com as portas, mesas, cadeiras e materiais todos higienizados com álcool a 70% com vistas a prevenção da COVID-19. Seguindo todas as orientações sanitárias, também foi disponibilizado álcool em gel para higienização das mãos das participantes e de seus responsáveis, para diminuição de riscos. Apesar de ter sido prevista a aplicação em grupo, esta não foi realizada por medidas sanitárias vigentes.

O responsável legal foi convidado a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a adolescente foi convidada a ler e assinar o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), sendo disponibilizado espaço para sanar quaisquer dúvidas a respeito da pesquisa, e sendo realizados os esclarecimentos cabíveis. Em seguida, foram aplicados os instrumentos na seguinte ordem: PCP, IHSA, EBADEP-IJ e ESA. Não houve tempo estabelecido para a aplicação e resposta, mas foram registrados o tempo de início e de

término da aplicação dos instrumentos e contabilizada uma média de tempo de respostas das participantes, que foi de 1 hora e 07 minutos, sendo o maior tempo de 1 hora e 32 minutos e o menor de 41 minutos. Finalizada esta etapa, a pesquisadora agradeceu a participação da adolescente e de seu responsável, entregando cópia assinada dos termos para eles. A pesquisadora disponibilizou espaço para escuta e acolhimento após a coleta, nos casos em que a participante e/ou seus familiares desejassem.

#### **4.6 Análise de dados**

Inicialmente, foram realizadas análises descritivas, estimando frequência, média e desvio padrão, quando aplicáveis, dos dados sociodemográficos levantados pela Ficha SINAN e pelo PCP. Em seguida, foram aferidos os escores, total e por fator, de cada instrumento de acordo com os seus parâmetros de correção, que passam a ser descritos a seguir.

1. Para a avaliação do repertório de habilidades sociais, foi realizado o somatório da pontuação total de frequência e dificuldade de emissão dos comportamentos avaliados pelo IHSA-Del-Prette; identificada a posição percentil dentro da tabela disponibilizada no manual do instrumento, bem como a interpretação da pontuação obtida pela participante, que indica a existência de déficits ou recursos em habilidades sociais e a dificuldade na emissão desses comportamentos; e procedeu-se da mesma forma com os escores de cada fator, a saber, empatia, autocontrole, civilidade, assertividade, abordagem afetiva, desenvoltura social.
2. Para a avaliação dos sintomas depressivos, foram somadas as pontuações de cada item da EBADEP-IJ, identificado o posicionamento na tabela disponibilizada no manual e verificado se a participante apresentava mais comportamentos positivos ou sintomatologia depressiva e se esta era leve, moderada ou grave.
3. Para a avaliação do quadro de estresse, foi realizada a contagem de pontos atribuídos a cada item da ESA-Tricoli para cálculo do escore total e escores fatoriais, realizada a classificação e identificação de domínios do estresse: psicológico, cognitivo, fisiológico e interpessoal, assim como a fase em que a participante se encontrava: alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão.

Por último, passou-se à realização de análise de correlação de postos de *Spearman*, utilizando-se como variáveis: o escore total e de cada fator de HS, considerando frequência e

dificuldade, escore total e de cada domínio de estresse e escore total de depressão. Considerou-se correlação fraca quando  $\rho < 0,4$ , moderada quando  $0,41 < \rho < 0,7$  e alta quando  $\rho > 0,71$ . As análises foram realizadas no programa IBM SPSS versão 27.

#### **4.7 Aspectos éticos**

Conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), sendo aprovado conforme Parecer nº 5.188.603 de 28/12/2021. As participantes foram informadas sobre os objetivos e procedimentos metodológicos da pesquisa e, após sua aceitação, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, redigido de acordo com as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, em cumprimento da resolução supracitada.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Esta seção do estudo destina-se à apresentação e discussão dos dados coletados junto às participantes, conforme o método explicitado. Considerando que um dos objetivos iniciais foi caracterizar a amostra de adolescentes vítimas de abuso sexual, a Tabela 1 apresenta variáveis relevantes para uma discussão acerca das características sociodemográficas das participantes e a Tabela 2 apresenta uma caracterização do fenômeno do abuso sexual.



**Tabela 2** – Caracterização do abuso sexual.

<b>P</b> <b>a</b> <b>r</b> <b>t</b> <b>i</b> <b>c</b> <b>i</b> <b>p</b> <b>a</b> <b>n</b> <b>t</b> <b>e</b>	<b>Violên</b> <b>cia em</b> <b>ambie</b> <b>nte</b> <b>familia</b> <b>r</b>	<b>Tipo</b> <b>de</b> <b>Abuso</b>	<b>Outra</b> <b>violência</b>	<b>G</b> <b>r</b> <b>a</b> <b>v</b> <b>i</b> <b>d</b> <b>e</b> <b>z</b>	<b>Ab</b> <b>ort</b> <b>o</b>	<b>Acusado</b>	<b>Idade</b> <b>aprox.</b> <b>do</b> <b>Acusado</b>	<b>Frequênci</b> <b>a</b>	<b>Data do</b> <b>abuso</b>	<b>Data da</b> <b>coleta</b> <b>de</b> <b>dados</b>	<b>Faz/Fez</b> <b>acompanha</b> <b>mento</b> <b>psicológico</b>	<b>Observação</b>
<b>P1</b>	S	Estupro	Psicológica; Moral	N	NA	Padrasto	39	1	Jun/21	07/01/2022	S (< 1 mês)	
<b>P2</b>	N	Estupro	N	N	NA	Conhecido	19	1	Dez/21	07/01/2022	N	Vítima estava sob efeito de álcool e drogas
<b>P3</b>	S	Estupro	Psicológica; Moral	N	NA	Padrasto	33	Várias (desde 12 anos)	Dos 12 aos 14 anos	10/01/2022	S (4 meses)	
<b>P4</b>	N	Estupro	N	N	NA	Conhecidos (Vizinho e Amigo da família)	20 (vizinho) e 53 (amigo)	Várias (desde 11 anos)	Dos 11 aos 14 anos	11/01/2022	S (3 meses)	Não entende a ocorrência como abuso

<b>P5</b>	S	Estupro	N	N	NA	Primo	21	1	Nov/21	13/01/2022	S (2 meses)	Não entende a ocorrência como abuso (história familiar)
<b>P6</b>	N	Estupro	N	N	NA	Desconhecido	30	1	Jul/21	14/01/2022	S (1 mês)	
<b>P7</b>	N	Estupro	Psicológica; Moral	S	N	Desconhecido	Não Sabe	2	Set/21	14/01/2022	N	
<b>P8</b>	N	Assédio: toques	N	N	NA	Professor de Academia	40	1	Abr/21	18/01/2022	S (7 meses)	
<b>P9</b>	N	Estupro	Psicológica; Moral	S	S	Desconhecidos	Não Sabe	1	Jan/21	19/01/2022	S (4 meses)	
<b>P10</b>	S	Estupro	Psicológica; Moral	N	NA	Padrasto	45	Várias (desde os 6 anos)	Desde os 6 anos	24/01/2022	N	

*Nota:* S = Sim; N = Não; NA = Não se aplica

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Metade das participantes (cinco) estavam com 17 anos e 30% com 14 anos; nove se autodeclararam pardas e uma branca; seis residem na capital e quatro no interior do estado do Maranhão. Apresentaram renda familiar média de R\$ 1.780,00 (DP = 1.596,38), sendo duas beneficiárias do programa estatal Bolsa Família; quatro se declararam evangélicas, quatro sem religião, uma católica e uma umbandista; oito continuam estudando, sendo duas no 9º ano do Ensino fundamental, uma no 1º, duas no 2º e três no 3º ano do Ensino Médio; uma abandonou os estudos no 8º ano fundamental e uma concluiu o Ensino Médio, todas foram/são estudantes de escolas públicas (Tabela 01).

Embora tenha havido um recorte em relação à idade das adolescentes devido aos critérios de inclusão do estudo, delimitando a amostra entre as idades de 14 a 17 anos, pode-se perceber que 30% da amostra pesquisada corresponde à faixa etária em que a violência sexual é mais prevalente (entre 10 e 14 anos) de acordo com os dados apresentados pelo Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018).

O estudo traz dados que estão em consonância com este Boletim de dados nacionais também em relação à raça/cor das participantes, em que é constatada a prevalência da raça negra/cor parda como a população mais atingida por esse tipo de violência (BRASIL, 2018).

Em relação à prevalência de meninas residentes na capital, São Luís, tem-se a hipótese de que a proximidade geográfica e a organização de territorialização do SUS, acaba facilitando o acesso às vítimas residentes na capital, embora o HU seja uma referência estadual para o atendimento a vítimas de violência sexual. Também pode-se pensar que a distância geográfica e entraves comuns de acessibilidade ao sistema de saúde em outras cidades, além das condições socioeconômicas, de acesso à informação da maioria das vítimas e tabus sociais também possam dificultar o acesso à assistência à saúde nesses casos. Tal dado, permite inferir um número ainda maior de meninas vítimas de abuso e que acabam não entrando no sistema de notificação em função da falta de assistência nos municípios do estado do Maranhão.

Sabe-se que o abuso sexual é um problema que não faz diferença entre raça/cor, credo, nível educacional ou socioeconômico, mas que pode sim atingir diferentemente esses grupos e classes sociais. Santos *et al* (2018) e MPDFT (2015) quando afirmam que o abuso sexual ocorre em relações assimétricas de poder, existindo uma situação de vulnerabilidade da vítima, nos faz refletir que a questão socioeconômica é um importante fator a ser avaliado. Na amostra percebe-se que a média da renda familiar mensal das participantes é de um pouco mais de um salário mínimo atual (jan/2022), que é de R\$ 1.212,00 (BRASIL, 2022), com destaque para duas participantes em que as famílias sobrevivem com Bolsa Família entre R\$ 200,00 e R\$ 300,00,

valores esses bem abaixo do valor da cesta básica para uma família de quatro membros, com adultos e crianças, calculadas pelo DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos). Segundo este órgão, o valor da cesta básica estaria em torno de R\$ 500 reais, ou seja, quase a metade do salário mínimo atual (COUTINHO, 2022). Isto, certamente, reforça mais uma situação de vulnerabilidade dessas participantes. Chama a atenção a única situação em que não aconteceu o estupro ter sido da única participante que se identificou como branca e que declarou a segunda maior renda familiar mensal (P8).

Ainda sobre avaliação de características socioeconômicas e vulnerabilidade, uma outra variável que é vista como importante é a escolaridade. Cartilha do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT, 2015) explica que no abuso sexual a criança ou adolescente estaria vivenciando uma experiência sexualizada que estaria além de sua capacidade de consentir ou entender. Nesse aspecto, entende-se que essa limitação passa por uma questão de imaturidade neurobiológica, da etapa do desenvolvimento humano vivenciada, assim como pelo desenvolvimento intelectual, que é auxiliado pela educação formal. Dessa forma, poder-se-ia pensar que crianças e adolescentes com acesso à educação, especialmente uma educação sexual dentro das escolas, poderiam estar menos vulneráveis a situações de abuso sexual, sendo este um possível fator de proteção. Fazendo, no entanto, a necessária ressalva de que as vítimas de abuso sexual não têm responsabilidade sobre a violência sofrida, não tem controle sobre o comportamento do agressor, mas investimentos em educação poderia auxiliar no enfrentamento. Percebe-se que a grande maioria das participantes são estudantes, exceto por uma que terminou os estudos e outra que abandonou no ensino fundamental; estão, na maioria, no Ensino médio e com idade compatível para as séries cursadas. Assim, nesta amostra, a escolaridade por si só não se mostrou um fator protetivo, o que nos leva a pensar que: a educação formal nas escolas pode não estar contemplando uma educação sexual de forma efetiva, ou que, mesmo com algum entendimento dado pela educação, a realidade brasileira aponta que mulheres e meninas estão mais vulneráveis a esse tipo de violência.

Destaque para a totalidade da amostra estudar em escola pública, o que pode denotar uma vulnerabilidade social e econômica desse grupo. Ou ainda, pode-se pensar também, que o grupo social que frequenta escolas particulares, normalmente parte de famílias com maior poder aquisitivo, estão de alguma forma menos vulneráveis a ocorrência do abuso sexual ou estão praticando o silêncio, não denunciando este tipo de crime, privando as vítimas de assistência integral a sua saúde física e mental, possivelmente agindo sob controle de regras sociais, uma vez que estudos afirmam que a prevalência dos abusos ocorrem em ambiente intrafamiliar

(quando há algum laço de parentesco ou proximidade com a vítima), sendo os acusados na sua maioria próximos às vítimas (BRASIL,2018; MPDFT, 2015; HABIGZANG *et al*, 2005; TEIXEIRA-FILHO *et al*, 2013; NEVES *et al.*, 2010).

Consoante já explicava Skinner (2007) e Tourinho (2011), o organismo sofre alterações em seu ambiente interno e externo e pode alterar seu ambiente. A adolescência é uma fase de diversas modificações que requerem adaptação, e isso vulnerabiliza a adolescente em vários aspectos (FORMIGLI; COSTA; PORTO, 2000; SANTOS, 2005; OZELLA, 2002; JUST; ENUMO, 2015; MACEDO; PETERSEN; KOLLER, 2017). Todos esses resultados confirmam a condição de vulnerabilidade social, econômica, étnica, de desenvolvimento, de gênero em que meninas adolescentes vítimas de abuso sexual se encontram. Pedersen e Grossi (2011) tratam o abuso sexual intrafamiliar como resultado de uma violência estrutural que existe há muito tempo nas sociedades, sendo uma construção histórica que vem de relações de poder, gênero, etnia e classe social. Confirmando esse cenário, Childhood (2019) demonstra que crianças e adolescentes do sexo feminino é o grupo mais vulnerável ao abuso sexual.

Em relação a caracterização da violência sexual sofrida, seis meninas indicam que a violência ocorreu no âmbito doméstico; nove foram vítimas de estupro (conjunção carnal) e uma foi vítima de assédio (toques e carícias íntimas), com frequência relatada de um episódio (seis adolescentes), dois episódios (uma adolescente) ou vários episódios (três adolescentes). Sete adolescentes relatam que o episódio ocorreu no ano de 2021, uma que sofreu violência dos 12 aos 14 anos, uma dos 11 aos 14 anos e uma desde os 6 anos até os 15 anos.

