

AVALIAÇÃO DE IMPACTO E PROCESSO DE UM MODELO DE
GRUPOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA MENINAS
VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Luísa Fernanda Habigzang

Tese apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de Doutora em Psicologia,
sob orientação da Prof^a Dr^a Sílvia Helena Koller

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Curso de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, Março de 2010

AGRADECIMENTOS

Este é um momento significativo no meu percurso acadêmico e em minha vida pessoal. O desafio do doutorado está sendo concluído e um novo ciclo de desafios e conquistas está por vir. Realizar este curso e escrever esta tese me absorveu e exigiu de mim mais que um esforço profissional. Vivenciei visceralmente este processo e aprendi imensamente com muitas pessoas que compartilharam comigo estes anos de estudo e muito trabalho. Dessa forma, não poderia deixar de agradecer a todos que contribuíram para o que hoje sou e por mais esta conquista profissional.

Inicialmente agradeço minha família, especialmente minha mãe. Com ela aprendi a ter coragem e perseverança para ultrapassar obstáculos e transformar desafios em conquistas. Sua honestidade, simplicidade e amor fizeram de mim o ser humano que sou e serei sempre grata. Agradeço também ao meu irmão Eduardo, que sempre acompanhou com entusiasmo cada conquista. Desde crianças compartilhamos momentos de alegrias e outros de dificuldades e sempre fomos um apoio importante um para o outro. Aos meus avós, Juan e Cora, agradeço pelo amor e por contribuir com minha curiosidade e prazer pela leitura. Minha paixão pelos livros vem deste berço. A minha avó Irma e Jaime (em memória) pelo carinho e ajuda sempre que necessário. Gostaria também de agradecer ao meu pai, tios, tias, primos e primas. Obrigada pelos ensinamentos e por estarem presentes em minha vida.

Agradeço às minhas amigas e amigos por todos os momentos de alegria compartilhados que certamente me auxiliaram para dar leveza e força para continuar o trabalho. Roberta, Beta, Jéssica, Janaína, Eliseu, Paula, Rochele, Beca, Lizandra, Patrícia e tantos outros que não estou nomeando, mas que certamente são especiais. Amigos queridos, muito obrigada pela convivência sempre tão prazerosa!

Um agradecimento especial a minha orientadora Sílvia Koller por ser um modelo de inspiração profissional para mim. Tudo o que aprendi contigo, me transformou como pesquisadora, professora, ser humano. Nossa relação transformou-se em uma amizade, baseada no afeto e confiança que certamente é a maior de todas as minhas riquezas e conquistas deste doutorado. Contigo aprendi a redigir um texto científico, a coordenar uma equipe, a pensar eticamente antes de metodologicamente, a refletir sobre os resultados encontrados, a não dispensar a discussão daquilo que contrariava nossas hipóteses, a não desistir frente a uma dificuldade e a sempre compartilhar com todos que cruzam nosso caminho aquilo que aprendemos com o nosso trabalho. Agradeço pela atenção e comprometimento com a orientação do meu percurso na pós-graduação e desta tese. Este trabalho é fruto de nossa parceria e de nosso amor pelo que fazemos. Aproveito para aqui também expressar meu agradecimento e carinho ao Jan que adotou os cepianos como filhos,

sempre nos recebendo na CEP mansão com amor e alegria. Jan, obrigada pelo afeto que sempre demonstraste por mim. Saiba que é recíproco.

À minha equipe de pesquisa, devo muito da possibilidade de realizar este trabalho. Roberta Hatzenberger, Fernanda Stroehrer, Rafaela Cassol da Cunha, Michele da Silva Ramos, Débora Fraga, Paula Bavaresco e Jean Von Hohendorff, vocês são um dos motivos de eu ser tão feliz. Tenho certeza que as sementes semeadas ao longo da nossa convivência e trabalho darão frutos sempre. Obrigada pelo empenho, competência, interesse, seriedade que tiveram ao longo desta pesquisa e pelo amor com que se entregaram ao desafio de atender crianças vítimas de abuso sexual. Vocês certamente contribuíram muito para melhorar a qualidade de vida de cada uma das nossas meninas. Sabem o nome, a história e a evolução de cada uma, porque não se envolveram apenas como membros de uma pesquisa, mas como seres humanos que lutam por uma causa. Realmente não tenho palavras para expressar meu agradecimento e amor por cada um de vocês e o orgulho que sinto de tê-los comigo. Ainda teremos muito trabalho pela frente!!!

Agradeço aos queridos colegas cepianos pela companhia, discussões teóricas, trabalhos em parceria, festas e brincadeiras que são a marca deste grupo tão grandioso. Aprendi imensamente com cada um de vocês. São colegas e amigos muito especiais. Sinto realmente que somos uma família. Um beijo no coração de cada um....Lucas, Clarissa, Carolina, Eva, Luciana, Andreína, Maylcon, Vicente, Bruno, Ana Paula, Michele, Carlos, Mayte, Simone, Elder, Normanda, Maria Clara, Airi, Laíssa e nossa super secretária Carmem. Faço um agradecimento especial ao Lucas que contribuiu muito com as análises estatísticas deste trabalho. Obrigada, querido, pela tua disponibilidade, paciência e carinho.

Obrigada aos professores que aceitaram fazer parte desta banca avaliadora e contribuir com seus conhecimentos para aprimorar o trabalho. À professora Lisiane Bizarro, pelo trabalho de relatora e pelas contribuições sempre pertinentes e críticas construtivas, ao professor Christian Kristensen, por quem tenho um imenso respeito e admiração e que acompanha minha trajetória, contribuindo para enriquecê-la desde minha graduação, e à professora Lúcia Williams, que gentilmente prestou orientações que auxiliaram a clarear e qualificar alguns aspectos teóricos deste trabalho.

Agradeço aos professores do Curso de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS, que contribuíram muito para minha formação e qualificação profissional, em especial aos professores: Lisiane Bizarro, Débora Dell’Aglío, César Piccinini, Tânia Sperb, Denise Bandeira, Claudio Hutz e William Gomes. Também agradeço aos meus colegas de curso, Ana Carolina, Sílvio, Jeane, Samara, entre tantos outros, com quem compartilhei angústias e aprendizagens.

Devo um especial agradecimento ao CNPq que acreditou neste projeto e financiou este trabalho e a Capes que financiou minha bolsa de doutorado.

Por fim, agradeço as crianças e as adolescentes atendidas pelo CEP-RUA/NH, pela confiança e por terem compartilhado conosco histórias de sofrimento, mas também de superação. Conviver com vocês e ter a oportunidade de atendê-las fez com que eu compreendesse verdadeiramente o que significa resiliência! Vocês contribuíram de forma fundamental para a minha formação e qualificação como pesquisadora e clínica, assim como de toda nossa equipe. Também agradeço às famílias, a toda rede de proteção das crianças de NH (conselhos tutelares, CREAS, abrigos, Juizado da Infância, Promotoria, escolas, entre outros) e à Prefeitura de Novo Hamburgo pela oportunidade de desenvolver este trabalho e pela parceria.

Muito obrigada!
Luísa F. Habigzang

CANÇÃO PARA A MENINA MALTRATADA

Celso Gutfreind

Não, não será com métrica
Nem rima
Uma coisa sem nome violentou uma menina
Ação barata sem a prata do pensamento
O ouro do sentimento
O dia da empatia. Noite.
Uma coisa. Não era o lobo
Nem o ogro nem a bruxa
Era a fúria do real sem o carinho do símbolo
Stop. A poesia parou
Ou foi a humanidade?
Stop nada, a menina sente e segue
Com métrica, rima, graça e vida
Onde está tua vitória, ignomínia?
Uma prosa continua
Poética como era
Saltitante o bastante
Para não perder a poesia
A coisa (homem?) é punido como um lobo
No conto de verdade. E imprime-se um nome
Na ignomínia
A menina liberta expressa
Ri e chora, volta a ser
Qualquer (única) menina
Pronta para a métrica
Pronta para a rima
Pronta para a vida
Canto de cicatriz
Pronta para o amor a dois
À espera, suave, escolhido.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	08
Lista de Figuras.....	10
Resumo.....	11
Abstract.....	12
Apresentação.....	13
Capítulo I	
Introdução.....	15
Abuso Sexual contra Crianças e Adolescentes: Definição, Histórico, Dinâmica e Dados Epidemiológicos.....	15
O Abuso Sexual no Processo de Desenvolvimento de Crianças e Adolescentes.....	26
Psicoterapia para Vítimas de Abuso Sexual: Estudos Recentes.....	35
Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).....	37
Modalidade Grupal.....	44
Aspectos Éticos e Desafios na Avaliação e Tratamento de Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso Sexual.....	50
Capítulo II	
Estudo I - Avaliação de Impacto da Grupoterapia Cognitivo-Comportamental.....	60
Método.....	60
Delineamento.....	60
Participantes.....	61
Instrumentos.....	64
Procedimentos.....	66
Resultados.....	72
Avaliação do Impacto da Grupoterapia Cognitivo-Comportamental.....	72
Avaliação no Follow Up.....	78
Preditores da Resposta à Grupoterapia Cognitivo-Comportamental.....	82
Discussão dos Resultados.....	91
Avaliação do Impacto da Grupoterapia Cognitivo-Comportamental.....	91
Avaliação no Follow Up.....	95
Preditores da Resposta à Grupoterapia Cognitivo-Comportamental.....	96
Capítulo III	
Estudo II - Avaliação de Processo da Grupoterapia Cognitivo Comportamental.....	98
Método.....	98
Delineamento.....	98

Participantes.....	98
Instrumentos.....	99
Procedimentos.....	100
Resultados e Discussão.....	108
Avaliação Psicológica Inicial.....	108
Processo de Grupoterapia Cognitivo-Comportamental.....	112
Análise de Indicadores para Avaliação de Processo da Grupoterapia.....	128
Capítulo IV	
Considerações finais.....	135
Referências.....	137
Anexos.....	149
Anexo A - Entrevista com Crianças ou Adolescentes Vítimas de Abuso Sexual.....	150
Anexo B - Escala de Atribuições e Percepções de Crianças (CAPS).....	152
Anexo C - Inventário de Depressão Infantil (CDI).....	154
Anexo D - Inventário de Ansiedade Traço e Estado para Crianças (Idate-C).....	157
Anexo E - Entrevista para Avaliação Clínica do Transtorno do Estresse Pós-Traumático	161
Anexo F - Carta de Aprovação do Comitê de Ética.....	164
Anexo G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	165

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Alterações Cognitivas, Comportamentais e Emocionais Apresentadas por Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso Sexual.....	34
Tabela 2. Linha do Tempo das Atividades da Grupoterapia Cognitivo-Comportamental	61
Tabela 3. Idade Atual, Idade do Início e da Revelação do Abuso das Participantes.....	62
Tabela 4. Informações sobre o Abuso Sexual.....	62
Tabela 5. Informações sobre a Revelação do Abuso Sexual.....	63
Tabela 6. Informações sobre Quem eram os Agressores (respostas múltiplas).....	64
Tabela 7. Descrição das Sessões de Grupoterapia Cognitivo Comportamental para Meninas Vítimas de Abuso Sexual.....	69
Tabela 8. Médias (Desvios-Padrão) das Variáveis no Pré-teste e nos Pós-testes da Grupoterapia Cognitivo-Comportamental (N=49).....	73
Tabela 9. Valores de t(df) para cada Variável no Pré-teste e nos Pós-testes da Grupoterapia Cognitivo Comportamental (N=49).....	74
Tabela 10. Médias (Desvios-Padrão) das Variáveis e Diferenças entre os Grupos Pré-teste com Relação ao Tempo de Espera por Atendimento.....	77
Tabela 11. Médias (Desvios-Padrão) das Variáveis no Follow-up 1 e 2 da Grupoterapia Cognitivo-Comportamental (N=35).....	79
Tabela 12. Valores de t(df) para cada Variável nos Follow up 1 e 2 da Grupoterapia Cognitivo Comportamental (N=35).....	80
Tabela 13. Variação de Médias e Desvios-Padrão nas Variáveis/Instrumentos entre Pré-Teste e Pós-Teste 3 (N=49).....	83
Tabela 14. Correlações entre Resposta à Grupoterapia Cognitivo-Comportamental e a Variação nos Instrumentos entre Pós 3 – Pré-teste.....	85
Tabela 15. Correlações entre Resposta à Grupoterapia Cognitivo-Comportamental e as Médias nos Instrumentos no Pré-Teste.....	86
Tabela 16. Correlações entre Resposta à Grupoterapia Cognitivo-Comportamental, Idade de Atual e do Início do Abuso.....	87
Tabela 17. Comparação de Médias (Desvios-Padrão) da Resposta à Grupoterapia com Abrigamento, Número de Episódios do Abuso, Credibilidade na Revelação e Penalização do Agressor.....	88
Tabela 18. Comparação de Médias da Resposta à Grupoterapia com Tipo de Abuso, Duração e Forma da Violência, Medidas Adotadas e Tempo de Espera por Atendimento	89