Além da violência física, cinco adolescentes relatam haver sofrido violência psicológica ou moral; duas engravidaram fruto do episódio violento e uma delas optou pelo abortamento. Seis acusados pertenciam ao âmbito familiar da adolescente, sendo padrasto (n=3 casos), primo, amigo/vizinho ou professor (n=1 cada); e desconhecidos (n=3). Uma adolescente não quis identificar o acusado. Em dois casos, houve mais de um abusador. A média de idade do acusado é de 32,4 anos (DP = 9,8). Acerca do suporte psicológico, sete adolescentes afirmam ter passado por processo psicoterápico, com duração média de (M = 3,1 meses, DP = 2,1). Os resultados coletados neste estudo vão na mesma direção do que alguns autores trazem em relação a prevalência do tipo de abuso sexual, âmbito de ocorrência, abusador e relação com a vítima (BRASIL,2018; MPDFT, 2015; HABIGZANG *et al*, 2005; TEIXEIRA-FILHO *et al.*, 2013; NEVES *et al*, 2010).

Os resultados encontrados (Tabela 2) confirmam os dados e definições trazidos em pesquisas como Brasil (2018), MPDFT (2015), Habigzang *et al.* (2005), Teixeira-Filho *et al*

(2013) e Neves *et al* (2010), que mostram a prevalência do abuso sexual no âmbito familiar, sendo que 60% da amostra deste estudo sofreu violência no ambiente em que deveriam estar sendo protegidas, 90% sofreram estupro, o que supera o dado nacional de 70,9% trazido pelo Boletim epidemiológico nacional (BRASIL, 2018). A maioria dos casos (60%) foi ato único, e em sete situações a adolescente chegou para atendimento na instituição de saúde com no máximo 7 meses após a violência, o que sugere que as vítimas podem estar conseguindo quebrar o silêncio e pedir ajuda mais cedo, antes que o abuso volte a ocorrer. No entanto, as três participantes (30%) que sofreram vários episódios de violência sexual, passaram, no mínimo, mais de 2 anos sofrendo abusos frequentes, que se iniciaram na infância, até conseguirem revelar/denunciar já na adolescência. Dado que se alinha aos achados de Habigzang, Ramos e Koller (2011) em que 37,5% das situações avaliadas duraram mais de um ano. Também confirmam os dados de que muitas só conseguiram revelar a violência na adolescência.

Não é incomum ocorrer outros tipos de violência em situações de violência sexual, especialmente a violência psicológica ou a moral. Schaeffer, Rossetto e Kristensen (2012), Kellog e Menard (2003) e WHO (2006) afirmam que é comum dentro das famílias abusadoras a coexistência dos diferentes tipos de violência. Na própria definição de violência sexual trazida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), pode-se depreender a existência de uma violência psicológica, quando explicita a possibilidade de uso de “coerção, intimidação ou influência psicológica” na ocorrência da violência sexual. Resgatando a análise conceitual, violência psicológica é toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa que a sofre (BRASIL, 2002) e violência moral qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006). Neste estudo, avalia-se que aparece a violência moral, pois esta está atrelada à psicológica no instrumento utilizado para coletar esta informação. Não raro, nas relações de abuso sexual, o abusador se utiliza de chantagens emocionais, barganhas, apelando para os laços afetivos, outras vezes se utiliza de ameaças à criança/adolescente ou mesmo a algum familiar destas, com objetivo de manter a violência em segredo, manter o acesso à adolescente ou evitar punição (MOURA; GALLO; LIMA, 2019; MORALES; SCHRAMM, 2002; FALEIROS, 2003; NARVAZ; KOLLER, 2004; SANTOS, DELL’AGLIO, 2010). Portanto, pode-se afirmar que nesta pesquisa, constatou-se que metade das adolescentes também sofreram violência psicológica/moral, além da sexual.

Como já demonstrado por Arantes (2006), Borges e Dell’aglio (2008), Ferreira e Vilalva (2019), Gava, Silva e Dell’aglio (2013), Habigzang, Cunha e Koller (2010) quando tratam das diversas e possíveis consequências do abuso sexual, é a possibilidade de uma gravidez

indesejada, que em adolescentes é considerada de alto risco, e pode trazer sérios prejuízos físicos e emocionais. Como visto, duas adolescentes engravidaram em decorrência das violências sofridas, sendo que uma delas optou pela interrupção legal (aborto previsto em lei) e a outra desistiu da interrupção por questões de valores pessoais e crenças religiosas.

Os resultados obtidos sobre a relação de proximidade do abusador com a vítima, apoiam os dados trazidos pela literatura de que são familiares, amigos, parentes ou figuras que possuem relação de afeto com a vítima que são os principais agressores. No presente estudo, 60% das adolescentes foram violentadas por homens que tinham algum laço afetivo ou social com elas. A diferença de idade entre as vítimas e agressores, foi em média de mais de 15 anos, sendo que em um dos casos essa diferença chegou a 39 anos, o que configura a diferença entre os estágios de desenvolvimento entre vítima e abusador.

Conforme identificado, a maioria (70%) das adolescentes passaram por atendimento psicológico, com média de um pouco mais que três meses de acompanhamento, o que, a priori, pode ser indicativo de recurso positivo de enfrentamento à situação do abuso, assim como a utilização do recurso religioso e atividades de lazer, referidos pelas participantes. No entanto, percebe-se números importantes de que três não tiveram nenhum acompanhamento psicológico e outras três tiveram por até 2 meses, o que na realidade do hospital, com grande demanda por acompanhamento psicológico na saúde, pode corresponder a poucas sessões de psicoterapia. Os recursos apresentados, assim como o tipo de rede de apoio são elementos importantes de serem analisados, abrindo a possibilidade de estudos acerca dos impactos destas intervenções nas vítimas de abuso sexual, considerando a história de vida e social de cada uma destas adolescentes.

Seguindo a proposta de discussão dos objetivos da presente investigação, a partir deste momento do texto serão apresentados os dados acerca de cada construto estudado. Assim como, o debate acerca de como o repertório de habilidades sociais pode ter impacto na apresentação de quadros depressivos e de estresses em vítimas de abuso sexual.

Achados da literatura apontam que adolescentes vítimas de abuso sexual estão mais vulneráveis a apresentar prejuízos psicológicos e emocionais, e propensos a sofrer algum tipo de transtorno psiquiátrico. Dentre esses problemas destaca-se a incidência de depressão e de estresse (ARANTES, 2006; BORGES; DELL'AGLIO, 2008; FERREIRA; VILALVA, 2010; GAVA; SILVA; DELL'AGLIO, 2013; HABIGZANG; CUNHA; KOLLER, 2010; WILLIAMS, 2002; HOHENDORFF; KOLLER; HABIGZANG, 2015). Nesse sentido, os dados que serão apresentados a seguir mostram os índices relacionados às variáveis de

Habilidades Sociais, Depressão e Estresse. Neste sentido, a Tabela 3 apresenta os dados descritivos do repertório de habilidades sociais de cada participante.



**Tabela 3** – Classificação geral e por fator, do repertório de habilidades sociais, de cada participante do estudo.

<b>Participante</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escore Total</b>	<b>F1 Empatia</b>	<b>F2 Autocontrole</b>	<b>F3 Civilidade</b>	<b>F4 Assertividade</b>	<b>F5 Abordagem afetiva</b>	<b>F6 Desenvolvemento Social</b>
<b>P1</b>	Frequência	Repertório altamente elaborado de HS	Bom repertório de HS	Repertório altamente elaborado de HS	Repertório altamente elaborado de HS	Repertório elaborado de HS	Repertório médio inferior de HS	Repertório altamente elaborado de HS
	Dificuldade	Baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades
<b>P2</b>	Frequência	Bom repertório de HS	Repertório altamente elaborado de HS	Repertório abaixo da média inferior de HS	Bom repertório de HS	Repertório altamente elaborado de HS	Bom repertório de HS	Repertório altamente elaborado de HS

	Dificuldade	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Médio custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Médio custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades
	Frequência	Bom repertório de HS	Bom repertório de HS	Repertório altamente elaborado de HS	Repertório médio inferior de HS	Repertório abaixo da média inferior de HS	Repertório abaixo da média inferior de HS	Repertório abaixo da média inferior de HS
<b>P3</b>	Dificuldade	Baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Médio custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades
<b>P4</b>	Frequência	Repertório médio inferior de HS	Repertório médio inferior de HS	Repertório médio inferior de HS	Repertório elaborado de HS	Bom repertório de HS	Repertório abaixo da média inferior de HS	Bom repertório de HS



	Dificuldade	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Médio custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades
	Frequência	Repertório elaborado de HS	Bom repertório de HS	Repertório altamente elaborado de HS	Repertório altamente elaborado de HS	Bom repertório de HS	Bom repertório de HS	Bom repertório de HS
<b>P7</b>	Dificuldade	Baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Médio custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades
<b>P8</b>	Frequência	Repertório altamente elaborado de HS	Repertório elaborado de HS	Repertório elaborado de HS	Bom repertório de HS	Repertório elaborado de HS	Repertório altamente elaborado de HS	Repertório altamente elaborado de HS

	Dificuldade	Médio custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Médio custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Médio custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades
	Frequência	Repertório abaixo da média inferior de HS	Repertório abaixo da média inferior de HS	Bom repertório de HS	Repertório abaixo da média inferior de HS	Bom repertório de HS	Bom repertório de HS	Repertório abaixo da média inferior de HS
<b>P9</b>	Dificuldade	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Médio custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Médio custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades
<b>P10</b>	Frequência	Repertório abaixo da média inferior de HS	Repertório abaixo da média inferior de HS	Repertório elaborado de HS	Bom repertório de HS	Repertório abaixo da média inferior de HS	Repertório abaixo da média inferior de HS	Repertório médio inferior de HS

Dificuldade	Baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Médio custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades	Médio custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades
-------------	---	--	---	---	--	--	---

---

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Conforme se vê na tabela, resultados apontam a frequência e dificuldade na emissão de **comportamentos habilidosos socialmente**, avaliando os escores gerais de cada participantes, assim como os escores por fatores (seis fatores), percebe-se que de uma maneira geral (escore geral) duas participantes (P1 e P8) destacam-se positivamente, mostrando resultados de repertório altamente elaborados de HS, com resultados acima da média para praticamente todos os itens e subescalas em que aparecem, o que indica recursos interpessoais altamente satisfatórios nesses itens. Uma delas (P1) demonstra baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão desses comportamentos, ou seja, não tem dificuldades em comportar-se habilidosamente. A outra (P8) mostra um médio custo de resposta ou ansiedade, o que significa que embora consiga apresentar um excelente desempenho social, ela apresenta algum desconforto ou ansiedade na emissão de respostas. A participante P7 mostrou um repertório elaborado de HS, com resultados acima da média para a maior parte dos itens ou subescalas, o que indica recursos interpessoais bastante satisfatórios, com baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão desses comportamentos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009b).

Os dados apontados acima vão ao encontro dos apresentados por Morais (2019) em que se identificou que um repertório elaborado ou bom de habilidades sociais mantém uma correlação negativa com respostas de ansiedade, ou seja, índices altos de autorrelatos de bons repertórios de habilidades sociais estão relacionados com baixos índices de ansiedade, neste caso identificado por meio do nível de dificuldade descrito pelas participantes.

Duas participantes (P2 e P3) mostraram um bom repertório de HS, com resultados dentro da média para a maior parte dos itens, ou mostraram um equilíbrio entre recursos e déficits nos itens e subescalas. Embora uma delas apresentasse um alto custo de resposta para conseguir esse desempenho (P2) e a outra baixo custo ou ansiedade (P3). Esse nível de desempenho é visto como satisfatório, não necessitando de THS, mas avalia-se que essas pessoas se beneficiariam com um investimento em THS, pois há margem para um melhor desempenho com menos desconforto (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009b).

Destaca-se o desempenho de três participantes (P6, P9 e P10), que apresentaram repertório abaixo da média inferior de HS, o que é indicativo de necessidade de THS, especialmente nos fatores e itens mais críticos, para que haja um melhor ajustamento pessoal e profissional. Além disso, duas dessas adolescentes (P6 e P9) mostraram um alto custo de resposta e ansiedade na emissão desses comportamentos. Ou seja, elas estão se esforçando para emitir alguns comportamentos socialmente habilidosos nas suas interações sociais, o que está lhes causando um alto nível de desconforto ou ansiedade, mesmo assim, não conseguem ter um

repertório minimamente adequado nas suas relações interpessoais. A participante 10, embora apresente repertório abaixo da média inferior, mostra baixo custo de resposta na emissão desses comportamentos, o que pode significar que esse déficit não está lhe causando sofrimento no momento, ou até mesmo que ela já esteja pouco sensível ao desconforto causado por esses déficits. Mas também pode significar possibilidades de melhorias com THS. Duas participantes (P4 e P5) mostraram repertório médio inferior de HS, com resultados abaixo da média em grande parte dos itens, o que também indica necessidade de THS, mesmo que uma delas (P5) tenha mostrado baixo custo de resposta ou ansiedade. P4 demonstrou alguma ansiedade na emissão desse conjunto de comportamentos deficitários, mostrando médio custo de respostas, para esta pode-se pensar que mesmo se esforçando socialmente ainda não consegue manter boas interações sociais. (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009b).

Dessa forma, avalia-se que na análise do escore geral, houve um equilíbrio na distribuição das adolescentes no que se refere a frequência no repertório de HS, sendo que metade das adolescentes (cinco) apresentou resultados favoráveis, com repertórios altamente elaborados (duas), elaborado (uma) ou bom repertório (duas) de HS, sem necessidade de indicação de THS, apresentando baixo custo de resposta. Embora duas delas apresentassem alguma ansiedade na emissão desses comportamentos (médio e alto). A outra metade (cinco) das participantes, no entanto, mostraram repertório médio inferior (duas) ou abaixo da média inferior de HS (três - o mais prevalente), o que é indicativo de treinamento de Habilidades Sociais. E embora duas destas tenham demonstrado baixo custo de resposta (P5 e P10), o que pode significar boas chances de melhoria e ampliação do repertório de HS, as outras três mostraram ainda médio (uma) ou alto (duas) custo de resposta ou ansiedade na emissão desse repertório, o que pode indicar prejuízo nas relações e consequente sofrimento em diversas áreas da vida.

Em uma análise dos fatores ou subescalas, que avaliam os itens relativos a empatia (F1), autocontrole (F2), civilidade (F3), assertividade (F4), abordagem afetiva (F5) e desenvoltura social (F6), observa-se que as subescalas em que as adolescentes mais pontuaram com repertório “**Altamente elaborado de HS**” foram as de *Autocontrole* (F2) e de *Desenvoltura social* (F6), com três ocorrências cada. As HS de autocontrole dizem respeito a habilidades de reagir com calma a situações aversivas no geral, como as que geram frustração, desconforto, raiva, humilhação, reconhecer e nomear as próprias emoções e dos outros, expressar emoções positivas e negativas etc. (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009b). Importa que não seja confundida com passividade. As de *Desenvoltura Social* tem a ver com as habilidades



necessárias em situações de exposição social e conversação, pedir informações, conversar com pessoas de autoridade, apresentar trabalhos etc. (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009b).

Quando analisada a frequência de **“Repertório elaborado de HS”**, as habilidades de *Autocontrole* e de *Assertividade* aparecem com duas ocorrências, cada. A subescala de *Assertividade* refere-se à capacidade de lidar com demandas interpessoais que requeiram a afirmação de direitos e auto estima, com potencial risco de desagradar o interlocutor e receber resposta indesejável. Diz respeito a habilidades de recusar pedidos abusivos ou não, resistir à pressão de grupos, demonstrar desagrado, encerrar conversas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009b). Em relação a frequência de **“Bom repertório de HS”**, as subescalas de *Empatia*, *Civilidade* e *Abordagem afetiva* aparecem em quatro situações, cada. *Empatia* engloba habilidades de identificar sentimentos e problemas de outras pessoas, conseguindo expressar compreensão e apoio, assim como desculpar-se, negociar soluções em situações conflituosas, preocupar-se com o bem estar do outro. *Civilidade* são as habilidades de boa convivência social, como cumprimentar, despedir-se, elogiar, agradecer elogios e favores etc.

A abordagem afetiva diz respeito às habilidades de estabelecer contato, iniciar conversas para relações de amizade ou intimidade sexual, expressão de satisfação ou insatisfação a diferentes formas de carinhos. (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009b). Levanta-se duas hipóteses para o desenvolvimento da habilidade de empatia: Na primeira, esse repertório poderia já fazer parte da história de vida do indivíduo, seja ontogenética, seja cultural (SKINNER, 2007). Na segunda, a hipótese de que as adolescentes podem ter desenvolvido um pouco mais a habilidade empática após o abuso, considerando que a exposição ao abuso pode ter funcionado como uma experiência para comportamentos de se colocar no lugar do outro.

A frequência de **“Repertório médio inferior de HS”** mostrou uma distribuição quase homogênea entre os fatores, com um número baixo de ocorrências, praticamente um para cada subescala, exceto na de assertividade em que não houve ocorrência. A frequência de **“Repertório Abaixo da média inferior”** destacou-se nas subescalas de *Assertividade* e *Abordagem Afetiva*, denotando que as maiores dificuldades apresentadas pela amostra de adolescentes foram nessas áreas.

Esse resultado pode indicar que, na hipótese de que essas adolescentes já tivessem um repertório deficitário em assertividade antes do abuso, este pode ter funcionado como fator de risco para a manutenção do abuso, pode ter contribuído para uma demora no pedido de ajuda ou revelação. Considerando que uma adolescente tenha dificuldade de expressar sentimentos negativos, desagrado, de afirmar direitos, esse repertório inassertivo pode reforçar os

comportamentos abusivos do agressor, especialmente em situação de abuso intrafamiliar, pois é comum os abusos se iniciarem de forma sutil, onde o agressor pode se utilizar de sedução, barganha, e outros meios mais sutis até perpetração da violência em si. E quando acontece o abuso, o agressor ainda pode se valer de ameaças para manter o silêncio da vítima (SANTOS; DELL'AGLIO, 2010). Ou, na hipótese de que o repertório assertivo tenha diminuído após o abuso, cogita-se que as vítimas tenham aprendido que mesmo se posicionando, expressando discordância, enfrentando com o risco de reação indesejável do outro, elas não têm sua voz ouvida ou seus direitos respeitados, então aprendem que não adianta se engajar em comportamentos assertivos, podendo trazer mais prejuízos ainda.

Sobre Abordagem Afetiva, destaca-se a proximidade de alguns comportamentos desta classe com a de assertividade, como por exemplo, “expressar satisfação ou insatisfação a diferentes formas de carinho”. É possível também que essas adolescentes tenham baixos índices em abordagem afetiva, pois podem ter pareado os estímulos entre comportamentos de aproximação para estabelecer contato, para iniciar relações de amizade ou intimidade sexual com os comportamentos abusivos. Não raro o abusador camufla o abuso sexual como se fosse uma expressão de afeto pela vítima, inclusive muitas adolescentes, também pela imaturidade própria da fase, não entendem a situação como abusiva inicialmente, por confundir a abordagem sexual abusiva com uma abordagem afetiva. Dessa forma, depois de passar pela experiência do abuso sexual, essas adolescentes podem apresentar dificuldade em se engajar em relações que necessitem de abordagem afetiva, podendo apresentar medo de abordar para relações de amizade, por exemplo, e esse comportamento ser confundido como estímulo discriminativo para comportamentos abusivos.

Ao se fazer a análise por cada subescala para identificar a frequência de repertório prevalente, tem-se que em relação a **Empatia**, a maioria das participantes (quatro) foram avaliadas como tendo um *bom repertório de HS*. Em relação ao **Autocontrole**, três foram avaliadas como tendo um *repertório altamente elaborado de HS* e outras três como *abaixo da média inferior*. Na subescala **Civilidade**, um *bom repertório de HS* foi o prevalente (quatro), na de **Assertividade**, o *repertório abaixo da média inferior* (quatro) destacou-se. No fator de **Abordagem Afetiva** as participantes avaliaram-se tanto como tendo *bom repertório de HS* (quatro) quanto tendo um *repertório abaixo da média inferior de HS* (quatro). Na **Desenvoltura Social** houve um equilíbrio entre os resultados de *repertório altamente elaborado*, *bom repertório* e *repertório abaixo da média inferior* (três participantes cada). Com base nessa análise, pode-se afirmar que as subescalas de Autocontrole, Assertividade e Abordagem Afetiva

merecem prioridade em um possível Treino de Habilidades Sociais, pois mostram os resultados mais baixos.

Achados da literatura alertam para a relação entre déficit de habilidades sociais e prejuízos para o indivíduo em diversas esferas (PADILHA, 2007; MAIA; BORTOLINI, 2012; TERROSO *et al*, 2016; CARDOSO; COELHO; MARTINS, 2017; WAGNER; OLIVEIRA, 2007). Alguns autores afirmam que déficits no repertório de habilidades sociais podem estar relacionados a dificuldades de relacionamento, dificuldade de enfrentamento de situações problemáticas, e também relacionados a transtornos psiquiátricos, ansiedade, depressão, uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (DEL PRETTE *et al.*, 2004; PINHO; OLIVA, 2007; FELICISSIMO *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2018). Dessa forma, constatado o repertório deficitário, especialmente nos fatores citados anteriormente na amostra estudada, é indicada uma intervenção que desenvolva as habilidades sociais dessa população como forma de diminuir os riscos a que estão expostas.

Como já vem sendo explicitado neste trabalho, adolescentes, especialmente vítimas de abuso sexual estão mais suscetíveis a apresentar problemas emocionais, prejuízos cognitivos, transtornos psicológicos etc. (BORGES; DELL'AGLIO, 2008; FERREIRA; VILALVA, 2019; GAVA; SILVA; DELL'AGLIO, 2013; HABIGZANG, CUNHA; KOLLER, 2010; HOHENDORFF, KOLLER, HABIGZANG, 2015; WILLIAMS, 2002). E como um dos objetivos deste trabalho foi investigar a existência e nível de sintomas de depressão e de estresse nessa população, traz-se aqui os resultados obtidos por meio dos instrumentos utilizados (EBADEP-IJ e ESA), conforme pode-se visualizar na tabela 4.

**Tabela 4** – Escores obtidos no EBADEP-IJ e ESA com suas interpretações.

<b>Participante</b>	<b>Escore Bruto/ Percentil</b>	<b>Interpretação</b>	<b>Escore Bruto Sintomas/ Ponto de corte</b>	<b>Escore Bruto Fase/Ponto de Corte</b>	<b>Interpretação</b>
<b>P1</b>	13/7	Sem sintomas	2.00/3.11	2.00/3.36	Sem estresse
<b>P2</b>	36/84	Sintomatologia Moderada	3.11/3.11	2.40/3.36	Sem estresse
<b>P3</b>	3/6	Sem sintomas	1.11/3.11	1.07/3.36	Sem estresse

<b>P4</b>	13/7	Sem sintomas	1.59/3.11	2.00/3.36	Sem estresse
<b>P5</b>	10/6	Sem sintomas	1.40/3.11	1.27/3.36	Sem estresse
<b>P6</b>	26/26	Sintomatologia Leve	3.40/3.11	3.04/3.36	Com estresse. Fase de resistência
<b>P7</b>	15/7	Sem sintomas	2.18/3.11	2.46/3.36	Sem estresse
<b>P8</b>	21/13	Sintomatologia Leve	2.97/3.11	2.56/3.36	Sem estresse
<b>P9</b>	30/50	Sintomatologia Moderada	4.27/3.11	3.95/3.36	Com estresse. Fase de exaustão
<b>P10</b>	9/6	Sem sintomas	2.36/3.11	2.75/3.36	Sem estresse

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Acerca da presença de **sintomas depressivos**, seis participantes não apresentam sintomatologia, duas apresentam sintomatologia leve e duas apresentam sintomatologia moderada. Esse resultado foi obtido por meio dos dados da EBADEP-II, para a apuração dos dados. Os 27 itens da escala, que descrevem sintomas depressivos, foram pontuados, chegando-se a um escore bruto total, que foi localizado dentro de uma tabela específica para a amostra compatível com a amostra estudada, que foi a da Amostra de Adolescentes (12 a 18 anos) sexo feminino. Essa tabela, além do escore bruto, disponibiliza dados de percentil, estanino e T, sendo que estes dois últimos não foram foco neste estudo (BAPTISTA, 2018).

Estudo de Bahls e Bahls (2002) apresenta uma prevalência da depressão maior em adolescentes variando entre 0,4 e 10,0% da população, com predomínio nas meninas (BAHLS; BAHLS, 2002). Os resultados deste trabalho mostram que a maioria das adolescentes (60%) não apresentaram sintomas depressivos (P1, P3, P4, P5, P7 e P10), mas quatro participantes (40%) apresentaram sintomas leves ou moderados, o que, ressalvada a pequena amostra, é uma representação importante do grupo. Isso pode confirmar os estudos já apresentados, que mostram meninas vítimas de violência sexual mais suscetíveis a problemas psicológicos, inclusive depressão.

Destaca-se a participante P2, que apresentou o maior escore bruto e de percentil, preenchendo critério para sintomatologia depressiva moderada, seguida por P9, que também

mostrou sintomas depressivos moderados. P6 e P8 foram as outras adolescentes que mostraram sintomas depressivos, porém leves. Fazendo uma relação com outros dados da participante P2, é pertinente sublinhar que esta adolescente foi a que possuía menor tempo entre a data da violência e a data do atendimento e coleta de dados (11 dias), o que pode ter alguma relação com a ocorrência dos sintomas depressivos, embora, como se verá adiante, não tenha apresentado sintomas de estresse. Uma característica importante nesta situação de violência sexual contra P2 é que ela estava sob efeito de álcool e outras substâncias psicoativas, o que acrescentou mais um fator de vulnerabilidade. Levanta-se a hipótese de que sentimentos de culpabilizar-se, tão comuns em vítima de violência sexual, possa ter alguma influência no seu estado emocional. Este dado alinha-se ao que Arantes (2006) e Ferreira e Vilalva (2019) afirmam: que os prejuízos decorrentes do abuso sexual variam e depende da forma como é cometido, frequência, duração, idade, suporte familiar recebido, assim como características individuais da vítima.

No que concerne ao sintomas de **estresse**, oito participantes não apresentaram sintomas; uma participante apresentou sintomas de estresse ( $3,4 > 3,11$  - ponto de corte), com destaque nos domínios psicológico ( $3,62 > 3,5$  - ponto de corte), interpessoal ( $3,6 > 2,6$  - ponto de corte) e cognitivo ( $3,5 > 2,83$  - ponto de corte) e encontra-se na fase de resistência ao estresse ( $3,33 > 3,11$  - ponto de corte); uma participante apresentou índices elevados de estresse ( $4,27 > 3,11$  - ponto de corte), pontuando acima do ponto de corte em todos os domínios: interpessoal ( $5 > 2,6$  - ponto de corte), psicológico ( $4,25 > 3,5$  - ponto de corte), cognitivo ( $4,16 > 2,83$  - ponto de corte) e fisiológico ( $4 > 2,89$  - ponto de corte), encontra-se na fase de exaustão ( $3,8 > 3,4$  - ponto de corte).

A maior parte das adolescentes (60%) não apresentou pontuação suficiente para serem diagnosticadas com estresse conforme as normas de apuração do instrumento, embora três destas apresentassem algum valor acima do ponto de corte para alguns domínios (P2, P8 e P10), mas sem critério para classificar como “com estresse”. Destaca-se P6 e P9 como as participantes que apresentaram critérios para serem diagnosticadas com estresse. P6 apresentou sintomas de estresse com destaque para o domínio psicológico, embora também apresentasse sintomas nos domínios interpessoal e cognitivo, nessa ordem de gravidade. E encontrava-se na fase de resistência ao estresse. Dados que em comparação com a outra adolescente que apresentou sintomas de estresse (P9) foram mais brandos. P9 apresentou índices elevados de estresse em todos os domínios: interpessoal, psicológico, cognitivo e fisiológico, nesta ordem, com índice bem acima dos pontos de corte, com destaque para os sintomas interpessoais, que pontuou bem

acima do ponto de corte. Essa adolescente apresentou-se na última fase do estresse, que é a de exaustão, indicando situação de risco.