Tabela 19. Sumário de Análise de Regressão Hierárquica para Variáveis que Predizem a Resposta à Grupoterapia (N=49).....	90
Tabela 20. Escores nos Instrumentos Antes e Depois da Grupoterapia dos Casos Extremos (Superior e Inferior) da Amostra.....	99
Tabela 21. Informações sobre Abuso Sexual dos Casos Clínicos Extremos (Superior e Inferior) da Amostra.....	111
Tabela 22. Alterações Comportamentais, Cognitivas e Emocionais dos Casos Extremos Superior e Inferior.....	112
Tabela 23. Respostas à Tarefa da Tríade Cognitiva Casos Clínicos Extremos (Superior e Inferior).....	118

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Painel das meninas com expectativas em relação ao grupo.....	113
Figura 2. Livro de história: Minha vida antes e depois da revelação do abuso.....	116
Figura 3. Agressor confeccionado em massa de modelar pelas meninas.....	117
Figura 4. História em quadrinhos sobre o modelo TCC.....	119
Figura 5. Imagem negativa da gaveta da memória.....	122
Figura 6. Botão de emergência.....	123
Figura 7. Painel sobre o ECA realizado pelas meninas.....	124

RESUMO

Dois estudos avaliaram o impacto e o processo de um modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para 49 meninas vítimas de abuso sexual com idade entre 9 e 16 anos. O Estudo I avaliou: o impacto do modelo na redução de sintomas de depressão, *stress*, ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e crenças distorcidas sobre o abuso e o efeito do tempo de espera por tratamento nestes sintomas; a manutenção do impacto da grupoterapia após 6 e 12 meses do término; e os fatores preditores para a resposta à grupoterapia. Os resultados, obtidos através do *teste t* para amostras pareadas apontaram que o modelo de grupoterapia apresentou impacto positivo, reduzindo significativamente os sintomas avaliados; o efeito da espera entre os grupos não revelou diferença significativa; os efeitos terapêuticos se mantiveram após um ano; e, os fatores preditores da resposta à grupoterapia foram: idade de início do abuso, presença de estupro e sintomas de revivência do TEPT antes da grupoterapia. O Estudo II avaliou o processo terapêutico a partir da análise clínica descritiva de dois casos, considerando as participantes que obtiveram escores extremos na análise da redução de sintomas. Os resultados apontaram que a idade de início do abuso, forma de abuso, experiência de abrigo, resposta ao treino de inoculação do estresse e percepções de culpa foram aspectos que diferenciaram a resposta à grupoterapia. O modelo avaliado se mostrou efetivo para tratamento de meninas vítimas de abuso sexual.

Palavras-chave: Criança; Adolescente; Abuso sexual; Maus-tratos; Terapia cognitivo-comportamental; Psicoterapia de grupo.

ABSTRACT

Two studies assessed the effectiveness impact and process of a cognitive behavioral group therapy model applied to 49 female children and adolescents victims of sexual abuse (9-16 years). The Study I evaluated: the impact of the model in the reduction of symptoms of depression, anxiety, stress, post-traumatic stress disorder (PTSD) and the beliefs on the abusive experience and the effect of being in a waiting list for treatment in these symptoms; the permanence of the group therapy effects impact in a 6 and 12 months follow ups; the predictors factors for a group therapy response. The results, analyzed through the *test t*, revealed: the model showed positive impact, reducing the evaluated symptoms; the effect of being in the waiting list did not reveal significant difference in both groups; the therapeutic impact were maintained through the follow ups; the predictor factors for a response to group therapy were: age of the sexual abuse, rape presence and re-experiencing symptoms of the PTSD before the group therapy. The Study II assessed the therapeutic process using a two cases clinic analysis, considering the participants that obtained extremes scores in the analysis of symptoms reduction. The results pointed out to: the age of the sexual abuse, rape presence, sheltering, response the stress inoculation training and self perceptions of blame were aspects that explained the different response to the group therapy. The model was effective to the treatment of the girls victims of sexual abuse.

Keywords: Child; Adolescent; Sexual abuse; Maltreatment; Cognitive behavior therapy; Group therapy.

APRESENTAÇÃO

O abuso sexual contra crianças e adolescentes é um problema de saúde pública, que envolve aspectos psicológicos, médicos, sociais e jurídicos. A complexidade do fenômeno exige intervenções adequadas e efetivas, devido ao seu impacto negativo para o desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental das vítimas. A Psicologia tem contribuído para a compreensão desta forma de violência através de estudos teóricos e empíricos sobre a dinâmica, as conseqüências para o desenvolvimento e a incidência epidemiológica. Na área da intervenção psicológica, têm sido realizados estudos sobre métodos de tratamento para as vítimas, cuidadores não-abusivos e agressores. Tais estudos têm apontado a abordagem cognitivo-comportamental como eficaz para o tratamento das vítimas. Estudos no Brasil que avaliem métodos de tratamento para esta população podem contribuir para qualificar o funcionamento da rede de atendimento às crianças e aos adolescentes vítimas de abuso sexual. Tal rede ainda apresenta dificuldades para desempenhar intervenções efetivas na área da saúde mental destes. A falta de evidências sobre a efetividade dos tratamentos usualmente aplicados nos serviços de atendimento e a falta de qualificação profissional, devido à formação deficitária sobre o tema da violência contra crianças e adolescentes e das intervenções necessárias, são fatores recorrentes e que precisam ser focalizados com atenção.

O presente estudo tem como objetivos avaliar o impacto e o processo de um modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual, visando à redução de sintomas de depressão, ansiedade, estresse pós-traumático e crenças disfuncionais decorrentes dessa violência. O Capítulo I apresenta uma revisão da literatura sobre abuso sexual contra crianças e adolescentes. Os objetivos da revisão foram caracterizar o objeto de estudo, apresentando a definição e a dinâmica dessa forma de violência, bem como dados epidemiológicos e conseqüências para o desenvolvimento das vítimas. A revisão aborda, ainda, questões sobre o tratamento psicológico, especificamente a terapia cognitivo-comportamental focada no abuso, e aspectos éticos relacionados com a pesquisa e a intervenção nos casos de abuso sexual. O Capítulo II refere-se ao Estudo I, apresentando método, resultados e discussão do impacto da grupoterapia. Trata-se de um estudo quantitativo que avaliou diferenças em sintomas psicopatológicos antes e depois da intervenção, o efeito dessa intervenção após seis e 12 meses de seu término e buscou identificar fatores preditores da resposta à grupoterapia. O Capítulo III apresenta o Estudo II que avaliou qualitativamente o processo terapêutico, a partir de dois casos clínicos que obtiveram respostas diferentes ao modelo de grupoterapia testado. Aspectos como a história

de vida e sintomas dos casos, aliança terapêutica, aderência e assiduidade ao tratamento, resposta às técnicas empregadas, fatores estressantes na vida das participantes durante a grupoterapia foram alguns mediadores identificados e discutidos para compreender as diferentes respostas à grupoterapia. Por fim, o Capítulo IV apresenta as considerações finais do estudo, articulando os principais resultados dos Estudos I e II.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O Capítulo I apresenta uma revisão da literatura sobre abuso sexual contra crianças e adolescentes. O principal objetivo da revisão foi caracterizar o objeto de estudo. A definição, a dinâmica dessa forma de violência, e os dados epidemiológicos foram apresentados para compreender o fenômeno do abuso sexual. As consequências para o desenvolvimento das vítimas, bem como as questões sobre o tratamento psicológico, especificamente a terapia cognitivo-comportamental focada no abuso e a modalidade grupal foram discutidas através de estudos recentes. Por fim, foram apresentados aspectos éticos relacionados com a pesquisa e a intervenção nos casos de abuso sexual.

Abuso Sexual contra Crianças e Adolescentes: Definição, Histórico, Dinâmica e Dados Epidemiológicos

A infância e a adolescência são períodos do ciclo de vida fundamentais para o crescimento físico, formação da personalidade, desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental, nos quais repertórios básicos para o relacionamento interpessoal são aprendidos e experienciados. Neste processo, a família desempenha um papel de destaque, uma vez que constitui o primeiro sistema no qual o ser humano em desenvolvimento interage. A dinâmica do grupo familiar é poderosa no desenvolvimento da criança, sendo sua casa o ambiente onde desenvolverá quase todos os repertórios básicos de seu comportamento. O papel dos pais, além do provimento de bens, sustento dos filhos, educação informal e preparo à educação formal, consiste em transmitir valores culturais de diversas naturezas (Brito & Koller, 1999).

A condição peculiar de desenvolvimento que caracteriza a infância e a adolescência compromete a família e a sociedade a criar e garantir ambientes seguros e saudáveis para seu crescimento. Além disso, devem atuar para que seus direitos enquanto cidadãos sejam respeitados e cumpridos. Todo ato ou omissão da sociedade que não garanta condições saudáveis para o crescimento da criança e do adolescente ou que viole os direitos previstos em lei é compreendido como uma forma de violência. Embora a violência urbana e institucional sejam problemas sociais graves contra crianças e adolescentes, é no contexto familiar que ocorre a maior incidência de violação de direitos e maus tratos. Estimativas mostram que alta incidência de violência é perpetrada por pessoas que possuem vínculos de cuidadores ou responsáveis por crianças e adolescentes (Habigzang, Azevedo, Machado, & Koller, 2006; Koller & De Antoni, 2004; Oliveira & Flores, 1999).

Dentre as diversas formas de violência contra crianças e adolescentes, o abuso sexual é uma das formas mais graves, recorrente e geradora de efeitos negativos para o desenvolvimento das vítimas. Constitui-se como um fenômeno universal, que atinge todas as idades, níveis sociais e econômicos, etnias, religiões e culturas (Pfeiffer & Salvagni, 2005). O abuso sexual é definido como o envolvimento de uma criança ou adolescente em atividade sexual que essa não compreende totalmente, que é incapaz de dar consentimento, ou para a qual a criança não está preparada devido ao estágio de desenvolvimento, ou que viola as leis ou tabus da sociedade. É evidenciado por qualquer atividade entre uma criança e um adulto ou outra criança, que pela idade ou estágio do desenvolvimento está em uma relação de responsabilidade, confiança ou força, sendo que a atividade é destinada para gratificação ou satisfação das necessidades desta outra pessoa. Isto pode incluir, mas não se limita, à indução ou coerção de uma criança para engajar-se em qualquer atividade sexual, à exploração de uma criança em sexo comercial ou outra prática sexual ilegal, ao uso de crianças em *performances* ou materiais pornográficos (World Health Organization, 1999).

Os abusos sexuais têm sido descritos desde a Antiguidade. Registros históricos revelam reações sociais extremamente ambivalentes a estes, variando desde a negação da existência de contato sexual entre adultos e crianças até a sua aceitação plena (Deblinger & Heflin, 1995). A primeira monografia descrevendo a síndrome da criança espancada foi datada de 1860, escrita pelo médico legista francês Ambroise Tardieu. Este autor descreveu quase todas as formas de maus tratos conhecidas na época e analisou indicadores físicos de 632 casos de abuso sexual de mulheres, a maioria meninas, e 302 casos de meninos (Aded, Dalcin, Moraes, & Cavalcanti, 2006). Posteriormente, em 1896, influenciado pelo trabalho de Tardieu, Sigmund Freud publicou um texto no qual afirmava que os abusos sexuais eram parte da etiologia da histeria em sua teoria da sedução. Tal teoria não foi bem recebida pela comunidade científica da época. No ano seguinte, Freud publicou uma reformulação de sua teoria, explicando as memórias de abuso sexual como fantasias, conforme a teoria do Complexo de Édipo (Aded, Dalcin, Moraes, & Cavalcanti, 2006).

A compreensão do abuso sexual como problema jurídico, social e de saúde tem data mais recente (Amazarray & Koller, 1998). Mais de cem anos transcorreram até a publicação do médico radiologista Kempe e seus colaboradores, em 1962, nos Estados Unidos, que confirmou a teoria sobre maus tratos desenvolvida por Tardieu. Neste estudo, Kempe e seus colaboradores apresentaram 302 casos registrados durante um ano em hospitais dos Estados Unidos de crianças com lesões físicas. O artigo apontou entre os resultados que 33 destas crianças morreram e 85 sofreram danos cerebrais permanentes. Embora tais lesões foram explicadas como acidentes pelos pais das crianças, os exames de raio X ofereceram subsídios

para concluir que a causa de tais lesões físicas não foram acidentais, mas geradas pelo espancamento das crianças por adultos responsáveis (Kempe et al., 1962). Tal publicação motivou a modificação das leis e a criação de políticas públicas com objetivos de proteção, tratamento e prevenção da violência contra crianças e adolescentes (Aded, Dalcin, Moraes, & Cavalcanti, 2006). No Brasil, as iniciativas de proteção apareceram no final dos anos 90 e foram fomentadas pelo surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990).

A definição de abuso sexual infantil não é uma tarefa simples, uma vez que se trata de um fenômeno complexo. Verifica-se, ainda, a confusão entre abuso sexual e estupro, sendo que apenas as relações sexuais com intercurso genital completo (estupro) são consideradas sexualmente abusivas por alguns profissionais ou órgãos envolvidos no atendimento às vítimas. Contudo, a noção de abuso sexual contra crianças e adolescentes tem tido maior abrangência, incluindo situações, nas quais pode não ocorrer contato físico. Dessa forma, compreende-se o abuso sexual como todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, cujo agressor esteja em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a vítima. Tem por finalidade estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter estimulação sexual. Estas práticas eróticas e sexuais são impostas às crianças ou aos adolescentes pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade. Pode variar desde atos em que não existam contatos físicos (assédio verbal, voyeurismo, exibicionismo, produção de fotos, exposição a materiais com conteúdos pornográficos), aos diferentes tipos de atos com contato físico sem penetração (sexo oral, intercurso interfemural, carícias e toques em genitais) ou com penetração (digital, com objetos, intercurso genital ou anal). Engloba, ainda, a situação de exploração sexual, visando ao lucro, como a prostituição e a pornografia (Ministério da Saúde, 2002).

O abuso sexual também pode ser definido em duas categorias, de acordo com o contexto de ocorrência. O abuso sexual extrafamiliar ocorre fora do contexto doméstico, envolvendo situações de violência na qual o agressor é uma pessoa desconhecida ou não pertencente ao círculo familiar da vítima. Também se refere a situações de pornografia e exploração sexual (Koller, Morais, & Cerqueira-Santos, 2005; Libório, 2005). No entanto, tem sido dentro do contexto familiar que ocorre a maioria dos casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes, perpetrados por pessoas próximas, que podem apresentar ou não laços de consangüinidade com a vítima. Nestes casos, o agressor desempenha um papel de cuidador, tendo com a vítima uma relação de confiança, sendo o abuso sexual denominado intrafamiliar ou incestuoso (Cohen & Mannarino, 2000a; Furniss, 1993; Habigzang & Caminha, 2004).

O abuso sexual baseia-se em uma relação de poder desigual entre o agressor e a vítima

configurada em três níveis: o poder exercido pelo grande (protetor) sobre o pequeno (dependente); a confiança que o pequeno tem no grande; e, o uso delinqüente da sexualidade, ou seja, o atentado ao direito que o indivíduo tem de propriedade sobre o seu próprio corpo (Gabel, 1997). Além da desigualdade de poder e conhecimento, a diferença de idade entre o agressor e a vítima tem sido apontada como critério para diferenciar atos abusivos de não abusivos. Sugere-se haver uma diferença de idade de cinco anos ou mais entre vítima e perpetrador do abuso, quando a vítima é menor de 12 anos, e uma diferença de dez anos ou mais quando o adolescente tiver entre 13 e 16 anos. Entretanto, o uso de força, de ameaça, indução da vontade ou de exploração da autoridade, independentemente da diferença de idade, sempre deverá ser considerado um comportamento abusivo. A diferença de idade cronológica é apenas uma das variáveis que pode ser utilizada para diferenciar um ato abusivo e de um não abusivo. Mas outras variáveis como poder, força, maturidade emocional e inteligência devem ser consideradas na avaliação dos casos (Amazarray & Koller, 1998; Cohen & Mannarino, 2000a; Cloitre, Cohen, Koenen, & Han, 2002).

O abuso sexual é desencadeado e mantido por uma dinâmica complexa. O agressor pode utilizar-se de seu papel de cuidador e da confiança e afeto que a criança tem por ele para iniciar, de forma sutil, o abuso sexual. A criança, na maioria dos casos, não identifica imediatamente que a interação é abusiva e, por esta razão, não a revela a ninguém. À medida que o abuso avança e se torna mais explícito, a vítima percebe a violência. Uma série de variáveis atua para a manutenção deste ciclo que tem, em média, pelo menos um ano de duração (Furniss, 1993; Habigzang & Caminha, 2004; Habigzang, Koller, Azevedo, & Machado, 2005). Dentre as condições que atuam para manutenção do ciclo do abuso sexual, duas se apresentam interligadas: a “Síndrome de Segredo” e a “Síndrome de Adição”. A primeira está relacionada ao uso de ameaças e barganhas por parte do agressor para garantir que a vítima mantenha a situação abusiva em segredo, uma vez que o agressor sabe que a interação é ilegal e moralmente inaceitável. As ameaças comumente envolvem violência e/ou promessas de morte de pessoas significativas para a vítima ou para a própria criança, ou ainda, de que se houver a descoberta a própria vítima será castigada pelo restante da família ou não terá a credibilidade das pessoas em seu entorno. Alguns agressores, principalmente quando pertencem à família das vítimas, utilizam a ambivalência e os sentimentos positivos que estas ainda têm por eles para chantagearem, afirmando que serão presos ou sofrerão outras consequências negativas caso elas revelem os atos abusivos a alguém. As barganhas são caracterizadas, também, por comportamentos do agressor de presentear ou ofertar regalias e privilégios à vítima em troca de seu silêncio. A segunda condição - “Síndrome de Adição” - refere-se ao comportamento compulsivo do agressor frente ao estímulo que a criança

representa. Apesar do conhecimento do agressor de que abusar sexualmente de uma criança é errado, constitui crime e é prejudicial para a vítima, o abuso ocorre devido a um descontrole de impulso. O processo é conduzido pela compulsão à repetição, no qual a criança é usada para excitação sexual e conseqüente alívio de tensão. Tal processo gera no agressor dependência psicológica e negação desta dependência e do comportamento abusivo em si (Furniss, 1993).

A “Síndrome de Acomodação” da criança é outra condição importante para a manutenção da dinâmica do abuso sexual. A criança “cai na armadilha” do agressor e se “adapta” à situação abusiva, uma vez que sua opção é aceitar e sobreviver, ao preço de uma inversão dos valores morais e alterações psíquicas prejudiciais à sua personalidade. Esta síndrome consiste em: segredo; percepção de desamparo; aprisionamento e acomodação; revelação retardada, conflituada e não convincente; e retratação (Gabel, 1997). A criança percebe-se vulnerável, mostra-se convencida das ameaças e desenvolve crenças de que é culpada pelo abuso, sentindo vergonha e medo de revelá-lo à família e, então, ser punida. Dessa forma, a criança conforma-se à situação abusiva, podendo desistir de revelá-la, após tentativas mal sucedidas, devido à falta de atenção dos adultos ou incredulidade destes nos fatos relatados. Outra situação recorrente em casos de abuso é a retratação da criança quando esta recebe a credibilidade de alguém. A retratação consiste em afirmar que o abuso não ocorreu por pressão da família ou por medo de ser julgada (Cohen & Mannarino, 2000a; Gabel, 1997). Assim, o silêncio da vítima pode ocorrer ainda, segundo Cohen (1997), por vários motivos: temor pela reação da própria família; para manter a aparência da “sagrada família”; por conivência entre as pessoas que sabem do fato e não o denunciam; por uma idéia de que nada pode ser feito para resolver a situação; por ser um assunto tabu; por não saber o que fazer.

A presença de outras formas de violência intrafamiliar é mais uma situação que dificulta que a dinâmica do abuso sexual seja rompida. Os relatos das vítimas, freqüentemente, revelam ameaças e agressões físicas sofridas durante o abuso sexual, bem como sentenças depreciativas utilizadas pelo agressor. Estas também informam testemunhar agressões físicas entre os pais e demais membros da família. A violência gera um ambiente, no qual predominam os sentimentos de medo e de desamparo. Estes contribuem para que o abuso sexual seja mantido em segredo pela própria vítima e por outros membros da família que, em alguns casos conhecem a situação, mas não a denunciam (Dong, Anda, Dube, Giles, & Felitti, 2003; Habigzang, Azevedo, Machado, & Koller, 2006). As principais formas de violência que coexistem com os abusos sexuais são: negligência, abuso físico e psicológico.

A negligência caracteriza-se por omissões dos pais ou responsáveis pela criança ou

adolescente de prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento físico, emocional e social. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. A negligência significa a omissão de cuidados básicos como a privação de medicamentos, o descuido com a higiene, a ausência de proteção contra as inclemências do meio como o frio e o calor, o não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola (Ministério da Saúde, 2002).

Os abusos físicos são atos violentos com o uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescentes, com o objetivo de ferir, lesar, ou destruir a vítima, deixando ou não marcas evidentes em seu corpo. Há vários graus de gravidade, que vão desde tapas, beliscões, até lesões e traumas causados por gestos que atingem partes muito vulneráveis do corpo, uso de objetos ou instrumentos para ferir, até provocação de queimaduras, sufocação e mutilações. Não é raro que a agressão física conduza à morte de crianças e adolescentes. Estas agressões são infligidas à criança, geralmente, como forma de castigar e educar. As vítimas podem apresentar fraturas ósseas, hematomas, lesões cerebrais, queimaduras e outros sinais de crueldade (Ministério da Saúde, 2002).

Os abusos psicológicos compreendem todas as formas de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Essas formas de maus tratos psicológicos causam danos ao desenvolvimento e ao crescimento biopsicossocial da criança e do adolescente, podendo provocar efeitos deletérios na formação da personalidade e na sua forma de encarar a vida. Este tipo de violência é o mais difícil de ser identificado pela falta de evidências imediatas e está frequentemente articulado aos demais tipos de violência (Ministério da Saúde, 2002).

Os principais fatores desencadeadores e mantenedores da violência intrafamiliar foram mapeados através de uma pesquisa bibliográfica realizada por Gomes et al. (2002), que consultaram artigos publicados na década de 90 em revistas brasileiras. Os resultados apontaram três principais fatores: 1) reprodução das experiências de violência familiar vividas na infância, que atuavam como fator de perpetuação dos maus tratos em diferentes gerações; 2) presença de desajustes familiares, psíquicos e de alcoolismo; e 3) existência de aspectos sociais, econômicos e culturais, como a desigualdade, a dominação de gênero e intergeracional. O estudo de Mayer (2002) comparou aspectos da rede de apoio social de meninas vítimas de violência doméstica com meninas não vítimas e foi identificada uma diferença em relação à ocupação profissional de pais e padrastos dos dois grupos. Os pais e padrastos das meninas vítimas de violência apresentaram maior frequência de desemprego

(40%) quando comparados ao grupo das meninas não vítimas (15%). Estas explicações para o fenômeno da violência intrafamiliar podem ser compreendidas como fatores de risco, uma vez que indicam uma maior probabilidade de ocorrência e não uma relação de causa e efeito. Dessa forma, eventos estressantes, tais como desemprego e história de abuso na infância, não garantem que estes pais abusarão de seus filhos.