Alguns autores apontam a adolescência como uma fase de confusões, estresse e luto (OZELLA, 2002), sendo um período suscetível a problemas emocionais e de comportamento (JUST; ENUMO, 2015) e que é marcada por mudanças intensas e significativas, mas que nem todos experimentam o estresse apesar dos conflitos dessa fase, nem experimentam de forma igual, pois dependem de seus recursos de enfrentamento (LEAL, 2001; TRICOLI; LIPP, 2015). Observa-se que na amostra estudada a maioria não apresentou sintomas de estresse, mesmo estando na fase da adolescência e sendo exposta ao abuso sexual. Isto indica que elas dispõem de recursos de enfrentamento adequados até o momento para lidar com esse que é entendido como uma das possíveis consequências da violência sexual, conforme já alertaram vários autores. (ARANTES, 2006; BORGES; DELL'AGLIO, 2008; FERREIRA; VILALVA, 2019; GAVA; SILVA; DELL'AGLIO, 2013; HABIGZANG, CUNHA; KOLLER, 2010; HOHENDORFF, KOLLER, HABIGZANG, 2015; WILIAMS, 2002; FLORENTINO, 2015).

Analisando as características dessas participantes e do abuso, observa-se que P6 e P9 apresentam a mesma idade, no final da adolescência, foram abusadas uma vez, por desconhecidos na rua, e dispõem de religião (uma umbandista e outra evangélica) o que permite inferir que essas variáveis podem ter tido um menor impacto em termos de sintomatologia e podem ser variáveis com função de enfrentamento. O que reforça a importância de investigações acerca de características de abuso e função da religião na vida das adolescentes. Observa-se em P6 como possíveis fatores de risco e possível vulnerabilidade maior para apresentação de sintomas de estresse: poucas opções de lazer, somente um mês de acompanhamento psicológico, e lapso de 6 meses entre a data da violência e coleta dos dados. Em P9 observa-se que embora tenha várias opções de lazer e recursos religiosos, apresentou índices significativos de estresse e percebe-se características que podem ser fatores de risco: foi abusada por três desconhecidos na rua, dessa violência decorreu gestação, a qual foi interrompida, sofreu violência psicológica e moral, teve quatro meses de acompanhamento psicológico. Importante destacar o lapso temporal de um ano entre a data da violência e da coleta de dados e ainda a existência de sintomas fortes de estresse, o que nos faz questionar se esta adolescente preencheria critérios para um diagnóstico de TEPT.

Como já salientado por Borges e Dell'Aglio (2008), as características do abuso sexual, existência de ameaça ou coação (violência psicológica) contexto de revelação, são vistos como preditores de TEPT. Shore (2002) destaca que um vínculo afetivo seguro, rede de apoio social

e medidas de proteção e intervenção logo após a revelação do abuso podem ser fatores de proteção. É importante que esses fatores de risco e de proteção sejam considerados em uma avaliação. Essas participantes P6 e P9 destacaram-se por terem apresentado desempenhos deficitários e pontuação negativa em todas as variáveis estudadas: Habilidades sociais, depressão e estresse. Ambas apresentaram repertório de HS abaixo da média, com alto custo de resposta ou ansiedade, assim como apresentaram sintomas de depressão e estresse. Enquanto P1 foi a que mais apresentou comportamentos positivos, com repertório de HS altamente elaborado, com baixo custo de resposta ou ansiedade e não apresentou sintomas de depressão ou estresse, reforçando o entendimento de que cada um responde de forma individual ao problema do abuso sexual, conforme seus recursos de enfrentamento.

Por fim, relações entre as variáveis (**HS, depressão e estresse**) em vítimas de abuso sexual, com o objetivo de verificar como o repertório de habilidades sociais impacta em padrões depressivos e de estresse. Para isso foram realizadas análises de correlações não paramétricas de *Spearman* entre os escores geral e por fator do IHSA (considerando frequência e dificuldade), o escore de sintomas depressivos, o escore geral de estresse e os escores de cada dimensão de estresse, a saber fisiológico, cognitivo, psicológico e interpessoal. Os resultados indicam uma relação positiva, moderada e significativa ( $\rho = 0.68, p = .031$ ) entre o escore de sintomas depressivos e a frequência de emissão de respostas assertivas (fator 4 do IHSA). Ou seja, quanto maior o escore de sintomas depressivos, maior a frequência de respostas assertivas, ou vice-versa, e quanto menor o escore de sintomas depressivos, menor a frequência de respostas assertivas, ou vice-versa.

Entre todas as correlações possíveis com as variáveis disponíveis, esta foi a única que se mostrou significativa. Constata-se que este resultado vai na contramão do que vem sendo apresentado por pesquisas que estudam as relações entre habilidades sociais, especialmente a assertividade, e transtornos psicológicos, incluindo sintomas depressivos. Estudos em população de adolescentes indicam uma relação negativa entre um repertório desenvolvido de HS e prejuízos psicológicos. Padilha (2007), Maia e Bortolini (2012), Terroso *et al* (2016) indicam que um repertório de HS desenvolvidas em crianças e adolescentes pode funcionar como fator de proteção de problemas emocionais e comportamentais, assim como um repertório deficitário pode colocar essa população em situação de risco. Caballo (1997) afirma que um bom repertório de HS, incluindo a assertividade, podem ajudar na prevenção e/ou redução de dificuldades psicológicas. Cardoso, Coelho e Martins (2017), Wagner e Oliveira (2007), Terroso *et al.* (2016), Terroso e Argimon (2016) trazem estudos que confirmam a ideia da

existência de relação entre repertório de HS/assertividade mais ou menos desenvolvidos em adolescentes com maior ou menor exposição a riscos. Maia e Bortolini (2012) indicam que a assertividade é um importante fator de proteção de problemas emocionais e comportamentais. Campos (2010) verificou que meninas com indicadores de depressão apresentaram repertório mais deficitário de habilidades sociais em todas as subescalas (assertividade inclusa).

Considerando a definição trazida por Del Prette e Del Prette (2009a) que diz que a assertividade é um tipo de HS de enfrentamento, em situações em que há risco potencial de reação indesejável por parte do interlocutor, com controle de emoções e expressão adequada de pensamentos e sentimentos, pode-se trazer como exemplo os comportamentos de defender os próprios direitos e os de outrem; fazer e recusar pedidos; lidar com críticas; expressar sentimentos negativos de raiva, desagrado, desconforto; discordar; solicitar mudança de comportamento (DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z.A.P., 2007; DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z.A.P., 2009a). Normalmente a assertividade tem sido apresentada como fator de proteção a prejuízos psicológicos e não um fator de risco, como sugere os achados deste estudo.

Avaliando-se o fator de **assertividade** percebe-se que embora quatro participantes tenham pontuado como abaixo da média inferior de HS, o pior desempenho, a maior parte (seis) pontuou como repertório bom, elaborado ou altamente elaborado. Como hipóteses dessa correlação positiva entre assertividade e depressão pode-se apontar duas hipóteses: 1) as participantes passaram a ser mais assertivas, após a situação de abuso, mesmo com incidência de sintomas depressivos, considerando estes diretamente relacionados à violência sexual sofrida. Importante considerar a existência de um lapso temporal, que variou de 11 dias a 1 ano, entre a data da violência e a data da coleta dos dados, fator este que pode ter alguma influência nos resultados. Essa hipótese também leva a hipotetizar que essas adolescentes estão empreendendo um grande esforço para conseguir manter um comportamento assertivo, mesmo com os prejuízos emocionais relativos à depressão, o que indica um potencial e provável esgotamento na execução dessas tarefas sociais e probabilidade de desenvolver outros problemas psicológicos, sociais ou até mesmo fisiológicos. Essa hipótese chama a atenção para uma necessidade de maior atenção às vítimas de abuso sexual, mesmo quando são capazes de emitir comportamentos habilidosos em situações de interação social.

Outra hipótese é que 2) essas adolescentes já apresentavam comportamentos assertivos antes da situação de abuso, mas esta habilidade não foi suficiente para protegê-las da violência. Mesmo com a habilidade de dizer não, de manifestar seu desagrado ou desconforto, de expressar sentimentos negativos, de enfrentamento, essas meninas não foram ouvidas nem



respeitadas. O que pode ter contribuído para o desenvolvimento de sintomas depressivos. Pois a partir da experiência de não ter seus direitos respeitados, mesmo se comportando assertivamente, pode-se pensar em sentimentos negativos de tristeza, desamparo, angústia, revolta, irritação, compatíveis com sintomas depressivos. Dessa forma, retornamos a uma discussão social do peso das variáveis de gênero e idade na exposição ao risco de abuso sexual, pois por mais que as mulheres e meninas falem, elas não estão sendo ouvidas. Pensa-se que o controle das situações de violência sexual pode estar para além das relações individuais, tendo a prática cultural machista e adultocêntrica, que invisibiliza especialmente crianças e adolescentes do sexo feminino como um dos principais, se não o principal, fator mantenedor e estimulador de práticas de violência sexual contra essa população.

Como já destacado por Pedersen e Grossi (2011), Childhood (2019), Chacham e Jayme (2016), Zanello (2018), existe uma relação historicamente construída a partir das relações de poder, gênero, etnia e classe social, colocando mulheres, crianças e adolescentes, em posição de desigualdade, e em situação de vulnerabilidade, especialmente a violência sexual. O determinante social nas relações de gênero, de violência e saúde mental deve ser considerado. Morais e Freitas (2019) apontam a existência de uma cultura do estupro, que é um conjunto de contingências que permitem ou encorajam práticas sexuais violentas, e diversos tipos de comportamentos abusivos sexualmente que acontecem no contexto patriarcal. Essa cultura é mais uma forma de expressão da desigualdade entre gêneros, com práticas de discriminação da mulher.

A Análise do Comportamento, como uma ciência psicológica, apresenta explicações para esse fenômeno, com base no entendimento das práticas culturais, sem desconsiderar as questões individuais de cada situação e das relações de reforçamento filo e ontogenético. Skinner (1998) chama a atenção para o fato de que as práticas sociais se conformam aos padrões da comunidade, de acordo com o reforçamento e punição das respostas do grupo. Este autor trata sobre formas de controle social, destacando o poder de controle do grupo sobre seus membros e apresenta as principais agências de controle, que são agências mais organizadas que manipulam conjuntos particulares de variáveis (Governo, leis, religião, psicoterapia, economia e educação). Assim, essas agências, por ter algum controle sobre o grupo, podem também servir a modificações de comportamentos que são nocivos a mulheres, crianças e adolescentes. Nesse sentido, a adoção de políticas públicas de prevenção e combate ao abuso sexual por agências de controle como o governo e leis, tem um grande poder, além de práticas econômicas e de educação que busquem o mesmo objetivo. Na agência de educação pode-se pensar o

fortalecimento de estruturas e planos de ensino que contemplem a educação sexual adequada de crianças e adolescentes, o que pode ser fator de proteção ao abuso sexual.

É importante destacar que a preocupação com questões sociais estiveram presentes em várias obras de Skinner (SKINNER, 1998; SKINNER, 1975; SKINNER; VAUGHAN, 1985). Na atualidade, os analistas do comportamento vêm apresentando à comunidade acadêmica inúmeras produções que permitem debater e apontar alternativas para uma sociedade mais justa e igualitária no que se refere a questão das mulheres (COUTO; DITTRICH, 2017; FREITAS; MORAIS, 2019; ROSENDO; NOGUEIRA, 2020; SILVA; LAURENTI, 2016; COUTO, 2017; MILANESE, 2020; ZANUTO; LAURENTI, 2021). Além disso, o foco do debate dos pesquisadores da atualidade, não difere dos apontados por Skinner desde a década de 50, que é o de apontar possibilidades de alterações de contingências nos níveis de variação e seleção ontogenético e cultural que permitam a reestruturação de interações sociais menos aversivas (HOLPERT, 2004; ANDERY, 2011; OTERO, 2002; BOGO; LAURENTI, 2012; MIZAE, DE ROSE, 2017; TODOROV; MOREIRA, 2004) sem a presença de relações misóginas, raciais, homofóbicas, genocidas e mais reforçadoras com características igualitárias, inclusivas e de tolerância e respeito às individualidades.

Estudos nesta linha, que investigam o abuso sexual e sua relação com variáveis psicológicas, abrem a perspectiva de um debate acerca de um problema que vai além da saúde pública, mas de defesa de direitos, principalmente de indivíduos em condições de vulnerabilidade seja pelo nível de desenvolvimento, pelo gênero, pelos fatores étnicos raciais ou condições sociais. Entende-se que uma ciência psicológica, como a Análise do Comportamento, pode contribuir, principalmente se permitir uma interface com Ciências Sociais, como a Sociologia, Antropologia e Psicologia Social.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo das Habilidades Sociais dentro do campo teórico e prático da Psicologia tem avançado bastante, sendo inúmeras as pesquisas que vêm sendo realizadas em diversos contextos e populações. Isso tem trazido importantes contribuições não somente na esfera acadêmica, com a produção científica crescente que embasa as práticas, mas também como fundamento para intervenções e construções em áreas que extrapolam o campo psicológico e abrem espaços para novas interlocuções, como a pedagogia, as organizações e a saúde. Os estudos das habilidades sociais destacam a importância de compreender os componentes, características, dinâmicas, implicações que as relações interpessoais têm na vida dos indivíduos e grupos.

Embora os estudos mostrem que a maioria das interações sociais trazem benefícios para o ser humano, inclusive tendo papel importante na sobrevivência da espécie, além de trazer ganhos individuais e coletivos, é importante entender que nem todas as relações interpessoais ocorrem de maneira a trazer benefícios para todos os envolvidos, como por exemplo, as relações abusivas e violentas, como o abuso sexual. O abuso sexual destaca-se como o segundo tipo de violência mais prevalente entre crianças e adolescentes, que é uma população considerada vulnerável devido as várias transformações neurobiológicas, sociais, psicológicas, pelas quais passam nesse período do desenvolvimento humano, apresentando também vulnerabilidade para problemas emocionais e psicológicos.

O abuso sexual pode ser entendido como uma relação interpessoal desigual, de desequilíbrio e abuso de poder, em que um interlocutor impõe seu desejo sobre o corpo e desejo de outro, que é mais frágil na relação, sendo muitas vezes apoiado por regras sociais que reforçam relações violentas, especialmente em relação a grupos mais vulneráveis, como o de meninas adolescentes. E todo esse quadro pode trazer consequências de ordem física, cognitiva, social, emocional/psicológica para as vítimas, como, por exemplo, depressão e estresse.

Levando-se em consideração a grande prevalência e as consequências que o fenômeno do abuso sexual pode trazer para a vida de adolescentes, este estudo teve como objetivo avaliar como o repertório de habilidades sociais de adolescentes vítimas de abuso sexual interfere na manifestação e intensidade de sintomas depressivos e de estresse. Com base em achados da literatura sobre abuso sexual infanto-juvenil e sobre habilidades sociais como fator de proteção a diversos problemas psicológicos, formulou-se duas hipóteses: (1) repertórios de HS mais elaborados estariam associados a índices menores de depressão e estresse e (2) repertórios mais

deficitários de HS estariam associados a maiores índices de depressão e estresse nessa população. Ao final da investigação, verificou-se que as hipóteses preliminares confirmaram-se parcialmente, pois embora alguns resultados tenham indicado participantes com bom repertório de habilidades sociais e sem sintomas de depressão ou estresse, assim como participantes com repertório deficitário de HS e com sintomas de depressão e/ou estresse, também houve resultados de participantes com bom repertório de HS e com sintomas depressivos e/ou de estresse, assim como aquelas com repertório de HS deficitário e sem sintomas de depressão ou estresse.

As análises inferenciais dos resultados não encontraram relações significativas entre as variáveis de uma maneira geral, exceto por uma correlação positiva moderada entre as variáveis de habilidades sociais (em uma classe: assertividade) e depressão, a qual foi em direção contrária aos achados da literatura, de pesquisas anteriores, que encontraram correlações negativas entre HS e problemas psicológicos, demonstrando que um repertório de habilidades sociais desenvolvido está relacionado com menores índices de problemas psicológicos, assim como um repertório deficitário de habilidades sociais está relacionado com maiores índices de problemas psicológicos. O que sugere a necessidade de estudos com amostras maiores e mais heterogêneas.

Neste estudo, foram encontrados como principais resultados a prevalência do estupro intrafamiliar, que ocorreu junto de violência psicológica, em adolescentes autodeclaradas pardas, de baixa renda, estudantes de escolas públicas e com o abusador sendo um familiar ou conhecido, dados estes que endossam o que a literatura nacional vem demonstrando. Os resultados demonstraram ainda que a maioria das adolescentes apresentaram bom, elaborado ou altamente elaborados repertórios de habilidades sociais; menos da metade apresentaram sintomas de depressão e menos de um terço mostraram sintomas de estresse. No entanto, nem todas que apresentaram bom repertório de HS não tiveram sintomas de depressão ou estresse, como inicialmente pensado. Um achado considerado importante foi a verificação de correlação positiva entre habilidades sociais assertivas e sintomas depressivos, o que vai contra o que as pesquisas na área vêm encontrando.

É importante destacar algumas limitações deste estudo, como forma de ampliar as possibilidades de análise dos resultados apresentados, como o tamanho da amostra, de dez participantes, que limitou as possibilidades de tipos de inferências e generalizações para a população de adolescentes vítimas de abuso sexual tanto em nível regional, como nacional. Porém, não inviabilizou as análises, trazendo resultados e conclusões importantes no que se

refere às características da amostra estudada, do fenômeno do abuso sexual, das habilidades sociais e suas relações com problemas como depressão e estresse. Além disso, este estudo “abre portas” para novas investigações junto à população de vítima de violência sexual, na área de habilidades sociais, podendo ser considerado mais um avanço nesse campo. Também destaca a necessidade de maior diálogo entre áreas que já são afins, mas podem melhorar as interações, como a Análise do comportamento, Psicologia Social, Ciências Sociais, Antropologia, Epidemiologia, Saúde Mental.

Traz também importantes contribuições para o entendimento do fenômeno do abuso sexual na cidade de São Luís – MA, o que auxilia na melhoria da assistência à saúde especializada prestada a esse grupo, assim como pode contribuir na construção de formas de cuidados mais adequadas, na prevenção de novas situações de abuso, na educação da população acadêmica sobre o assunto, no auxílio para elaboração e fortalecimento de ações e políticas públicas que combatam este tipo de violência.

Como contribuição importante deste estudo chama-se a atenção para o campo de pesquisa, onde se teve a possibilidade de rever processos de atendimento à saúde da população atendida naquele local, assim como possibilitou o resgate de participantes/pacientes que haviam abandonado o acompanhamento psicossocial.

Outra limitação do estudo foi a característica dos instrumentos de coleta serem de autorrelato, o que pode limitar o controle das variáveis pelo pesquisador, pois o dado fica sujeito a interpretação e percepção do momento do participante, que pode potencializar ou minimizar o autorrelato dos padrões investigados, por exemplo. Na pesquisa em questão, pode-se acrescentar como possível limitação a fase do desenvolvimento das participantes, adolescência, que precisam da autorização dos pais para participarem da pesquisa, o que pode ter limitado o acesso a uma amostra maior, assim como podem ter participado apenas para obedecer aos responsáveis, o que pode impactar em pouco engajamento ou pouca atenção nas respostas aos instrumentos, e assim fornecer dados equivocados. Destaca-se também as dificuldades no autorrelato na descrição da situação vivenciada ou na descrição dos eventos privados, como sentimentos e pensamentos, uma vez que, ainda é um repertório em fase de elaboração. Nessa mesma linha, outro limite possível foi o número de instrumentos aplicados e o tempo empregado nas suas respostas, que foi de um pouco mais de uma hora, o que pôde ser visto como cansativo para essa população. Sugere-se que eles sejam aplicados em mais de uma sessão de coleta. A possibilidade de recordação de lembranças aversivas relativas ao abuso pode ter sido uma limitação tanto de acesso a população quanto de acesso a respostas das participantes.

Como dificuldades práticas cita-se a grande dificuldade de contato com as participantes e responsáveis legais devido a números desatualizados ou errados no sistema do Hospital Universitário, um número considerável de recusas e algumas desistências. Outra situação a se considerar, em alguns casos, como possível de afetar os dados foi o lapso temporal entre o início dos abusos e a data da coleta de dados, apesar dessa variável ter sido considerada nas análises. A partir deste estudo pode-se pensar em novas pesquisas: (1) com um número maior de participantes, onde seja possível realizar análises paramétricas; (2) pesquisas comparativas entre variáveis como tempo do abuso, forma, e tempo de procura de atendimento; (3) estudos que identifiquem análises de contingências individuais acerca da história de vida da participação e as características do abuso; (4) estudos que correlacionem os efeitos psicológicos do abuso com variáveis como religião, idade e escolaridade; (5) estudos que identifiquem a rede de apoio das vítimas em função dos dados apontarem que o abusador pertence em sua maioria a estrutura familiar; (6) pesquisas longitudinais com essa população, onde se possa verificar os impactos dos construtos estudados (HS, depressão e estresse) em fases diferentes do desenvolvimento das vítimas; (7) estudos acerca da eficácia de intervenções como acompanhamento psicoterápico e treinamento de habilidades sociais, por exemplo, uma vez que já existem estudos que apontam na direção de THS como forma de melhorar o repertório de HS e assim funcionar como fator de proteção em adolescentes na prevenção de abusos futuros; (8) estudos que apontem as principais dificuldades dos profissionais na implementação de políticas públicas que combatam o AS em crianças e adolescentes; E, finalmente a ampliação do debate entre diversas áreas do saber que permitam buscar uma melhor compreensão, uma intervenção eficaz e combate ao abuso sexual na população de crianças e adolescentes.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, C. F.; SIQUEIRA, A. C. Os Direitos da Criança e do Adolescente na Percepção de Adolescentes dos Contextos Urbano e Rural. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, n. 2, p. 460-473, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000200015>. Acesso em: 20 jun. 2021.
- ANDERY, M. A. P. A. Comportamento e cultura na perspectiva da análise do comportamento. **Perspectivas**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 203-217, 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-35482011000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-35482011000200006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 jun. 2021.
- ANDRADE *et al.* Desenvolvimento cerebral na adolescência: aspectos gerais e atualização. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 62-67, dez. 2018. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v15s1a08.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.
- APA. **DSM-5**. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARANTES, J. C. **O treino das habilidades sociais com crianças abusadas sexualmente**. 2006. 41 f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2006. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/123456789/2929/2/20211620.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.
- ATO, M.; LÓPEZ, J. J.; BENAVENTE, A. *Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología*. **Anales de Psicología**, v. 29, n. 3, p. 1038-1059, 2013. Disponível em: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-97282013000300043](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000300043). Acesso em: 20 jun. 2021.
- AUSLANDER, B. A.; PERFECT, M. M.; SUCCOP, P. A.; ROSENTHAL, S. L. *Perceptions of Sexual Assertiveness among Adolescent Girls: Initiation, Refusal, and Use of Protective Behaviors*. **J Pediatr Adolesc Gynecol.**, v. 20, n. 3, p. 157-162, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2007.03.093>. Acesso em: 20 mar. 2022.
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: IGLU, 1989.
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. Os novos pequenos mártires: infância e violência doméstica. São Paulo: Lacti/IPUSP, 2000.
- BAHLS, SC.; BAHLS, RFC. Depressão Na Adolescência: Características Clínicas. **Interação em Psicologia**, v. 6, n. 1, p. 49-57, 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v6i1.3193>. Acesso em: 20 mar 2022.
- BAPTISTA, M. N. **EBADEP-IJ**: escala baptista de depressão infanto-juvenil. São Paulo: Hogrefe, 2018.
- BAUM, W. M. **Compreender o behaviorismo**: comportamento, cultura e evolução. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BOGO, A. C.; LAURENTI, C. Análise do comportamento e sociedade: implicações para uma ciência dos valores. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 4, p. 956-971, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000400014>. Acesso em: 22 mar. 2022.

BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. **Interação em Psicologia**, 2002. v. 6, n. 2, p. 233-242. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v6i2.3311>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BORGES, J.; DELL'AGLIO, D. Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. **Psicol. Estud.**, v. 13, n. 2, jun. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200020>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. E-social. Novo salário mínimo 2022: veja como registrar o reajuste no eSocial Doméstico. **GOV.BR**, 04 fev. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/esocial/pt-br/noticias/novo-salario-minimo-2022-veja-como-registrar-o-reajuste-no-esocial-domestico>. Acesso em: 22 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. **Boletim Epidemiológico**, v. 49, n. 27, jun. 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/2018-024.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100 p. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_19.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf). Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva**: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/y9sxc>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.340, de 7 de Agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm). Acesso em: 15 jun. 2021.

CABALLO, V. E. *El papel de las habilidades sociales en el desarrollo de las relaciones interpersonales*. In: ZAMIGNANI, D. R. (org.). **Sobre comportamiento e cognição**. São Paulo: ARBytes, 1997. p. 229-233. (v. 3).

CABALLO, V. E. *et al.* *Desarrollo y validación de una nueva medida de autoinforme para evaluar el acoso escolar (bullying)*. **Psicología Conductual**, v. 20, n. 3, p. 625-647, 2012. Disponível em: <https://www.behavioralpsycho.com/producto/desarrollo-y-validacion-de-una-nueva-medida-de-autoinforme-para-evaluar-el-acoso-escolar-bullying/>. Acesso em: 15 jun. 2021.



CAMPOS, J. R. **Habilidades Sociais de Adolescentes com Indicadores de Depressão:** considerando fatores de gênero e socioeconômicos. São Carlos: UFSCar, 2010.

CAMPOS, R. M. E.; DELGADO, A. O.; JIMÉNEZ, Á. P. *Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: Un análisis longitudinal de los efectos de moderación.* **Revista Latinoamericana de Psicología**, Bogotá, v. 44, n. 2, p. 39-53, maio/ago. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342012000200004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342012000200004). Acesso em: 20 mar. 2022.

CARDOSO, J. K. S.; COELHO, L. B; MARTINS, M. G. T. Crescer Para Saber: O treinamento de habilidades sociais e assertividade com adolescentes em âmbito escolar. **Revista Eletrônica Estácio Papirus**, v. 4, n. 2, p. 215-231, jul./dez. 2017. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/papirusantacatarina/article/view/4287/2102>. Acesso em: 15 jun. 2021.

CARVALHO, F. L. *et al.* **Campanha de Prevenção à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes** – Cartilha Educativa. Brasília: MPDFT, 2021. Disponível em: [https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2021/04/cartilha\\_campanha\\_de\\_prevencao\\_a\\_violencia\\_sexual\\_contra\\_crianças\\_e\\_adolescentes.pdf](https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2021/04/cartilha_campanha_de_prevencao_a_violencia_sexual_contra_crianças_e_adolescentes.pdf). Acesso em: 16 ago. 2021.

CASTRO, Á. *et al.* *Childhood Sexual Abuse, Sexual Behavior, and Revictimization in Adolescence and Youth: A Mini Review.* **Frontiers in psychology**, v. 10, ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02018>. Acesso em: 01 jul. 2021.

CHACHAM, A. S.; JAYME, J. G. Violência de gênero, desigualdade social e sexualidade: As experiências de mulheres jovens em Belo Horizonte. **Civitas**, v. 16, n. 1, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/civitas/a/sw8F8YvtJtqM8XZKfSJQWbf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar 2021.

CHAUI, M. Ética e Violência. **Teoria e debate**, v. 39, jun. 1998. Disponível em: <https://teoriaedebate.org.br/1998/10/01/etica-e-violencia/>. Acesso em: 30 mar. 2021.