As famílias incestuosas apresentam relações interpessoais assimétricas e hierárquicas, nas quais há uma desigualdade e/ou uma relação de subordinação (Koller, 1999; Koller & De Antoni, 2004; Gold, Hyman, & Andrés-Hyman, 2004). Alguns fatores de risco vêm sendo constantemente verificados em famílias incestuosas. Estes incluem: pai e/ou mãe abusados ou negligenciados em suas famílias de origem; abuso de álcool e outras drogas; papéis sexuais rígidos; falta de comunicação entre os membros da família; autoritarismo; estresse; desemprego; indiferença; mãe passiva e/ou ausente; dificuldades conjugais; famílias reconstituídas (presença de padrasto ou madrasta); isolamento social; pais que sofrem de transtornos psiquiátricos; doença, morte ou separação do cônjuge; mudanças de comportamento da criança, incluindo conduta hipersexualizada; fugas do lar; diminuição no rendimento escolar; uso de drogas e conduta delinqüente (Cyr, Wright, McDuff, & Perron, 2002; Habigzang, Koller, Azevedo, & Machado, 2005; Koller & De Antoni, 2004; Thomas, Echenrode, & Garbarino, 1997).

Nesta dinâmica familiar, a figura materna tem sido foco de atenção. Além da vítima e do agressor como figuras envolvidas neste processo, a mãe da vítima é freqüentemente percebida como cúmplice da violência. Entretanto, as mães não se mostram como cúmplices da violência na maioria dos casos, sendo que muitas também são vítimas de violência física, psicológica ou sexual do agressor. Além disso, identificam-se situações de maus tratos e abandono nas trajetórias de vida dessas mães, bem como presença de sintomas de depressão e de ansiedade (Santos & Dell’Aglío, 2008). A reação materna frente à revelação pode minimizar ou potencializar os danos do abuso sexual. A credibilidade da mãe na revelação, a emissão de comportamentos protetivos e o suporte emocional aos filhos têm sido fatores de redução do impacto do abuso sexual (Elliot & Carnes, 2001; Jonzon & Lindbland, 2004). As reações maternas foram classificadas como positivas ou ambivalentes, considerando credibilidade e ação em um estudo com mães de meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar (Santos & Dell’Aglío, 2009). A maioria das mães acreditou no relato de suas filhas e denunciou o abuso, embora nem todas tenham afastado o agressor do convívio da criança ou imediatamente procurado ajuda ou efetivar a denúncia. A relutância das mães em efetivar a denúncia foi compreendida pelos medos das ameaças do agressor, da perda da família constituída e pelo julgamento dos demais familiares e sociedade de seu desempenho

como mães (Santos & Dell’Aglia, 2009).

Além dos fatores de risco intrafamiliares, existem fatores extrafamiliares que contribuem para que o abuso sexual de crianças e adolescentes não seja interrompido. Estes fatores estão relacionados com a relutância de alguns profissionais da saúde e da educação em reconhecer e denunciar o abuso, bem como a insistência dos tribunais por regras estritas de evidência do abuso para a proteção da vítima e a penalização do agressor. Os profissionais tendem a negar ou a subestimar a severidade do abuso sexual, por desconhecerem a dinâmica desta forma de violência, bem como pela falta de capacitação para diagnosticar e encaminhar adequadamente os casos (Gonçalves & Ferreira, 2002; Habigzang, Azevedo, Machado, & Koller, 2006). A criança é, então, duplamente vitimizada: primeiro pela violência sexual e segundo pela incredulidade e falhas na capacitação dos profissionais que atuam na rede de atendimento para esses casos (Furniss, 1993; Zavaschi, Telebom, Gazal, & Shansis, 1991). O pensamento existente de que as crianças fantasiam ou “inventam” situações de abuso sexual, representa um risco para seu desenvolvimento e adoção de medidas de proteção necessárias. A falta de credibilidade dos adultos na revelação de abuso sexual por crianças e adolescentes acarreta um dano suplementar significativo. Raramente crianças ou adolescentes inventam ou fantasiam situações de abuso sexual e, quando o fazem, comumente são instruídas por adultos, representando outra forma de violência contra elas (Duarte & Arboleda, 2005; Goodman-Brown, Edelstein, Goodman, Jones, & Gordon, 2003; Habigzang, Koller, Hatzenberger, Stroher, Cunha, & Ramos, 2008b).

O conhecimento da dinâmica do abuso sexual, bem como fatores de risco e características do agressor, vítima e demais membros da família é produzido, em grande parte, por estudos realizados a partir dos casos identificados e denunciados aos órgãos de proteção. Contudo, as pesquisas desenvolvidas para investigar a incidência de abuso sexual apresentam resultados com variações consideráveis, em função da definição de abuso sexual empregada. Algumas incluem dados de casos nos quais os comportamentos não envolviam contato físico e outras incluem apenas comportamentos com contato físico. Outro fator que influencia os resultados dos estudos epidemiológicos tem sido o método utilizado para obtenção dos dados, tais como amostras clínicas *versus* estimativas populacionais, retrospectivas ou atuais. A maioria dos estudos baseia-se apenas nos casos denunciados aos órgãos de proteção, revelando parcialmente a dimensão do fenômeno, uma vez que muitos casos de abuso não são denunciados. Contudo, as estimativas sugerem que uma em cada quatro meninas e um em cada seis meninos experimentam alguma forma de abuso sexual na infância (Sanderson, 2005).

Em países europeus foi estimado que 6-36% das meninas e 1-15% dos meninos

sofreram alguma forma de abuso sexual antes de completar 16 anos (Pfeiffer & Salvagni, 2005). Um levantamento nacional realizado nos Estados Unidos, entre 2002 e 2003, com a população geral sobre a vitimização de crianças e adolescentes com idade entre dois e dezessete anos sugeriu, entre seus resultados, que uma a cada doze crianças ou adolescentes (82 em cada 1000 participantes) foram vítimas de alguma forma de violência sexual (Finkelhor, Ormrod, Turner, & Hamby, 2005). Durante a década de 90 foi identificado um declínio de 39% dos casos de abuso sexual contra crianças nos Estados Unidos. Em 1992 foram estimados 150 mil casos de abuso sexual registrados em órgãos de proteção à criança e em 1999 este número passou para 92 mil. Também foi constatada a diminuição de casos denunciados de abuso físico, abuso emocional e negligência (Jones, Finkelhor, & Kopiec, 2001; Finkelhor & Jones, 2006). Os profissionais que atuam em órgãos de proteção à criança nos Estados Unidos foram entrevistados com o objetivo de compreender os fatores relacionados a este declínio. Dentre as possíveis causas, os profissionais destacaram: os investimentos realizados pelos Estados Unidos em campanhas informativas para a população, programas de prevenção, intervenções judiciais para criminalização dos agressores, e o tratamento efetivo de proteção à criança e ao adolescente desenvolvido nas décadas de 80 e 90, através do treinamento dos profissionais para acompanhamento dos casos (Jones, Finkelhor, & Kopiec, 2001). A implantação destas estratégias está sendo realizada em outros países, como Canadá, Austrália, Nova Zelândia, Espanha e Israel (Jones & Finkelhor, 2003).

Por outro lado, a comparação de dados internacionais sobre a prevalência de abuso sexual contra crianças e adolescentes foi realizada por Pereda, Guilera, Forns e Gómez-Benito (2009), tomando como referência o estudo de Finkelhor (1994), que revisou estudos de prevalência de abuso sexual no período entre 1970 e 1990. Os autores identificaram 39 estudos sobre prevalência de abuso sexual, referentes a 21 países diferentes. Os resultados encontrados foram similares aos índices de prevalência de abuso sexual identificados no estudo de Finkelhor (1994), mantendo uma distribuição constante através dos anos. Apesar dos avanços em pesquisas e produção de conhecimento sobre abuso sexual e as conseqüências negativas dessa forma de violência e desenvolvimento de políticas públicas em todo o mundo para prevenção e enfrentamento, nos últimos 12 anos, o abuso sexual permaneceu com índices constantes, sendo um problema internacional (Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009).

No Brasil, algumas pesquisas vêm sendo conduzidas para estimar a epidemiologia de abuso sexual contra crianças e adolescentes. O relatório apresentado pela Associação Brasileira Multidisciplinar de Proteção à Criança e ao Adolescente (Abrapia) constatou que o Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes

recebeu e encaminhou, entre maio de 2003 e janeiro de 2007, 28.630 denúncias de todo o país. Destas 28.630 denúncias, 20.077 foram categorizadas, sendo que foi constatado que 45% referiam-se a abusos físicos e psicológicos, 43% negligência, 27,8% abuso sexual, 18,4% exploração sexual comercial, 1,2% pornografia, 0,5% tráfico de pessoas e 0,5% crianças e adolescentes desaparecidos (Abrapia, 2007).

A análise dos boletins de ocorrência policial e dos termos de informação das vítimas de abuso sexual familiar, registrados no Departamento Estadual da Criança e do Adolescente da Polícia Civil do Rio Grande do Sul (DECA), no período entre 1996 e 1998, permitiu traçar a caracterização da vítima, do agressor e do fato. A amostra foi composta por 50 participantes com menos de 18 anos. Com relação às vítimas, foi verificado que a idade destas variou entre dois e 17 anos, sendo que a porcentagem mais significativa foi na faixa etária de 10 a 14 anos (56%), seguida da faixa entre cinco a nove anos (29%), de 15 a 17 anos (14%) e entre dois a quatro anos (10%). O maior número de vítimas foi do sexo feminino (96%), apresentando diferença acentuada com o sexo masculino (4%). A pesquisa constatou que 26% da amostra rompeu com o silêncio no período inferior a um ano, 22% num período de um a dois anos e 30% no período de três a seis anos. A idade da vítima quando ocorreu o fato pela primeira vez também foi mapeada, apontando que 44% da amostra tinha entre 10 a 14 anos, 42% entre cinco a nove anos, 10% entre dois a quatro anos, 2% entre 15 a 17 anos e 2% não informou. A maioria das vítimas procurou a ajuda da mãe (42%), sendo que as demais recorreram aos irmãos (10%), tios (4%), amigos (6%), escola (6%), conselho tutelar (2%), vizinhos (2%), instituição (6%) ou não procurou ajuda (22%). As denúncias foram realizadas pelas mães (38%), seguidas de outros familiares (30%), conselho tutelar (16%), instituição (6%), disque denúncia (6%) e Brigada Militar (4%). Com relação ao agressor, a faixa etária situou-se em primeiro lugar entre 35 a 39 anos (26%), em segundo de 45 a 49 anos (18%) e em terceiro de 40 a 44 anos (16%). Foi constatado que o pai aparece em primeiro lugar (40%) como perpetrador, seguido pelo padrasto (28%), tio (16%), avô (4%), pai adotivo (4%), irmão (4%), cunhado (2%) e primo (2%). Em 94% dos casos, os agressores negaram o fato e apenas 6% confirmaram o abuso, sendo que informaram terem sido “seduzidos” pela vítima. A pesquisa também mapeou a presença de álcool e/ou drogas e verificou que em 46% dos casos o agressor se encontrava alcoolizado e/ou drogado durante o ato abusivo, 19% estavam sóbrios e 38% das fichas isto não foi informado. Em 46% dos casos houve estupro, em 42% foi constatado atentado violento ao pudor e em 12% foi verificado estupro e atentado violento ao pudor. O local onde o abuso ocorreu foi a residência da família em 86% dos casos, residência dos avós (2%), local do serviço (6%), matagal (2%), não foi informado (4%) (Braun, 2002).

A prevalência das formas de violência contra crianças e adolescentes registradas em

Conselhos Tutelares da Bahia, no período 2003-2004, foi realizada a partir da análise de dados nos prontuários de um total de 1293 registros (Costa et al., 2007). Os resultados apontaram que em 78,1% dos casos a violência ocorreu na residência das vítimas, perpetrada por familiares. As violências mais frequentes foram negligência (727), por omissão de cuidados básicos (304) e abandono (209), abuso físico (455), violência psicológica (374) e abuso sexual (68).

Outro estudo descritivo, realizado no ambulatório de maus tratos de Caxias do Sul/RS apontou um predomínio de casos de abusos sexuais (59%), perpetrados contra meninas (77%), sendo o pai o principal agressor (33%). Os abusos ocorreram com crianças entre seis e nove anos em 35% dos casos (De Lorenzi, Pontali, & Flech, 2001). Estes dados estão em consonância com a análise realizada em 71 processos jurídicos do Ministério Público do Rio Grande do Sul no período entre 1992 e 1998 por violência sexual. Esta análise apontou que houve predomínio de vítimas do sexo feminino (80,9%) e tinham entre cinco e dez anos (36,2%) quando submetidas pela primeira vez à violência sexual. A idade da denúncia concentrou-se na adolescência, uma vez que 42,6% apresentavam idade entre 12 e 18 anos quando a situação abusiva foi delatada. Do total de casos investigados, 83% aconteceram na própria família, concedendo à violência sexual um caráter intrafamiliar. Os pais foram os agressores em 79% dos casos (40 pais), seguidos pelos padrastos (16) das vítimas. A violência sexual foi denunciada pela mãe da vítima em 37,6% dos casos, pela própria vítima em 29% dos casos, por outros parentes, em 15,1%, e, por instituições, tais como, escola, hospital e departamento de polícia em 6,5% dos casos. Entretanto, em 61,7% dos casos, alguém informou que já sabia da situação abusiva e não denunciou (Habigzang, Koller, Azevedo, & Machado, 2005).

Os dados epidemiológicos apontam que os abusos sexuais contra crianças e adolescentes ocorrem predominantemente dentro da casa da vítima e se configuram como abusos sexuais incestuosos, sendo o pai biológico e o padrasto os principais perpetradores. As meninas são as principais vítimas dos abusos sexuais, principalmente dos intrafamiliares e a idade de início dos abusos é precoce, concentrando-se entre os cinco e os 10 anos de idade. A mãe é a pessoa mais procurada na solicitação de ajuda e na maioria dos casos, o abuso é revelado pelo menos um ano depois de seu início. Estes dados são importantes, porque contribuem para a análise do impacto desta experiência para o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Além disso, tais resultados podem fomentar planos preventivos e terapêuticos de intervenção.

O Abuso Sexual no Processo de Desenvolvimento de Crianças e Adolescentes

A experiência de abuso sexual na infância e na adolescência pode desencadear efeitos negativos para o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social das vítimas. Não há um quadro psicopatológico único causado pelo abuso sexual, mas uma variabilidade de sintomas e alterações cognitivas, emocionais e comportamentais, e a intensidade destes sintomas e alterações também podem apresentar-se com diferenças significativas. Algumas crianças apresentam efeitos mínimos ou nenhum efeito aparente, enquanto outras desenvolvem severos problemas emocionais, sociais e/ou psiquiátricos (Elliott & Carne, 2001; Runyon & Kenny, 2002; Saywitz, Mannarino, Berliner, & Cohen, 2000). O impacto da violência sexual é mediado por três conjuntos de fatores: intrínsecos à criança; extrínsecos, envolvendo a sua rede de apoio social e afetiva; e relacionados com a violência sexual em si (Habigzang, 2006; Valle & Silovsky, 2002).

Os fatores intrínsecos à criança envolvem a saúde emocional prévia, o temperamento, as experiências de vida anteriores e estratégias de enfrentamento para situações estressoras. As percepções e crenças construídas pela criança sobre a violência sofrida também representam fatores intrínsecos significativos. A construção de crenças distorcidas pode contribuir para desencadear e manter sintomas de depressão e ansiedade. As crianças que apresentam crenças de que são diferentes de seu grupo de pares e culpadas pelo abuso sexual, bem como pela dissolução da família apresentam níveis maiores de sintomatologia. A percepção da criança de que sua família e amigos acreditaram ou não em sua revelação sobre o abuso e o nível de confiança interpessoal da vítima também contribuem para o desenvolvimento e manutenção de sintomas (Cohen & Mannarino, 2002; Heflin & Deblinger, 1996/1999; Runyon & Kenny, 2002; Valle & Silovsky, 2002).

Os fatores extrínsecos à criança estão relacionados com fatores de risco e de proteção da sua rede de apoio social e afetiva. A rede de apoio é definida como o conjunto de sistemas e de pessoas significativas que compõem os elos de relacionamento existentes e percebidos pela criança. O elemento afetivo está agregado em função da importância do afeto para a construção e a manutenção do apoio. Dessa forma, a família, a escola, os amigos, a comunidade, os órgãos de proteção e profissionais envolvidos no atendimento das crianças e dos adolescentes vítimas de abuso sexual constituem a rede de apoio social e afetiva destes. A possibilidade de se desenvolver adaptativamente e de dispor de recursos externos para enfrentar situações adversas, protege a criança de doenças, sintomas psicopatológicos e sentimentos de desamparo (Brito & Koller, 1999). As crianças tornam-se mais vulneráveis quando não possuem uma rede de apoio que seja eficaz para protegê-la e oferecer suporte

emocional após a revelação do abuso (Jonzon & Lindblad, 2004). Fatores tais como: recursos sociais e rede de atendimento à criança e ao adolescente; funcionamento familiar e reação da família frente à revelação da criança; recursos emocionais dos cuidadores e recursos financeiros, incluindo acesso ao tratamento psicológico e médico estão relacionados com a rede social e afetiva (Brito & Koller, 1999; Saywitz et al., 2000; Ullman & Filipas, 2005).

As características da violência sexual também podem ser associadas ao impacto desta experiência para o desenvolvimento da vítima. A idade no início do abuso; a duração, a frequência e o grau de violência; a diferença de idade e proximidade afetiva entre o perpetrador e a vítima; o grau de segredo e ameaça; a ausência de figuras parentais protetoras; o recebimento de recompensas e a negação do perpetrador de que o abuso aconteceu são fatores que podem exacerbar as conseqüências do abuso sexual (Furniss, 1993; Ullman & Filipas, 2005).

Dessa forma, a vulnerabilidade das crianças frente a situações de risco, tais como o abuso sexual, está relacionada com os recursos internos de enfrentamento e com a rede de apoio social e afetiva. Essa vulnerabilidade potencializa os efeitos negativos de situações estressantes. Por outro lado, a criança que é capaz de superar adversidades, e isso não significa que saia ileso destas, é definida como resiliente, ou seja, capaz de buscar alternativas eficazes que a auxiliarão a enfrentar de forma satisfatória os eventos de vida negativos. A resiliência possui bases, tanto constitucionais, quanto ambientais, sendo o resultado da interação dos atributos disposicionais do indivíduo com a complexidade do contexto social que inclui, tanto os laços afetivos e protetivos dentro da família, quanto os sistemas de suporte social externos (Brito & Koller, 1999; Moraes & Koller, 2004; Yunes & Szymanski, 2001).

Apesar da complexidade e da quantidade de fatores envolvidos no impacto do abuso sexual para a criança, esta experiência é considerada um importante fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologias (Holt, Buckley, & Whelan, 2008; Saywitz et al., 2000). Diversos transtornos têm sido apontados como decorrentes de abuso sexual. Dentre eles, destacam-se: transtornos de humor, transtornos de ansiedade e transtornos disruptivos. Além destes, a literatura ainda aponta os transtornos alimentares, transtornos de personalidade, encoprese e enurese como psicopatologias relacionadas a esta forma de violência (Briere & Elliott, 2003; Cohen, Mannarino, & Rogal, 2001; Duarte & Arboleda, 2004; Habigzang & Caminha, 2004; Haugaard, 2003; Maniglio, 2009; Muthi & Espelage, 2005; Runyon & Kenny, 2002).

Dentre os transtornos de humor, destacam-se a depressão maior (Danielson, Arellano, Kilpatrick, Saunders, & Resnick, 2005) e o transtorno bipolar (Romero et al., 2009). Os sintomas relacionados ao humor estão fortemente associados com o desenvolvimento de

atribuições e distorções cognitivas significativas, tais como percepção de que foi responsável pela violência ou pelas mudanças ocorridas na família em decorrência da revelação; percepção de que é diferente e inferior em relação a seus pares; crenças de que as pessoas não acreditam nelas; e que não é seguro confiar nas pessoas, uma vez que um importante vínculo de confiança foi rompido (Feiring & Taska, 2005). Os abusadores sexuais investem na conquista de uma relação de confiança para depois cometerem a violência. Dessa forma, a criança percebe-se estigmatizada, desamparada e a confiança nas pessoas é compreendida como um risco para sua integridade. Essas distorções cognitivas afetam a auto-estima e o autoconceito da criança, contribuindo para uma percepção negativa de si, dos outros e do futuro. Este negativismo está relacionado com o desencadeamento e manutenção de sintomas de depressão (Feiring & Taska, 2005; Danielson et al., 2005; Runyon & Kenny, 2002). O isolamento social, a irritabilidade e a impulsividade são outros sintomas ou sinais de depressão comuns em vítimas de abuso sexual. O relacionamento interpessoal com amigos e com pares românticos pode ser negativamente afetado, principalmente quando a vítima apresenta distorções cognitivas relacionadas à culpa e vergonha (Feiring, Rosenthal, & Taska, 2000). Além disso, mudanças nos padrões de sono (hipersônia ou insônia) e mudanças nos hábitos alimentares (aumento ou diminuição do apetite) são sintomas de transtornos do humor. Crianças e adolescentes podem, ainda, apresentar ideações ou tentativas de suicídio devido à auto-imagem negativa e desesperança em relação ao futuro. Algumas vítimas desenvolvem comportamentos autodestrutivos, tais como automutilação, como estratégia autopunitiva. Os sentimentos mais comuns são tristeza e raiva (Hornor, 2009; Muthi & Espelage, 2005).

Os sintomas de transtornos de humor podem aparecer ou não em comorbidade com sintomas dos transtornos de ansiedade. A ansiedade generalizada, ansiedade de separação, fobias, pânico e transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) são os quadros de ansiedade mais comuns em vítimas de abuso sexual (Carrion, Weems, Ray, & Reiss, 2002). Crianças e adolescentes vítimas dessa forma de violência podem desenvolver preocupações exageradas em relação à sua segurança e a de pessoas significativas, além de preocupações em relação ao futuro. Essas preocupações podem estar relacionadas ao medo do agressor cumprir as ameaças feitas à criança e as pessoas que ela ama. Outro sintoma de ansiedade comum é o estado constante de alerta para garantir sua integridade física e mental. As vítimas percebem-se vulneráveis a situações de risco e impotentes para se defender. Sintomas psicofisiológicos, tais como dores de cabeça, dores no corpo, sudorese, taquicardia, náuseas, tonturas e formigamentos pelo corpo são comuns. A severidade dos sintomas de ansiedade, principalmente o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) estão também relacionados

com atribuições e crenças distorcidas da vítima sobre o abuso anteriormente citadas (Feiring, Taska, & Chen, 2002).