CHILDHOOD. A violência sexual infantil no Brasil. **CHILDHOOD**, 14 ago. 2019. Disponível em: <https://www.childhood.org.br/a-violencia-sexual-infantil-no-brasil>. Acesso em: 15 mar 2021.

COUTINHO, J. Como Sobreviver com Salário Mínimo em 2022. **Salário Mínimo**, 14 jun. 2022. Disponível em: <https://salario2022.com.br/como-sobreviver-com-salario-minimo-em-2022/>. Acesso em 22 mar 2022.

COUTO, A. G. **Uma análise behaviorista radical da discussão feminista sobre o empoderamento da mulher.** 2017. 335f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1884/52567>. Acesso em: 28 ago. 2021.

COUTO, A. G.; DITTRICH, A. Feminismo e análise do comportamento: caminhos para o diálogo. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, v. 8, n. 2, p. 147-158, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.18761/PAC.2016.047>. Acesso em: 22 mar. 2022.

COUTO, A. G.; DITTRICH. Feminismo e análise do comportamento: caminhos para o diálogo. **Revista Perspectivas**, v. 8, n. 2, p. 147-158, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.18761/PAC.2016.047>. Acesso em: 22 mar. 2022.

COZBY, P. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003.

DEL PRETTE A., DEL PRETTE, Z. A. P. **Competência Social e Habilidades Sociais: Manual Teórico-prático**. Petrópolis: Editora Vozes, 2017.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z.A.P. **Inventário de Habilidades Sociais para adolescentes (IHSA-Del-Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009b.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z.A.P. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2009a

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z.A.P. **Psicologia das Relações Interpessoais: vivências para o trabalho em grupo**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

DEL PRETTE, Z. A. P. *et al.* Habilidades sociais de estudantes de Psicologia: um estudo multicêntrico. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Rio Grande do Sul, v. 17, n. 3, p. 341-350, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722004000300007>. Acesso em: 22 mar. 2022.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolesc. Saúde**, v. 2, n. 2, abr./jun. 2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/abr-451>. Acesso em: 22 mar. 2022.

ELTINK, C. F.; NUNES, C. W. B. Concepções sobre estresse segundo alunos do ensino médio de uma cidade de pequeno porte. **REFACS**, v. 8, n. 1, p. 503-511, jul./set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/refacs.v8i0.4668>. Acesso em: 20 mar. 2022.

FALEIROS, E. **O Abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des)caminhos da denúncia**. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. 207 p.

FELICISSIMO, F. B. *et al.* Habilidades Sociais em alcoolistas: um estudo comparativo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 32, n. 2, p. 1-6, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistapt/article/view/17975>. Acesso em: 22 mar. 2022.

FERREIRA, A.; VILALVA, S. Revisão sistemática de literatura acerca de recursos voltados à prevenção do abuso sexual infantil. **Gestão e Saúde**, v. 20, n. 2, p. 73-87, 2019. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/site/files/revista/filec2f0f9f29b64876024775303ac315f65.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2022.

FLORENTINO, B.R.G. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. **Revista de Psicologia**, v. 27, n. 2, p. 139-144, maio/ago. 2015. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/5060>. Acesso em: 22 mar. 2022.

FOGAÇA, F. F. S. *et al.* Desenvolvimento de habilidades sociais na adolescência como ápice comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 21, n. 2,

p. 217-231, out. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v21i2.1162>. Acesso em: 15 abr. 2021.

FONTES, L. F. C.; CONCEIÇÃO, O. C.; MACHADO, S. Violência Sexual na adolescência, perfil da vítima e impactos sobre a saúde mental. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2919-2928, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.11042017>. Acesso em: 15 abr. 2021.

FORMIGLI, V. L. A.; COSTA, M. C. O.; PORTO, L. A. *Evaluation of a comprehensive adolescent health care service*. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 831-841, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000300031>. Acesso em: 20 abr. 2021.

FREITAS, J. C. C.; MORAIS, A. O. Cultura do estupro: considerações sobre violência sexual, feminismo e Análise do Comportamento. **Acta Comportamental**, v. 27, n. 1, p. 109-126, 2019. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6912499>. Acesso em: 20 abr. 2021.

GANDRA, A. IBGE: mulheres ganham menos que homens mesmo sendo maioria com ensino superior. **Agência Brasil**, Rio de Janeiro, 07 mar. 2018. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-03/ibge-mulheres-ganham-menos-que-homens-mesmo-sendo-maioria-com-ensino-superior>. Acesso em: 14 set. 2018.

GAVA, L. L.; SILVA, D. G. D.; DELL'AGLIO, D. D. Sintomas e Quadros Psicopatológicos Identificados nas Perícias em Situações de Abuso Sexual Infanto-Juvenil. **Psico**, v. 44, n. 2, p. 235-244, 2013. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11467>. Acesso em: 14 set. 2018.

GLADSTONE, T. R. G.; BEARDSLEE, W. R.; O'CONNOR, E. E. *The prevention of adolescent depression*. **Psychiatr Clin North American.**, v. 34, n. 1, p. 35-52, mar. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.11.015>. Acesso em: 20 mar. 2022.

GLENN, S. S. *Individual behavior, culture, and social change*. **The Behavior Analyst**, v. 27, n. 2, p. 133-151, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1007%2FBF03393175>. Acesso em: 14 set. 2018.

GRANT, K. E. *et al. Stressors and child and adolescent psychopathology: Measurement issues and prospective effects*. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, v. 33, n. 2, p. 412-425, 2004. Disponível em: [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3302\\_23](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3302_23). Acesso em: 20 mar. 2022.

GRANT, K. E. *et al. Stressors and child and adolescent psychopathology: Evidence of moderating and mediating effects*. **Clinical Psychology Review**, v. 26, n. 3, p. 257-283, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.06.011>. Acesso em: 20 mar. 2022.

GUIMARÃES, R. P. G. Deixando o preconceito de lado e entendendo o behaviorismo radical. **Psicologia ciência e profissão**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 60-67, 2003. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932003000300009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932003000300009&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 14 set. 2018.

HABIGZANG, L. *et al.* Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 21, n. 2, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722008000200021>. Acesso em: 15 jun. 2021

HABIGZANG, L. F. **Avaliação e intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar**. 2006. 89 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/7145>. Acesso em: 01 jul. 2021.

HABIGZANG, L. F. *et al.* Abuso Sexual Infantil e Dinâmica Familiar: Aspectos Observados em Processos Jurídicos **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 3, p. 341-348, set./dez. 2005. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/20118>. Acesso em: 01 jul. 2021.

HABIGZANG, L. F., RAMOS, M. S.; KOLLER, S. H. A revelação de abuso sexual: as medidas adotadas pela rede de apoio. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 4, p. 467-473, dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400010>. Acesso em: 01 jul. 2021.

HABIGZANG, L.; CUNHA, R.; KOLLER, S. Sintomas psicopatológicos em meninas vítimas de abuso sexual abrigadas e não-abrigadas. **Acta Colombiana de Psicologia**, Bogotá, v. 13, n. 1, jan./jun. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552010000100004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552010000100004). Acesso em: 01 jul. 2021.

HOHENDORFF, J. V.; HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H. Psicoterapia para Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual no Sistema Público: Panorama e Alternativas de Atendimento. **Psicol., Ciênc. Prof.**, v. 35, n. 1, p. 182-198, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000202014>. Acesso em: 20 mar 2022.

HOLPERT, E. C. Questões Sociais na Análise do Comportamento Artigos do Behavior and Social Issues (1991 - 2000). **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 6, n. 1, p. 1-16, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v6i1.61>. Acesso em 22 mar. 2022.

HORA, T. D.; PAIVA, A. R. Violência sexual contra crianças e adolescentes no campo da saúde e a intersectorialidade no sistema de garantias de direitos. **Revista Sustinere**, v. 5, n. 2, p. 296-316, jan. 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/30004/23155>. Acesso em: 30 mar. 2021.

INOUE, S. R. V.; RISTUM, M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 11-21, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000100002>. Acesso em: 01 jul. 2021.

JARVINEN, D. W., & NICHOLLS, J. G. *Adolescents' social goals, beliefs about the causes of social success and satisfaction in peer relations*. **Developmental Psychology**, v. 32, n. 3, p. 435-441, 1996. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.32.3.435>. Acesso em: 10 mar 2021.

JUST, A. P.; ENUMO, S. R. F. Problemas emocionais e de comportamento na adolescência: o papel do estresse. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 35, n. 89, p. 350-370, jul. 2015.

Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2015000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2015000200007). Acesso em: 19 mar. 2022.

KELLOG, N. D., MENARD, S. W. *Violence among family members of children and adolescents evaluated for sexual abuse*. **Child Abuse Negl.**, v. 27, n. 12, p. 1367-1376, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.10.008>. Acesso em: 19 mar. 2022.

LEAL, E. Q. **Stress em Adolescentes: Avaliação dos principais sintomas**. 2012. 89 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Desenvolvimento Humano) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2001. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/10315/LIMA%2C%20LETICIA%20SALDANHA%20DE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 mar. 2022.

LIPP, M. E. N. *et al.* O estresse em escolares. **Psicol. Esc. Educ.**, 2002, v. 6, n. 1, p. 51-56, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-85572002000100006>. Acesso em: 20 mar. 2022.

LIPP, M. N. L. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

LIVINGSTON, J. A.; TESTA, M.; VANZILE-TAMSEN, C.; *The Reciprocal Relationship Between Sexual Victimization and Sexual Assertiveness*. **Violence Against Women**, v. 13, n. 3, p. 298-313, mar.2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1077801206297339>. Acesso em: 20 mar. 2022.

MACEDO, D. M.; PETERSEN, C. S.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento cognitivo, socioemocional e físico na adolescência e as terapias cognitivas contemporâneas. *In*: NEUFELD, C. B. (org.). **Terapia Cognitivo comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

MACHADO, V. L. **O comportamento do brasileiro na faixa de pedestre: Exemplo de uma intervenção cultural**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/3512>. Acesso em: 19 mar. 2022.

MAIA, D. S.; BORTOLINI, M. O desenvolvimento da habilidade de assertividade e a convivência na escola: relato de experiência. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 373-388, dez. 2012. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682012000300003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682012000300003). Acesso em: 19 mar. 2022.

MALLOTT, M. E.; GLENN, S. S. *Targets of intervention in cultural and behavioral change*. **Behavior and Social Issues**, v. 15, n. 1, p. 31-56, 2006. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doi/10.5210/bsi.v15i1.344>. Acesso em: 19 mar. 2022.

MARTIN, A.; COHEN, D. J. Adolescent depression: Window of (missed?) opportunity. **American Journal of Psychiatry**, v. 157, n. 10, p. 1549-1551, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1549>. Acesso em: 20 mar. 2022.

MATOS, M. A. Comportamento governado por regras. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 3, n. 2, dez. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v3i2.135>. Acesso em: 19 mar. 2022.

MATTOS, A. I. S. *et al.* Desigualdades de Gênero: uma revisão narrativa. **Rev. Saúde.Com**, v. 11, n. 3, p. 266-279, jul./set. 2015. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/372>. Acesso em: 15 jun. 2021.

MELO, A. K; SIEBRA, A. J.; MOREIRA, V. Depressão em Adolescentes: Revisão da Literatura e o Lugar da Pesquisa Fenomenológica. **Psicol., Ciênc. Prof.**, v. 37, n. 1, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-37030001712014>. Acesso em: 20 mar 2022.

MIERS, A. C., BLÖTE, A. W., & WESTENBERG, P. M. *Peer perception of social skills in socially anxious and nonanxious adolescents.* **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 38, n. 1, p. 33-41, jan. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10802-009-9345-x>. Acesso em: 10 mar. 2021.

MILANESE, C. **As Influências do Feminismo na Sexualidade das Mulheres Brasileiras.** Estudos em Sexualidade. São Paulo: InPaSex, 2020. (v .2).

MINAYO, M.C.S. **Violência e saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 132 p. (Coleção Temas em Saúde). Disponível em: <https://books.scielo.org/id/y9sxc>. Acesso em: 10 mar. 2021.

MIZAEL, T. M. Pontes entre o feminismo interseccional e a análise do comportamento. *In:* PINHEIRO, R.; MIZAEL, T. (org.). **Debates sobre feminismo e análise do comportamento.** Fortaleza: Imagine Publicações, 2019. p. 40-62.

MIZAEL, T. M.; DE ROSE, J. C. Análise do comportamento e preconceito racial: Possibilidades de interpretação e desafios. **Acta Comportamentalia**, v. 25, n. 3, p. 365-377, 2017. Disponível em: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/61632>. Acesso em: 22 mar. 2022.

MORAIS, A. F. **Habilidades sociais e ansiedade social em estudantes universitários:** associações e comparações. 2019. 199 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de São João Del Rey. 2019. Disponível em: [https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/Andre%20Rezende%20Morais\\_Dissertacao%20Final.pdf](https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/Andre%20Rezende%20Morais_Dissertacao%20Final.pdf). Acesso em: 10 mar. 2021.

MORAIS, A. O.; FREITAS, J. C. C. Métodos de investigação sobre cultura do estupro: o que a Análise do Comportamento tem a aprender com as contribuições de outras áreas do conhecimento. *In:* PINHEIRO, R.; MIZAEL, T. (org.). **Debates sobre feminismo e análise do comportamento.** Fortaleza: Imagine Publicações, 2019. p. 84-112.

MORAIS, N. A.; KOLLER, S. H.; RAFFAELLI, M. Eventos estressores e indicadores de ajustamento entre adolescentes em situação de vulnerabilidade social no Brasil. **Universitas Psychologica**, Bogotá, v. 9, n. 3, p. 787-806, set./dez. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672010000300015](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672010000300015). Acesso em: 20 mar. 2022.

MORALES, Á. E; SCHRAMM, F. R. A moralidade do abuso sexual intrafamiliar em menores. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 7, n. 2, p. 265-273, 2002. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/JKgMMd9f5DFWwpwKvzXJQDq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2022.

MOREIRA, M. B.; MEDEIROS, C. A. **Princípios básicos de análise do comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MOUNTS, N. S. *Parental management of peer relationships and early adolescents social skills*. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 40, n. 4, p. 416-427, abr. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10964-010-9547-0>. Acesso em: 10 mar 2021.