O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) é a psicopatologia mais citada como decorrente do abuso sexual e é estimado que 50% das crianças que foram vítimas desta forma de violência o desenvolvem (Cohen, 2003; Saywitz et al., 2000). O TEPT é um transtorno de ansiedade que ocorre após a exposição a um evento traumático, em que a avaliação subjetiva da vítima, envolvendo resposta de pavor e medo (Critério A), está interligada a sintomas de revivência, evitação e excitabilidade fisiológica aumentada, ao tempo (superior a um mês, Critério E) e ao prejuízo funcional (Critério F; Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, DSM-IV-TR, APA, 2002). Três categorias de sintomas são descritas: 1) re-experiência intrusiva do trauma (um ou mais sintomas, Critério B); 2) esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da reatividade geral (três ou mais sintomas, Critério C); e, 3) sintomas persistentes de excitabilidade fisiológica (dois ou mais sintomas do Critério D; DSM-IV-TR, APA, 2002). O critério de re-experiência traumática envolve lembranças intrusivas e recorrentes, que podem ocorrer sob a forma de sonhos aflitivos e pesadelos, e que são carregadas de forte componente afetivo, sendo, portanto, associados à angústia e ao sofrimento intenso do paciente. A manifestação de *flashbacks* é caracterizada pela sensação da vítima sentir-se como se estivesse revivendo o evento traumático, no momento atual de sua vida. Em crianças a re-encenação do trauma pode ocorrer através de brincadeiras e jogos repetitivos. O comportamento de esquiva, em geral, interfere nas atividades cotidianas da pessoa, devido à alta energia empenhada para evitar locais, pessoas ou situações relacionados ao trauma, como tentativa de controlar lembranças e sentimentos. Percebe-se, ainda, o entorpecimento emocional, o qual pode ser caracterizado pela dificuldade da criança com TEPT em descrever, expressar e ganhar afeto. Sintomas de taquicardia, respiração ofegante, formigamentos, sudorese, tonturas, dores abdominais, entre outros podem acompanhar as lembranças traumáticas e a evitação cognitiva e emocional do trauma. A hipervigilância é caracterizada como “estar em guarda e atento” aos estímulos externos, colocando a vítima em um estado persistente de ameaça, em que o ambiente sempre é considerado como um lugar inseguro e imprevisível. Por último, respostas de sobressalto exageradas também são comuns nas pessoas com TEPT, isto é, as vítimas facilmente se assustam com qualquer estímulo (Carrion, Weems, Ray, & Reiss, 2002; Habigzang, Borges, Dell’Aglia, & Koller, submetido; Perrin, Smith, & Yule, 2000). Crianças com TEPT podem apresentar sintomas de hiperatividade, dificuldade de atenção, ansiedade de separação, medos, queixas psicossomáticas e, freqüentemente, retrocesso no desenvolvimento, irritabilidade ou raiva com os pais ou comportamentos agressivos com os pares, dificuldades de concentração,

principalmente em atividades escolares e desenvolver a percepção de que são muito frágeis e de brevidade quanto ao futuro (Perrin, Smith, & Yule, 2000). A manutenção de sintomas de TEPT está relacionada com a presença de percepções e atribuições distorcidas de culpa e sentimentos de vergonha relacionados ao abuso sexual (Feiring & Taska, 2005)

Os transtornos disruptivos, que englobam o transtorno de hiperatividade e déficit de atenção (TDAH), o transtorno desafiador-opositivo e o transtorno de conduta também estão associados com a experiência de abuso sexual na infância (Maniglio, 2009). Sintomas comuns destes quadros presentes em vítimas de abuso sexual são: déficits em funções cognitivas como atenção e concentração, também presentes no TEPT; fugas de casa; furtos; mentiras; abuso de substâncias; e desrespeito a regras e limites determinados por figuras de autoridade. Agressões físicas e verbais com os pares ou mesmo com adultos são comuns. Um estudo longitudinal comparando adultos que passaram por abuso sexual na infância com adultos que não vivenciaram este tipo de violência identificou que aqueles do primeiro grupo se envolveram significativamente mais em situações de agressões e atos criminosos quando comparados com os do segundo grupo. Com base nesses resultados, o abuso sexual na infância é apontado como um fator de risco para o desenvolvimento de condutas delinquentes (Swanston, 2003). Outro estudo acompanhou durante 26 anos 442 meninos vítimas de maus tratos e foi identificada diferença nos níveis de metabolização da enzima monoamina oxidase A (MAOA) entre grupos de vítimas (Caspi et al., 2002). O grupo com menores níveis de MAOA apresentaram ao longo do desenvolvimento comportamentos anti-sociais, tais como envolvimento em crimes violentos ou traços de personalidade anti-sociais. Por outro lado, o grupo com níveis elevados de MAOA, mesmo sendo vítimas de maus tratos graves na infância, não desenvolveu comportamentos anti-sociais. Tais resultados explicam parcialmente porque nem todas as vítimas de violência vitimizam outras crianças ou adolescentes ao tornarem-se adultas.

O desenvolvimento sexual da criança é afetado pelo abuso e ela pode apresentar comportamentos sexuais atípicos para sua idade. Tais comportamentos incluem brinquedo sexualizado com bonecas, introduzir objetos ou dedos no ânus ou na vagina, masturbação excessiva e em público, conhecimento sexual inapropriado para a idade e pedido de estimulação sexual para adultos ou outras crianças (Amazarray & Koller, 1998). Em crianças, há um aparecimento precoce da sexualidade genital, enquanto que em adolescentes, o comportamento sexual promíscuo e de risco são identificados. As vítimas sofrem de incapacidade de dizer não, têm dificuldades de se proteger e, em uma reprodução do trauma, colocam-se em situações de perigo (Cohen, 1997; Rouyer, 1997). As concepções sobre sexualidade de adolescentes vítimas de abuso sexual foram comparadas com as de

adolescentes não vítimas e identificou-se que o primeiro grupo demonstrou mais medo de se envolver com indivíduos do sexo oposto e do ato sexual propriamente dito (Rodrigues, Brino, & Williams, 2006). Tal medo estava relacionado com a possibilidade de ser abandonada, rejeitada ou agredida física ou sexualmente pelo parceiro. As adolescentes vítimas de abuso também relataram sentir-se incomodadas ao serem tocadas por um parceiro em partes íntimas do corpo. Elas demonstraram uma percepção negativa em relação ao sexo masculino, descrevendo-o como “interesseiro, safado, aproveitador” (Rodrigues, Brino, & Williams). Na idade adulta estas dificuldades podem se manifestar através de medo de relacionar-se sexualmente, problemas de relacionamento sexual com o cônjuge, impotência, compulsão por sexo, etc. Tais comportamentos representam um risco para revitimizações.

O abuso sexual pode afetar a regulação de respostas emocionais no relacionamento com pares e com os pais. A regulação de respostas emocionais desempenha um significativo papel no desenvolvimento de competências sociais e ajustamento psicológico. A regulação de respostas emocionais é compreendida como a habilidade de monitorar, avaliar e modificar respostas emocionais para alcançar objetivos individuais e facilitar a adaptação no contexto social. Envolve a capacidade da criança de conhecer o impacto que a manifestação de suas emoções pode gerar em seus pais e demais pessoas significativas, bem como desenvolver estratégias específicas para manejar situações nas quais as emoções são expressas. Essas habilidades são aprendidas a partir das relações interpessoais da criança, principalmente com seus pais. Crianças vítimas podem reprimir a expressão de emoções com receio de serem rejeitadas por seus pais ou manifestar de forma disfuncional suas emoções, através de reações de raiva ou irritabilidade. A regulação de respostas emocionais no relacionamento com pares e com os pais foi comparada entre um grupo de meninas vítimas de abuso sexual e um grupo de meninas não vitimizadas. Essa comparação evidenciou que o abuso sexual pode interferir no desenvolvimento emocional. As meninas vítimas apresentam expectativas de menos suporte e mais conflitos na relação com os pais quando manifestam suas emoções. As meninas vítimas também apresentaram menor expectativa de apoio e ajuda de sua família e amigos quando manifestam suas emoções. Contudo, não foram encontradas diferenças entre os grupos quanto à habilidade para gerar estratégias efetivas de *coping* em situações que despertam suas emoções (Shipman, Zeman, Fitzgerald, & Swisher, 2003).

Outro aspecto que pode ser afetado pela experiência de abuso sexual é a aprendizagem e a adaptação no contexto escolar. O baixo rendimento escolar e dificuldades de relacionamento neste contexto foram evidenciados em 54% das 100 meninas entre sete e 12 anos avaliadas no estudo desenvolvido por Daignault e Hébert (2009). Os problemas no contexto escolar foram relacionados à dificuldade das crianças para regular suas emoções nos

relacionamentos interpessoais, bem como de lidar com sintomas de ansiedade e depressão decorrentes da experiência traumática. Outro aspecto associado com as dificuldades de aprendizagem são as alterações em funções cognitivas como memória de curto prazo, memória declarativa, aprendizagem verbal, atenção seletiva e funções executivas que podem ocorrer em função da exposição à violência (Borges & Dell’Aglia, 2008; Kristensen, 2005).

A longo prazo, as conseqüências decorrentes do abuso podem permanecer e, em muitos casos, agravarem-se quando não há uma intervenção adequada (Mullen, Martin, Andreson, Romans, & Herbison, 1996; Sant’Anna & Baima, 2008). A avaliação da saúde e eventos de vida em pacientes com mais de 19 anos que freqüentavam um hospital para exames preventivos de saúde identificou que 5,9% destes mencionaram ter histórico de abuso sexual na infância. Os pacientes que relataram história de abuso apresentaram maiores problemas com álcool, tabagismo, depressão, auto-avaliação negativa do estado de saúde, altos níveis de estresse, além de problemas familiares (e conjugais) e profissionais (Edwards, Anda, Nordenberg, Felitti, Williamson, & Wright, 2001). Em outro estudo com mulheres com histórico de abuso sexual na infância foi verificado que 67% destas desenvolveram quadro de transtorno do estresse pós-traumático, bem como problemas na regulação emocional e no funcionamento interpessoal. As mulheres vítimas de abuso com TEPT apresentaram uma maior sensibilidade a críticas, inabilidade para ouvir outros pontos de vista, insatisfação conjugal, maior isolamento social e pobre ajustamento social. Dentre os problemas quanto à regulação emocional foi encontrada uma alta intensidade de reação emocional, medo de experienciar a raiva e dificuldade em expressá-la apropriadamente (Cloitre, Cohen, Koenen, & Han, 2002). Mulheres que passaram por situações de abuso sexual na infância apresentam sintomas de TEPT mais severos quando comparadas com homens que passaram por essa forma de violência. Por outro lado, homens apresentam mais sintomas externalizantes, abuso de substâncias e comportamentos agressivos do que mulheres (Ullman & Filipas, 2005). Fatores como severidade do abuso, tempo de duração, proximidade vítima-agressor, reações negativas das pessoas frente à revelação e sentimentos de culpa estão associados à presença de maiores níveis de sintomas psicopatológicos na idade adulta (Steel, Sanna, Hammond, Whipple, & Cross, 2003; Ullman & Filipas, 2005).

Por fim, o abuso sexual também pode ocasionar sintomas físicos, tais como hematomas e traumas nas regiões oral, genital e retal, coceira, inflamação e infecção nas áreas genital e retal, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, dores e doenças psicossomáticas e desconforto em relação ao corpo (Sanderson, 2005). O resumo das principais alterações cognitivas, comportamentais, emocionais está apresentado na Tabela 1.

Considerando as conseqüências apresentadas decorrentes de experiências sexualmente abusivas para o desenvolvimento humano, verifica-se que esta forma de maus tratos pode comprometer seriamente a saúde física e psicológica das vítimas. Dessa forma, se faz necessário providenciar a capacitação especializada dos profissionais da saúde, de modo que os mesmos estejam preparados para identificar corretamente estes casos através do reconhecimento das alterações comportamentais e sintomas psicopatológicos e realizar os encaminhamentos necessários para que as vítimas recebam atendimento legal, médico e psicológico adequados.