MOURA, C.; GALLO, A.; LIMA, A. Uma discussão analítico-comportamental sobre o autor de violência sexual infanto juvenil. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 20, p. 48-62, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v20i4.1278>. Acesso em: 10 mar 2021.

MPDFT. **Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes: identificação e enfrentamento**. Brasília: 2015.

MURTA, S. G. *et al. Problemas en la adolescencia: Contribuciones del entrenamiento en habilidades sociales*. In: SALAMANCA, J. C. (ed.). **Manual de intervención psicológica para adolescentes: Ámbito de la salud y educativo**. Colombia: PSICOM Editores. 2006.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Famílias, gênero e violências: desvelando as tramas da transmissão transgeracional da violência de gênero. In STREY, M. N.; AZAMBUJA M. P. R.; Jaeger, F. P. (org.), **Violência, gênero e políticas públicas**. Porto Alegre: Editora da PUCRS, 2004. p.149-176.

NEVES, A. S. *et al.* Abuso sexual contra a criança e o adolescente: reflexões interdisciplinares. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 99-111, 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2010000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000100009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 15 mar. 2021.

NICOLODI, L.; ARANTES, A. Poder e patriarcado: contribuições para uma análise comportamental da desigualdade de gênero. In: PINHEIRO, R.; MIZAEEL, T. (org.). **Debates sobre feminismo e análise do comportamento**. Fortaleza: Imagine Publicações, 2019. p. 64-83.

NODARI, N. L. *et al.* Estresse, conceitos, manifestações e avaliação em saúde: revisão de literatura. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 2, n. 1, p. 61-74, maio 2014. Disponível em: [https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude\\_desenvolvimento/article/view/1543/1100](https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/1543/1100). Acesso em: 20 mar. 2022.

OLIVEIRA, N. Pesquisa do IBGE mostra que mulher ganha menos em todas as ocupações. **Agência Brasil**, Rio de Janeiro, 08 mar. 2019. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2019-03/pesquisa-do-ibge-mostra-que-mulher-ganha-menos-em-todas-ocupacoes>. Acesso em: 20 mar 2022.

OLIVEIRA-MONTEIRO, N. R. D. *et al.* Estresse, competência e problemas psicológicos de adolescentes estudantes. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 37, n. 1, p. 23-29, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/abcs.v37i1.45>. Acesso em: 20 mar. 2022.

OMS. **Consultation on Child Abuse Prevention**. Geneva: WHO, 1999. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65900>. Acesso em: 15 mar. 2021.

OMS. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

OTERO, M. R. **O compromisso do analista do comportamento com as questões sociais: uma análise de publicações**. 2002. 200 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: <https://tedeantiga.pucsp.br/handle/handle/16655>. Acesso em: 22 mar. 2022.

OZELLA, S. Adolescência: uma perspectiva crítica. *In*: CONTINI, M. L. J. (coord.); KOLLER, H. (org.). **Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas**. Rio de Janeiro. Conselho Federal de Psicologia, 2002. p. 16-24. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/01/adolescencia1.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

OZELLA, S.; AGUIAR, W. M. J. Desmistificando a concepção de adolescência. **Cadernos de Pesquisa**, v. 38, n. 133, jan./abr. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742008000100005>. Acesso em: 15 mar. 2021.

PADILHA, M. G. S. **Prevenção primária de Abuso Sexual: avaliação da eficácia de um programa com adolescentes e pré-adolescentes em ambiente escolar**. 2007. 183 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/2835>. Acesso em: 15 mar. 2021.

PEDERSEN, J. R.; GROSSI, P. K. O Abuso sexual intrafamiliar e a violência estrutural. *In*: AZAMBUJA, M. R. F.; FERREIRA, M. H. M. (org.). **Violência sexual contra crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PINHO, V. D.; OLIVA, A. D. Habilidades sociais em fumantes, não fumantes e ex-fumantes. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, dez. 2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872007000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872007000200005). Acesso em: 20 mar. 2022.

ROSENDO, A. P.; NOGUEIRA, C. P. V. Feminismo e Análise do Comportamento: Contribuições de Maria R. Ruiz. **Rev. Mult. Psic.**, v. 14, n. 49, p. 458-477, fev. 2020. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2344/0>. Acesso em: 20 mar. 2022.

ROURE, G. Q. D. **Vidas silenciadas: a violência com crianças e adolescentes na sociedade brasileira**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1996.

RUIZ, M. R. *Inconspicuous sources of behavioral control: The case of gendered practices*. **The Behavior Analyst Today**, v. 4, n. 1, p. 12-16, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/h0100005>. Acesso em: 15 mar. 2021.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, Patriarcado, Violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.



SALOMA, A. C. et al. Depressão na infância e na adolescência. In: LACERDA, A. L. T. *et al.* **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 50-65.

SANGHVI, R. *Is Lack of Sexual Assertiveness Among Adolescent And Young Adult Women a Cause for Concern*. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 34, n. 4, p. 178-183, jul./ago. 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12214907/>. Acesso em: 20 mar. 2022.

SANTOS, L. M. M. O papel da família e dos pares na escolha profissional. **Psicologia em Estudo**, v.10, n. 1, p. 57-66, abr. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000100008>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SANTOS, M. J. *et al.* Caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes na escola – Brasil, 2010-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000200010>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SANTOS, S. S.; DELL’AGLIO, D. D. Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 328-335, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000200013>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SCHAEFER, L. S., ROSSETTO, S.; KRISTENSEN, C. H. Perícia psicológica no abuso sexual de crianças e adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 28, n. 2, p. 227-234, ago. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722012000200011>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SCHOEN-FERREIRA, T. H.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E. F. M. Adolescência através dos Séculos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 227-234, abr./jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000200004>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SFAIR, S. C.; BITTAR, M.; LOPES, R. E. Educação sexual para adolescentes e jovens: mapeando proposições oficiais. **Saude soc.**, v. 24, n. 2, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200018>. Acesso em: 30 maio 2021.

SHORE, A. N. *Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder*. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 36, n. 1, p. 9-30, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.00996.x>. Acesso em: 20 mar. 2022.

SIDMAN, M. **Coerção e suas implicações**. Tradução Maria Amália Andery e Teresa Maria Sérgio. São Paulo: Editora Livro Pleno, 2011.

SILVA, E. C.; LAURENTI, C. B. F. Skinner e Simone de Beauvoir: “a mulher” à luz do modelo de seleção pelas consequências. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, v. 7, n. 2, p. 197-211, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.18761/pac.2016.009>. Acesso em: 22 mar. 2022.

SILVA, K.A.; CALOU, A. L.F.; FERNANDES, R.M.M. Abuso sexual infanto-juvenil em uma análise sobre técnicas em Terapias Cognitivo-Comportamentais em grupo (TCCG). **Gênero e Direito**, v. 8, n. 5, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2179-7137.2019v8n5.48611>. Acesso em: 01 jul. 2021.

SILVA, M. L. *et al.* Avaliação do repertório de habilidades sociais de usuários de substâncias psicoativas em tratamento. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 4, p. 849-858, dez. 2018 Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1633>. Acesso em: 22 mar. 22.

SKINNER, B. F. Can Psychology Be a Science of Mind? **American Psychologist**, v. 45, n. 11, p. 1206-10, 1990. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.45.11.1206>. Acesso em: 22 mar. 22.

SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

SKINNER, B. F. Seleção por consequências. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, v. 9, n. 1, p. 129-137, 2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1517-55452007000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1517-55452007000100010). Acesso em: 22 mar. 22.

SKINNER, B. F. **Sobre o Behaviorismo**. Tradução Maria da Penha Villalobos. São Paulo: Cultrix, 2002. 211 p.

SKINNER, B. F. **Walden two: Uma sociedade do futuro**. Tradução R. Moreno e N. R. Saraiva. São Paulo: Herder, 1975.

SKINNER, B. F.; VAUGHAN, M.E. **Viva bem a velhice: aprendendo a programar a sua vida**. Tradução Anita Liberalesso Neri. São Paulo: Summus, 1985.

SOUSA, L. B; FERNANDES, J. F. P; BARROSO, M. G. T. Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. **Acta paul. enferm.**, v. 19, n. 4, dez. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000400007>. Acesso em: 30 maio 2021.

SOUZA, L. D. M. *et al.* Sintomatologia depressiva em adolescentes iniciais: estudo de base populacional. **Jornal Brasileira de Psiquiatria**, v. 57, n. 4, p. 261-266, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852008000400006>. Acesso em: 20 mar 2022.

TEIXEIRA-FILHO, F. S. *et al.* Tipos e consequências da violência sexual sofrida por estudantes do interior paulista na infância e/ou adolescência. **Psicol. Soc.**, v. 25, n. 1, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822013000100011>. Acesso em: 15 mar. 2021.

TERROSO, L. B. *et al.* Habilidades Sociais e Bullying em Adolescentes. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 251-259, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-17>. Acesso em: 15 mar. 2021.

TERROSO, L.B.; ARGIMON, I.I.L. Dependência de internet e habilidades sociais em adolescentes. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 200-219, jul. 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812016000100012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812016000100012). Acesso em: 15 mar. 2021.

TODOROV, J. C. Contingências de Seleção Cultural. **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**, v. 8, n. 2, p. 95-105, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v8i2.1315>. Acesso em: 15 mar. 2021.

TODOROV, J. C.; MOREIRA, M. Análise Experimental do Comportamento e Sociedade: Um Novo Foco de Estudo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 17, n. 1, p. 25-29, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722004000100005>. Acesso em: 22 mar. 2022.

TORKANIA, M. Unesco: quase 16 milhões de meninas de 6 a 11 anos no mundo nunca irão à escola. **Agência Brasil**, Brasília, 03 mar. 2016. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2016-03/quase-16-milhoes-de-meninas-entre-6-e-11-anos-nunca-irao-escola-diz-unesco>. Acesso em: 15 mar. 2021.

TOURINHO, E. Z. Notas sobre o Behaviorismo de Ontem e de Hoje. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 1, p. 186-194, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000100022>. Acesso em: 15 mar. 2021.

TRICOLI, V. A. C.; LIPP, M. E. N. **Escala de Estresse para Adolescentes – ESA**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

TRICOLI, V.; LIPP, M. E. N. **ESA: escala de stress para adolescentes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

UNICEF. Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil. Outubro 2021. Disponível em: [<https://www.unicef.org/brazil/media/16421/file/panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil.pdf>]. Acesso em: 10 mar 2022.

WAGNER, M.F.; OLIVEIRA, M. S. Habilidades Sociais e Abuso de Drogas em Adolescentes. **Psicol. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.101-116, dez. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000100022>. Acesso em: 15 mar. 2021.

WHO. **Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112750>. Acesso em: 20 mar 2022.

WHO. **Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence**. Geneva: World Health Organization, 2006. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43499>. Acesso em: 15 mar. 2021.

WILLIAMS, L. C. A. Abuso sexual infantil. *In*: H. J. Guilhardi, M. B. B. *et al.* (org.). **Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento**. Santo André: ESETec, 2002. Disponível em: <http://www.ufscar.br/~cech/laprev/abuso.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ZANELLO, V. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. Curitiba: Appris, 2018.

ZANUTO, J. O.; LAURENTI, C. Contribuições políticas da análise feminista do amor romântico para a discussão analítico-comportamental dos sentimentos. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, v. 12, n. 2, p. 447-464, 2022. Disponível em: <https://www.revistaperspectivas.org/perspectivas/article/view/823>. Acesso em: 22 mar. 2022.

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Pesquisadores envolvidos:** *Renata Porto Pinheiro* (pós-graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão), Endereço: Rua Silva Jardim, nº 215, Centro, E-mail: renata.pinheiro@huufma.br, telefone: (98) 99136-3168 e *Profa. Dra. Catarina Malcher Teixeira* (Pesquisadora/orientadora), Endereço: Av. dos Portugueses, nº 1966, Vila Bacanga, E-mail: catarina.malcher@ufma.br, telefone: (98) 98201-9483. Em todas as formas de contato, estamos disponíveis de segunda a sexta-feira das 08:00h às 17:00h.

Prezado participante, você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **“HABILIDADES SOCIAIS, DEPRESSÃO E ESTRESSE: um estudo com adolescentes vítimas de abuso sexual”** na condição de responsável pela menor que deve ser indicada abaixo.

**Objetivo e justificativas:** Avaliar como o repertório de habilidades sociais de adolescentes vítimas de abuso sexual interfere na manifestação e intensidade de sintomas depressivos e de estresse.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é a necessidade mais pesquisas sobre a situação de adolescentes vítimas de abuso sexual, com investigação de possíveis desdobramentos e relações com variáveis que podem influenciar direta ou indiretamente na ocorrência deste tipo de violência. Com esse estudo, pretende-se encontrar novas maneiras de intervenção às vítimas e assim, diminuir o impacto dos prejuízos decorrentes da violência sexual contra pessoas em desenvolvimento, auxiliando em estratégias mais eficazes de enfrentamento e prevenção de agravos. Estudos que investiguem se um repertório elaborado em habilidades sociais pode amenizar os impactos negativos causados por situações de abuso sexual podem ser úteis nos cuidados às vítimas.

**A participação de seu representado no referido estudo envolverá** a coleta de informações da Ficha SINAN, que contém dados relativos ao abuso sofrido; a aplicação de um Protocolo de

Caracterização do Participante (PCP) para coleta de dados extras sobre a participante; e a aplicação do Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA), a Escala Batista de Depressão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ) e a Escala de Estresse para Adolescentes (ESA), para avaliar os níveis de habilidades sociais, depressão e estresse, respectivamente. Estima-se uma média de 15 minutos de resposta para cada um dos instrumentos. Caso a participante deseje, a pesquisadora disponibilizará espaço para acolhimento após a coleta. A adolescente deverá responder os instrumentos por completo, respondendo o que é pedido em cada item.

**Possíveis benefícios para o seu representado:** Não há benefícios diretos e imediatos, mas a partir dessa pesquisa será possível preencher lacunas presentes nos estudos sobre abuso sexual em adolescentes, contribuindo para uma melhor caracterização e compreensão de alguns comportamentos, buscando também contribuir para a futura elaboração de estratégias para a prevenção, intervenção e tratamento de adolescentes em situação de abuso sexual.