Tabela 1

Alterações Cognitivas, Comportamentais e Emocionais Apresentadas por Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso Sexual

Cognitivas	Comportamentais	Emocionais
Percepção de falta de valor	Isolamento	Vergonha
Percepção de culpa	Agressões físicas e verbais	Medo
Diferença em relação aos pares	Furtos	Ansiedade
Baixa concentração e atenção	Fugas de casa	Irritabilidade
Transtornos de memória	Comportamento hipersexualizado	Raiva
Desconfiança	Abandono de hábitos lúdicos	Tristeza
Dissociação	Mudanças em padrões de alimentação e sono	Culpa
Baixo rendimento escolar	Comportamentos regressivos, tais como chupar o dedo, fazer xixi na cama	
Distorções cognitivas, tais como inferências arbitrárias, “tudo ou nada”, rotulação inadequada	Comportamentos autodestrutivos, machucar a si mesma, tentativas de suicídio	

Psicoterapia para Vítimas de Abuso Sexual: Estudos Recentes

A intervenção psicoterapêutica em casos de abuso sexual em crianças e adolescentes é complexa, porque deve considerar uma série de variáveis: 1) características da violência, como tempo de exposição, comorbidade com outras formas de maus tratos, proximidade com o agressor, etc.; 2) fatores de risco e de proteção na família, incluindo a credibilidade dos cuidadores ao relato da criança e suporte emocional e protetivo; 3) sintomas e alterações cognitivas, comportamentais e emocionais apresentados pelas crianças ou adolescentes. As vítimas de abuso sexual constituem uma população clínica heterogênea, devido à grande variedade de sintomas e diferentes níveis de intensidade que estes podem apresentar em decorrência do abuso. Dessa forma, a intervenção precisa ser planejada considerando o impacto desta experiência para o desenvolvimento da vítima e da sua família, mudanças no ambiente imediato destas, disponibilidade de rede de apoio social e afetiva e fatores de risco e proteção associados. Intervenções em diferentes modalidades (individual, familiar, grupo, farmacológica), bem como diferentes níveis de cuidados, podem ser necessários para diferentes crianças ou pela mesma criança em diferentes tempos (Saywitz et al., 2000).

A formação de um vínculo terapêutico seguro deve ser o primeiro objetivo da intervenção com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. É necessário criar um clima de segurança, confiança e aceitação para que a criança sinta-se segura para revelar sua história, incluindo o abuso sexual. Os terapeutas devem buscar reverter os sentimentos de desamparo, impotência, aprisionamento, isolamento e auto-acusações, freqüentemente apresentados pela criança. O trabalho dos terapeutas consiste em transformar o ocorrido em uma influência para a vida, ao invés de ser obstáculo ou evento determinante de sofrimento ao longo da vida. Os aspectos saudáveis da criança devem ser potencializados e a intervenção deve focar além dos sintomas, a promoção de resiliência. (Habigzang & Koller, 2006).

A avaliação do impacto e do processo das intervenções psicoterapêuticas é fundamental e constitui um desafio para clínicos e pesquisadores. Os ensaios clínicos apresentam-se como ferramentas essenciais na construção de evidências científicas para a prática clínica e para a saúde pública (Peuker, Habigzang, Koller, & Bizarro, no prelo). Poucos estudos controlados têm sido realizados para avaliar os resultados de tratamentos com crianças vítimas de abuso sexual, devido a uma série de obstáculos. Entre eles: dificuldade em identificar sintomas devido à falta de capacidade das crianças em descrever alterações comportamentais, afetivas e cognitivas, uma vez que suas habilidades metacognitivas, autoperceptiva e vocabulário ainda estão em desenvolvimento, e o uso de informações de pais e professores pode, em alguns casos, ser incompatíveis; dificuldade em obter amostras

homogêneas, devido às diferenças, tais como idade, gênero, nível socioeconômico, tempo de exposição ao abuso e severidade deste, que impossibilitam uma padronização de procedimentos; dificuldade em controlar a interferência de outras experiências de vida da criança, uma vez que o abuso sexual é apenas uma parte da história desta, que na maioria dos casos vem acompanhada de outras formas de violência extra e intrafamiliar. Dessa forma, a melhora clínica das crianças não depende apenas da eficácia do tratamento, mas do funcionamento dos adultos cuidadores da criança e da rede de apoio mais ampla. A saúde mental dos pais, conflito conjugal, dinâmica familiar, presença de eventos estressores, o nível socioeconômico da família, fatores culturais e comunitários influenciam no grau e manutenção da melhora (Saywitz et al., 2000).

A investigação do efeito de diferentes elementos e modalidades de tratamento para problemas e sintomas decorrentes de abuso sexual foi realizada através de uma revisão de literatura (Hetzl-Riggin, Brausch, & Montgomery, 2007). A meta-análise foi realizada em diferentes bancos de dados e foram selecionados estudos na língua inglesa que: 1) tinham um *design* que buscava analisar a efetividade de tratamento para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual; 2) utilizaram pré e pós-teste; 3) a amostra era composta por pelo menos 10 participantes; 4) apresentavam análises estatísticas; 5) foram publicados em revistas com revisão de pares. A partir de tais critérios foram identificados 28 estudos entre o período de 1975 e 2004. Destes estudos, a idade dos participantes foi: menos de seis anos (quatro estudos), seis a 12 anos (12 estudos), mais de 12 anos (três estudos) e os demais não identificaram a idade. O sexo dos participantes também foi avaliado e em 11 estudos as participantes eram do sexo feminino e em apenas um, os participantes eram do sexo masculino. Em 14 estudos os participantes eram de ambos os sexos e dois estudos não informaram tal questão. O tamanho da amostra foi dividido em dois grupos: estudos com menos de 40 participantes (12) e estudos com 40 ou mais participantes (16). Apenas 11 estudos utilizaram grupo controle. Os estudos foram classificados quanto à modalidade e abordagem terapêutica utilizada e foi verificado: 17 estudos na modalidade individual, 15 estudos na modalidade grupal, 15 estudos com abordagem cognitivo-comportamental, 15 estudos com abordagem focada no abuso, 11 estudos com terapia de apoio, nove estudos com terapia de família, quatro estudos com terapia do jogo. Em alguns estudos mais de uma modalidade estava presente, como por exemplo, estudos na modalidade grupal, cognitivo-comportamental, focada no abuso. Os resultados indicaram que qualquer forma de tratamento psicológico para crianças vítimas de abuso sexual é mais efetiva do que nenhum tratamento (grupo controle). Dentre as modalidades de terapia, a terapia do jogo se mostrou mais efetiva para melhorar o funcionamento social. A terapia cognitivo-comportamental, terapia focada no

abuso nos formatos individual e grupal se mostram efetivas para problemas comportamentais e para o funcionamento social. A terapia cognitivo-comportamental e o formato grupal se mostraram efetivas para melhorar questões relacionadas ao autoconceito (Hetzl-Riggin, Brausch, & Montgomery, 2007).

O tempo de intervenção clínica pode variar devido ao referencial teórico que a fundamenta e aos fatores relacionados com a história de abuso e as conseqüências desta para a vítima. Um estudo realizado para verificar fatores associados ao tempo que as crianças vítimas de abuso sexual permanecem em terapia e os fatores que contribuem para abandono do tratamento por estas, constatou que as variáveis relacionadas com o abuso mostraram-se fortemente correlacionadas com o número de sessões. Foi constatado que quanto mais cedo iniciaram os abusos, mais sessões de terapia foram necessárias. A psicopatologia decorrente do abuso também foi associada ao tempo de permanência em tratamento. Quanto maior a intensidade dos sintomas, maior o tempo de tratamento, sendo que depressão e comportamento agressivo ou delinqüente foram altamente correlacionados. Entre os fatores associados ao abandono do tratamento foram verificados: cuidador com sintomas psicopatológicos, crianças com freqüentes hospitalizações e tratamentos, mães jovens, pais solteiros, *status* socioeconômico, mães com histórico de problemas na infância (Horowitz, Putnam, Noll, & Trickett, 1997).

Dentre as abordagens psicoterapêuticas, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem apresentado eficácia na redução de sintomas comuns em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, tais como depressão e ansiedade (Cohen, Mannarino, & Knudsen, 2005; Deblinger, Stauffer, & Steer, 2001; Compton, March, Brent, Albano, Weersing, & Curry, 2004), transtorno do estresse pós-traumático (Cohen, Mannarino, & Rogal, 2001; Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004) e crenças e atribuições distorcidas em relação à violência (Celano, Hazzard, Campbell, & Lang, 2002; Cohen & Mannarino, 2002). Com relação à modalidade de tratamento, o formato grupal tem apresentado melhor custo-eficácia (McCrone, Weeramanthri, Knapp, Rushton, Trowell, Miles, & Kolvin, 2005), uma vez que contribui para a redução de sentimentos de estigmatização e possibilita a aprendizagem de estratégias de enfrentamento com um grupo de pares (Habigzang, et al., 2006; Kruczek & Vitanza, 1999; McGain & McKinzey, 1995).

Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

A TCC é um termo genérico que abrange uma variedade de mais de 20 abordagens dentro do modelo cognitivo e cognitivo-comportamental (Knapp, 2004). Todas as terapias cognitivo-comportamentais compartilham três premissas fundamentais: 1) A cognição afeta o

comportamento; 2) A cognição pode ser monitorada e alterada; e 3) A mudança comportamental desejada pode ser efetuada por meio da mudança cognitiva (Dobson, 2006). Define-se como uma abordagem psicoterápica breve, estruturada, focal, orientada para o presente, cujo objetivo é modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais (Beck, 1997).

A TCC baseia-se no princípio interacionista de aspectos biológicos, cognitivos, emocionais e comportamentais do indivíduo com o ambiente no qual está inserido. Segundo Beck e Alford (2000), o principal caminho do funcionamento ou da adaptação psicológica consiste de estruturas de cognição com significado, denominadas esquemas. Significado refere-se à interpretação da pessoa sobre um determinado contexto e da relação daquele contexto com o *self*. Embora os significados sejam atribuídos pela pessoa, em vez de serem componentes preexistentes na realidade, eles são corretos ou incorretos em relação a um determinado contexto ou objetivo. Os significados incorretos são compreendidos como distorções cognitivas e comumente geram sofrimento e desadaptação. Todos os indivíduos estão sujeitos a distorções cognitivas e essas podem incluir visões equivocadas de si, dos outros e do futuro (tríade cognitiva). A psicopatologia está relacionada a distorções cognitivas em relação à tríade, desenvolvidas pelo indivíduo a partir de suas interações com o ambiente. Dessa forma, esquemas desadaptativos envolvendo cognições, emoções e comportamentos disfuncionais são focos da intervenção (Beck & Alford, 2000). O objetivo da TCC é mediar um processo de mudança, no qual os pacientes aprendam a identificar seu pensamento disfuncional, testar seu pensamento e comportamento em relação à realidade e construir estratégias mais adequadas e funcionais para agir, tanto inter quanto intrapessoalmente. Portanto, o objetivo da TCC não é curar, mas ajudar o paciente a desenvolver melhores estratégias de enfrentamento para lidar com sua vida (Dattilio & Freeman, 1995).

A TCC utiliza-se de um conjunto de técnicas cognitivas e comportamentais para produzir mudanças, considerando os objetivos específicos estabelecidos entre terapeuta e paciente a partir da conceituação do caso. Ao final do processo de mudança, as estratégias aprendidas ao longo da terapia são retomadas para que o paciente aprenda a fazer uso destas para resolver problemas e manter os efeitos terapêuticos alcançados. Essa etapa final da terapia chama-se prevenção a recaída (Knapp, 2004).

A TCC tem sido uma abordagem psicoterápica muito testada e pesquisada. Existem atualmente mais de 325 ensaios clínicos publicados, avaliando os resultados de intervenções cognitivo-comportamentais (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). Uma meta-análise acerca dos resultados terapêuticos da abordagem cognitivo-comportamental para diferentes

transtornos psiquiátricos foi realizada por Butler, Chapman, Forman, e Beck (2006). A revisão da literatura avaliou publicações entre 1967 e 2004, resultando em 16 estudos de meta-análise metodologicamente rigorosos. As 16 meta-análises selecionadas somavam 9995 participantes em 332 estudos. Tais estudos apontaram a eficácia da TCC comparada com grupos controles no tratamento dos seguintes transtornos: depressão, ansiedade generalizada, pânico com ou sem agorafobia, fobia social, transtorno do estresse pós-traumático, e ansiedade e depressão em crianças. A TCC apresentou resultados mais positivos que antidepressivos para o tratamento da depressão em adultos e apresentou a mesma efetividade para transtorno obsessivo-compulsivo e depressão em adultos quando comparada a terapia comportamental. Também foram encontrados resultados positivos da TCC no tratamento da esquizofrenia e bulimia. Os efeitos da TCC se mantiveram significativos ao longo do tempo.