**Possíveis riscos para o seu representado:** despertar lembranças negativas, algum grau de constrangimento ou desconforto durante a aplicação dos instrumentos. Podem ocorrer eventuais incômodos ou desconfortos relativos à natureza de alguma pergunta contida nos instrumentos. Nestes casos, a equipe de pesquisa prestará todo o apoio devido à participante, avaliando imediatamente com a mesma seu desejo esclarecido em continuar participando da pesquisa e disponibilizando acolhimento psicológico, caso necessário. Durante a coleta de informações e em qualquer outra etapa do estudo você terá acesso às pesquisadoras responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas e também em qualquer época você poderá retirar o seu consentimento.

**Você não terá nenhum custo com a pesquisa,** e caso haja por qualquer motivo, asseguramos que você será devidamente ressarcido(a). Não haverá nenhum tipo de pagamento pela participação de seu representado, ela é voluntária. Em caso de algum problema que você possa ter relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada pela equipe de pesquisadoras, com o pertinente apoio psicológico, sob responsabilidade das pesquisadoras, Profa. Dra. Catarina Malcher Teixeira e Psic. Renata Porto Pinheiro. Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas entrando em contato com as pesquisadoras.

**Confidencialidade:** sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, o(a) identificar ou identificar sua representada, será mantido em sigilo. É assegurada a assistência de sua representada durante toda a pesquisa, garantindo o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências e a tudo o que se queira saber antes, durante e depois da participação dela.

**Esclarecimento:** Ao aceitar participar dessa pesquisa, você irá receber uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com os dados dos pesquisadores envolvidos para eventual contato.

Aceito participar da pesquisa na condição de responsável pela menor \_\_\_\_\_, tendo sido informado(a) sobre seus objetivos, riscos, benefícios, sobre a minha liberdade em participar ou mesmo de deixar a pesquisa em qualquer momento, e de não haver valor econômico a receber ou a pagar pela participação. Considerando os itens acima expostos, eu, de maneira livre e esclarecida, expresseo meu interesse em participar desta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do representante legal*

Local e data: \_\_\_\_\_ (MA), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Catarina Malcher Teixeira

\_\_\_\_\_  
Psic. Renata Porto Pinheiro

**Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa para recurso, sugestão ou reclamações do sujeito pesquisado:** o CEP do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, funciona no endereço: Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro, São Luís-MA, no Hospital Universitário Presidente Dutra. CEP: 65020-070. Sendo possível também o contato pelo

telefone (98) 2109-1250, ou através do e-mail [cep@huufma.br](mailto:cep@huufma.br). O CEP funciona de segunda a sexta, das 08:00h às 12:00h e das 14:00h às 17:00h.

**ANEXO B – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Pesquisadores envolvidos:** Renata Porto Pinheiro (pós-graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão), Endereço: Rua Silva Jardim, nº 215, Centro, E-mail: renata.pinheiro@huufma.br, telefone: (98) 99136-3168 e Profa. Dra. Catarina Malcher Teixeira (Pesquisadora/orientadora), Endereço: Av. dos Portugueses, nº 1966, Vila Bacanga, E-mail: catarina.malcher@ufma.br, telefone: (98) 98201-9483. Em todas as formas de contato, estamos disponíveis de segunda a sexta-feira das 08:00h às 17:00h.

Prezado participante, você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “**HABILIDADES SOCIAIS, DEPRESSÃO E ESTRESSE: um estudo com adolescentes vítimas de abuso sexual**”, que tem o objetivo de avaliar como o repertório de habilidades sociais de adolescentes vítimas de abuso sexual interfere na manifestação e intensidade de sintomas depressivos e de estresse.

O **assentimento** significa que você concorda em fazer parte de um grupo de adolescentes da sua faixa de idade para participar de uma pesquisa. Serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informações, por mais simples que possam parecer. Pode ser que este documento denominado **TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou à sua equipe que explique qualquer informação que você não entenda claramente.

**Sua participação no referido estudo envolverá** a coleta de informações da Ficha SINAN, que contém dados relativos ao abuso sofrido; a aplicação de um Protocolo de Caracterização do Participante (PCP) para coleta de dados extras sobre você; e a aplicação do Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA), a Escala Batista de Depressão Infanto-Juvenil (EBADEP-II) e a Escala de Estresse para Adolescentes (ESA), para avaliar os níveis de



habilidades sociais, depressão e estresse, respectivamente. Estima-se uma média de 15 minutos de resposta para cada um dos instrumentos. Caso você deseje, a pesquisadora disponibilizará espaço para acolhimento após a coleta. Você deverá responder a cada instrumento por completo, respondendo ao que é pedido em cada item, escolhendo a alternativa que mais corresponde a sua realidade, seguindo as orientações dadas pelas pesquisadoras e pelas instruções dos instrumentos.

**Benefícios:** Não há benefícios diretos e imediatos, mas a partir dessa pesquisa será possível preencher lacunas presentes nos estudos sobre abuso sexual em adolescentes, contribuindo para uma melhor caracterização e compreensão de alguns comportamentos, buscando também contribuir para a futura elaboração de estratégias para a prevenção, intervenção e tratamento de adolescentes em situação de abuso sexual.

**Estou ciente** de que a minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Também fui informada de que pode haver recusa à participação no estudo, bem como pode ser retirado o consentimento a qualquer momento, sem precisar haver justificativa, e de que, ao sair da pesquisa, não haverá qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo. Eu li e discuti com a investigadora responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito. Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas. Eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento DE ASSENTIMENTO INFORMADO.

---

Participante

Local e data: \_\_\_\_\_ (MA), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

---

Profa. Dra. Catarina Malcher Teixeira

Psic. Renata Porto Pinheiro

**Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa para recurso, sugestão ou reclamações do sujeito pesquisado:** o CEP do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, funciona no endereço: Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro, São Luís-MA, no Hospital Universitário Presidente Dutra. CEP: 65020-070. Sendo possível também o contato pelo telefone (98) 2109-1250, ou através do e-mail cep@huufma.br. O CEP funciona de segunda a sexta, das 08:00h às 12:00h e das 14:00h às 17:00h.

ANEXO C – Ficha de Notificação Compulsória do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº		
<p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/interfamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.</p>						
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação: 2 - Individual		2 Agravado/enunciado: <b>VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA</b>		3 Código (CID10): <b>Y99</b>	
	4 UF: 5 Município de notificação		6 Código (IBGE)			
	7 Unidade Notificadora: <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 3- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros		8 Nome da Unidade Notificadora		9 Código Unidade	
	10 Unidade de Saúde		11 Nome do paciente		12 Data da ocorrência da violência	
Notificação Individual	13 (ou) Idade: <input type="checkbox"/> 1- Menor de 1 ano 2- De 1 a 4 anos 3- De 5 a 9 anos 4- De 10 a 14 anos 5- De 15 a 19 anos 6- De 20 a 24 anos 7- De 25 a 29 anos 8- De 30 a 34 anos 9- De 35 a 39 anos 10- De 40 a 44 anos 11- De 45 a 49 anos 12- De 50 a 54 anos 13- De 55 a 59 anos 14- De 60 a 64 anos 15- De 65 a 69 anos 16- De 70 a 74 anos 17- De 75 a 79 anos 18- De 80 a 84 anos 19- De 85 a 89 anos 20- De 90 a 94 anos 21- De 95 a 99 anos 22- Não se aplica		14 Sexo: <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		15 Cor/Raça: <input type="checkbox"/> 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 6- Ignorado	
	16 Escolaridade: <input type="checkbox"/> 1- Analfabeto 2- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 4- 9ª a 11ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 5- Ensino fundamental completo (antigo primário ou 1º grau) 6- Ensino médio completo (antigo secundário ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica		17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe	
	19 UF: 20 Município de Residência		21 Código (IBGE)		22 Distrito	
	23 Bairro		24 Logradouro (rua, avenida, ...)		25 Código	
Dados de Residência	26 Número		27 Complemento (apto, casa, ...)		28 Geo-campo 1	
	29 Geo-campo 2		30 Ponto de Referência		31 CEP	
	32 DDD( Telefone		33 Zona: <input type="checkbox"/> 1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Periurbana <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		34 País (se residente fora do Brasil)	
	<b>Dados Complementares</b>					
Dados Pessoais	35 Nome Social		36 Ocupação			
	37 Situação conjugal / Estado civil: <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		38 Orientação Sexual: <input type="checkbox"/> 1- Heterossexual <input type="checkbox"/> 2- Homossexual (gay/lésbica) <input type="checkbox"/> 3- Bissexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado			
	39 Possui algum tipo de deficiência/transato? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		40 Se sim, qual tipo de deficiência/transato? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva		41 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1- Transvi <input type="checkbox"/> 2- Mulher Transsexual <input type="checkbox"/> 3- Homem Transsexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	
	42 Possui algum tipo de transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		43 Se sim, qual tipo de transtorno? <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento			
Dados de Ocorrência	44 UF: 45 Município de ocorrência		46 Código (IBGE)		47 Distrito	
	48 Bairro		49 Logradouro (rua, avenida, ...)		50 Código	
	51 Número		52 Complemento (apto, casa, ...)		53 Geo-campo 3	
	54 Ponto de Referência		55 Zona: <input type="checkbox"/> 1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Periurbana <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		56 Hora de ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
57 Local de ocorrência: <input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 08 - Indústria/construção <input type="checkbox"/> 09 - Outro		58 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		59 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		

<b>Violência</b>	<b>23</b> Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 00-Não se aplica 99-Ignorado		
	<b>24</b> Tipo de violência: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	<b>27</b> Meio de agressão: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, intoxicação <input type="checkbox"/> Outros _____	
<b>Violência Sexual</b>	<b>26</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
	<b>28</b> Procedimento realizado: 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
<b>Dados do provável autor da violência</b>	<b>29</b> Número de envolvidos: 1-Um <input type="checkbox"/> 2-Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	<b>30</b> Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigo/conhecido <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrôcochete <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Outros _____	<b>32</b> Sexo do provável autor da violência: 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino <input type="checkbox"/> 3-Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9-Ignorado
	<b>31</b> Suspeita de uso de álcool: 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		
<b>Violência Sexual</b>	<b>34</b> Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	<b>33</b> Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde/hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do bloco <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede de Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
<b>Violência Física</b>	<b>34</b> Violência Relacionada ao Trabalho: <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	<b>35</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT): <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	<b>36</b> Circunstância da lesão: CID 10 - Cap XX _____
	<b>37</b> Data de encerramento: _____		
<b>Informações complementares e observações</b>			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	DDD) Telefone
Observações Adicionais:			
<b>Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS</b>		<b>TELEFONES ÚTEIS</b>	
136		Central de Atendimento à Mulher	
		180	
		Disque Direitos Humanos	
		100	
<b>Notificador</b>	Município/Unidade de Saúde		Cód. de Unit. de Saúde/CNES
	Nome	Função	Assinatura

## ANEXO C – Protocolo de Caracterização do Participante – PCP



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**PROTOCOLO DE CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE – PCP**

**(Obs: Essas informações não precisam ser todas coletadas diretamente com a participante, será realizada a coleta em documentos da Instituição dos atendimentos realizados pela equipe)**

Participante: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Responsável Legal: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Data da aplicação: \_\_\_\_\_

Data do 1º atendimento na Instituição: \_\_\_\_\_

Realizou/Realiza acompanhamento psicológico? ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_

Se não, qual motivo? \_\_\_\_\_

**Sobre ambiente Familiar:**

Com quem reside? \_\_\_\_\_

Tem irmãos? ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_ Qual idade: \_\_\_\_\_

Responsáveis trabalham? ( ) Sim ( ) Não.

Renda familiar: \_\_\_\_\_

**Sobre ambiente escolar:**

Está estudando atualmente? ( ) Sim ( ) Não.

Se não, qual motivo? \_\_\_\_\_

Se sim, qual série? \_\_\_\_\_

Já reprovou alguma vez? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_

Tem amigos na escola? ( ) Sim ( ) Não. Se não, qual motivo? \_\_\_\_\_

**Sobre lazer e outros:**

O que costuma fazer quando não está na escola? \_\_\_\_\_

Possui alguma religião? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, Qual? \_\_\_\_\_

Participa de atividades da igreja? ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, Com que frequência? \_\_\_\_\_

Pratica algum esporte? ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, Qual? \_\_\_\_\_ Com que frequência? \_\_\_\_\_

Participa de alguma atividade na sua comunidade? ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

**Sobre tarefas domésticas e trabalho:**

É responsável por alguma tarefa em sua casa? ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, Qual (is): \_\_\_\_\_

É responsável por cuidar de alguém mais novo que você? ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, Quem? \_\_\_\_\_

Exerce alguma atividade remunerada fora de casa? ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, Qual? \_\_\_\_\_

**Sobre o abuso: (Obs: Prioriza-se a coleta dessas informações em documentos dos atendimentos realizados pela equipe).**

Os abusos deixaram de acontecer? ( ) Sim ( ) Não.

Que idade tinha quando aconteceu o abuso pela 1ª vez? \_\_\_\_\_

O abuso aconteceu mais de uma vez? ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, por quanto tempo durou? \_\_\_\_\_

Com que frequência acontecia? \_\_\_\_\_

Conseguiu contar sobre o que estava acontecendo para alguém? ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, Para quem? \_\_\_\_\_

Se sentiu apoiada após a revelação do abuso? ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, por quem? \_\_\_\_\_.

**Obrigada.**

**ANEXO D** – Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes – IHSA-Del Prette  
(Impossibilidade de ser divulgado no presente texto por ser de uso privativo de Psicólogos –  
Artigo 13, § 1º da Lei 4119/62.)

**ANEXO E – Escala Baptista de Depressão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ)**

(Impossibilidade de ser divulgado no presente texto por ser de uso privativo de Psicólogos – Artigo 13, § 1º da Lei 4119/62.)



**ANEXO F – Escala de Stress para Adolescentes (ESA)**

(Impossibilidade de ser divulgado no presente texto por ser de uso privativo de Psicólogos – Artigo 13, § 1º da Lei 4119/62.)