A TCC tem sido aplicada no tratamento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Os programas de tratamento priorizam: psicoeducação sobre abuso sexual, estratégias para manejo de emoções, pensamentos e comportamentos decorrentes do abuso, exposição e processamento de memórias relativas ao abuso através do desenvolvimento de narrativas sobre o abuso, e medidas de proteção para evitar revitimizações (Shipman & Taussig, 2009). Recentemente, dois importantes projetos na área da saúde mental adotaram a prática baseada em evidências para o tratamento de crianças e adolescentes vítimas de abuso físico e sexual nos Estados Unidos. Em 2003, o US Office for Victims of Crime (OVC) desenvolveu um manual para tratamento, apresentando intervenções baseadas em evidências. A terapia cognitivo-comportamental focada no trauma foi a intervenção adotada no manual após a avaliação da efetividade de 24 intervenções. Essa abordagem terapêutica apresentou altos índices de efetividade para o tratamento de crianças e adolescentes vítimas de abuso físico e sexual. O Kauffman Best Practices Project também adotou em seu manual para tratamento de vítimas e suas famílias a terapia cognitivo-comportamental focada no trauma e a terapia de interação pais-filhos (Shipman & Taussig, 2009).

A revisão de literatura sobre ensaios clínicos randomizados entre 1990 e 2002, que avaliaram a terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade e depressão apontou evidências que apóiam a efetividade desta abordagem (Compton, March, Brent, Albano, Weersing, & Curry, 2004). A TCC comparada com grupos controle e lista de espera se mostrou significativamente mais efetiva na redução de sintomas de depressão e ansiedade. Dessa forma, em uma perspectiva baseada em evidências, a TCC é atualmente a terapia de escolha para o tratamento de transtornos de ansiedade e depressão em crianças e adolescentes. Entre os transtornos de ansiedade incluídos nesta meta-análise estão: fobias específicas, ansiedade de separação, ansiedade generalizada, transtorno do pânico e

fobia social. Foram identificados 21 ensaios clínicos randomizados para os transtornos de ansiedade e as principais técnicas utilizadas foram: treino de relaxamento, dessensibilização sistemática por imagens e *in vivo*, ensaios cognitivos através de dramatizações, treino em estratégias para autocontrole, resolução de problemas, reestruturação de crenças distorcidas referentes à auto-imagem. Em relação ao transtorno depressivo, foram encontrados 12 estudos randomizados e as principais técnicas utilizadas foram: psicoeducação sobre depressão, treino em resolução de problemas e reestruturação de pensamentos disfuncionais.

As crenças que a criança desenvolve acerca da experiência de abuso sexual é um fator significativo no desenvolvimento e manutenção de sintomas e também na resposta ao tratamento psicoterápico. Por essa razão, a reestruturação cognitiva de atribuições e crenças das vítimas relacionadas ao abuso tem sido um componente fundamental da intervenção, objetivando reduzir os sentimentos de culpa e vergonha da criança e encorajar a criança a atribuir a responsabilidade do abuso ao agressor. A técnica de exposição gradual às lembranças do abuso tem sido uma ferramenta importante para identificar crenças distorcidas sobre o abuso, pois a partir de descrições gradativamente mais detalhadas sobre o abuso, associadas com a identificação dos pensamentos e emoções das crianças, as distorções como atribuição de culpa, são identificadas e alteradas. Outras técnicas utilizadas são questionamento socrático, busca de evidências, “torta” da responsabilidade, monitoramento por escrito de pensamentos relacionados ao abuso (Celano, Hazzard, Campbell, & Lang, 2002; Cohen & Mannarino, 2002).

A TCC para o tratamento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual com sintomas de TEPT também apresenta evidências de efetividade. As principais técnicas empregadas são relaxamento, reestruturação cognitiva, exposição gradual, prevenção a recaída, dessensibilização sistemática, treino de inoculação de estresse que inclui psicoeducação, relaxamento, “*stop*” para pensamentos disfuncionais e auto-instrução (Bryant, 2000; Cohen, 2003; Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006; Perrin, Smith, & Yule, 2000).

O estudo desenvolvido por Cohen, Deblinger, Mannarino e Steer (2004) comparou a terapia cognitivo-comportamental com a terapia centrada na criança em meninas e meninos entre oito e 14 anos e seus cuidadores principais. Tais crianças eram vítimas de abuso sexual e o critério de inclusão foi apresentar pelo menos um sintoma de cada critério que compõe o transtorno do estresse pós-traumático (revivência, evitação e hipervigilância). Crianças com sintomas psicóticos ou transtornos relacionados ao abuso de substâncias foram excluídas da amostra. Em 89% da amostra foram identificados critérios suficientes para o quadro de TEPT e mais de 90% destas crianças havia experienciado outros eventos traumáticos. As crianças foram alocadas aleatoriamente em dois grupos (89 participantes em terapia cognitivo-

comportamental e 91 participantes em terapia centrada na criança). Os resultados apontaram a eficácia da TCC para sintomas de TEPT, bem como para problemas comportamentais e crenças distorcidas decorrentes do abuso. Foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos, sendo que as crianças que receberam TCC apresentaram melhoras mais significativas. Também foi identificado que os pais que receberam TCC apresentaram melhoras significativas em relação ao outro grupo em sintomas de depressão, sofrimento em relação ao abuso da criança, suporte emocional para criança e práticas educativas efetivas. O modelo da TCC compreendeu 12 sessões individuais com frequência semanal que focaram: habilidades de expressão de emoções, treino em estratégias de *coping*, reconhecimento de relações entre pensamentos, comportamentos e emoções, exposição gradual as lembranças do abuso, no qual as crianças desenvolveram uma narrativa sobre a história do abuso, processamento cognitivo da experiência abusiva, psicoeducação sobre abuso sexual e estratégias de auto-proteção. A principal limitação do estudo foi a falta de um grupo de lista de espera. Tal grupo não foi introduzido em função de questões éticas e de resultados de estudos anteriores que apontaram que não há melhora em sintomas de crianças em lista de espera (Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004).

As modalidades de tratamento utilizadas para crianças com TEPT pelos profissionais em sua prática clínica foram mapeados por Cohen, Mannarino, e Rogal (2001). Os participantes do estudo foram selecionados pela experiência clínica com crianças com transtorno dissociativo, TEPT ou maus tratos e eram membros de organizações profissionais que atendem esta população (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry e International Society for Traumatic Stress Studies). Setenta e sete psiquiatras e 82 terapeutas não-médicos participaram do estudo, e foi constatada uma variedade de modalidades terapêuticas utilizadas para estes casos. Entre as modalidades referidas pelos médicos, destacaram-se a farmacoterapia, terapia psicodinâmica e terapia cognitivo-comportamental. Destes, 95% empregam medicamentos no processo terapêutico. Entre os terapeutas sem formação médica, as principais modalidades apontadas foram terapia cognitivo-comportamental, terapia familiar e terapia não-focal através do jogo. A terapia cognitivo-comportamental foi a mais citada pelos terapeutas não-médicos e a segunda mais citada pelos médicos, perdendo apenas para a farmacoterapia (Cohen, Mannarino, & Rogal, 2001).

Apesar da TCC apresentar evidências de efetividade no tratamento de crianças e adolescentes com TEPT, um significativo número de pacientes não apresenta benefícios com técnicas cognitivo-comportamentais. A TCC pode não se mostrar efetiva para pacientes que apresentam sintomas dissociativos graves ou níveis elevados de raiva. Além disso, para alguns pacientes as técnicas de exposição podem gerar mais ansiedade e dificultar a

vinculação com o terapeuta e o processo terapêutico em si (Bryant, 2000). Além disso, o número de sessões de psicoterapia necessário para crianças e adolescentes que experienciaram algum evento traumático e desenvolveram transtorno do estresse pós-traumático é um fator que ainda deve ser pesquisado (Cohen, 2003).

As relações entre o tempo de exposição à terapia focada no abuso e as mudanças na sintomatologia em crianças sexualmente abusadas foi realizada por Lanktree e Briere (1995). Os objetivos da pesquisa foram verificar se a sintomatologia de depressão, ansiedade e transtorno do estresse pós-traumático diminuía com o tempo de tratamento e se esta mudança era de fato efeito da terapia ou representava simplesmente efeitos da passagem do tempo. Os participantes deste estudo foram crianças com idade entre oito e 15 anos. Participaram da pesquisa 105 crianças. Destas, 84,8% eram meninas com idade média de 11,6 anos. Entre os casos incluídos na amostra, 46,7% eram incestuosos e 44,8% dos casos envolviam sexo oral, anal ou penetração vaginal. As crianças preencheram o *Children's Depression Inventory* (CDI) e o *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC) em intervalos de três meses. Os participantes receberam tratamento individual focado no abuso e em muitos casos, terapia familiar e de grupo.

O estudo de Lanktree e Briere (1995) demonstrou que os sintomas psicológicos decorrentes do abuso sexual diminuíram durante o processo de terapia focado no abuso. Esta redução do efeito do trauma variou de acordo com o tipo de sintoma e tempo de terapia. Os participantes que apresentavam sintomas de ansiedade e TEPT responderam mais rapidamente e de forma constante ao tratamento, enquanto que os que apresentavam questões relacionadas à sexualidade levaram um período de tempo maior. Outro achado interessante está relacionado com o intervalo de tempo. Quanto menor o tempo entre o fim do abuso e começo da terapia, melhores foram os resultados no pré-teste nas escalas de depressão, raiva e dissociação, ou seja, crianças que permanecem mais tempo sem uma intervenção tendem a dissociar mais e apresentar maior sintomatologia de depressão e sentimentos de raiva. Estes achados sugerem que o trauma gerado pelo abuso pode produzir um crescimento dos efeitos negativos na ausência de um tratamento apropriado. Dessa forma, os autores afirmam que a mera passagem do tempo, sem tratamento, não reduz a intensidade dos sintomas na escala de tempo investigada (Lanktree & Briere, 1995).

Cohen e Mannarino (2000b) realizaram uma pesquisa com 49 crianças sexualmente abusadas com idade entre sete e 14 anos e seus cuidadores primários não abusivos. Durante o período de 12 semanas a amostra foi dividida em duas formas de tratamento: TCC focada no abuso e terapia de apoio não-focal. As condições de tratamento foram fixadas aleatoriamente e monitoradas por terapeutas intensivamente treinados e supervisionados. As crianças foram

avaliadas antes e depois do tratamento através de uma variedade de instrumentos. A TCC designou como alvos da intervenção, questões clínicas que são verificáveis com frequência em crianças sexualmente abusadas. Entre estas incluiu intervenções específicas para depressão, ansiedade e dificuldades comportamentais. Também incluiu componentes na tentativa de melhorar o apoio dos pais, bem como auxiliá-los a usar apropriadamente habilidades de manejo com seus filhos. Entre os métodos utilizados nas intervenções estão construção de habilidades sociais, monitoramento e modificação de pensamentos automáticos, suposições e crenças, substituição de pensamentos negativos por imagens positivas, treino de habilidades para resolução de problemas, incluindo automonitoramento de comportamentos e exploração de sentimentos. A terapia de suporte não-focal foi usada como uma alternativa de tratamento para TCC. Nesta, nenhuma técnica cognitivo-comportamental foi empregada, não foram trabalhadas técnicas de aconselhamento e as sessões não eram estruturadas. As intervenções visavam a proporcionar um alto nível de não julgamento e suporte, encorajando a criança e seu cuidador a identificar e resolver sentimentos e restabelecer a confiança e expectativas interpessoais positivas. Entre os resultados, foi constatado que o desenvolvimento de sintomas e a resposta ao tratamento são influenciados pelo sofrimento emocional dos pais com relação ao abuso, o apoio dos pais à criança, e as crenças que a criança apresenta com relação ao abuso. Com relação às formas de tratamento, a TCC obteve resultados superiores comparada à outra forma de intervenção quanto à redução de sintomas de depressão e ansiedade, uma vez que a TCC teve como foco da intervenção a reestruturação de atribuições e percepções distorcidas sobre abuso sexual. Os fatores preditores da resposta ao tratamento foram identificados através de uma análise de regressão e foram identificados os seguintes fatores como mediadores da resposta ao tratamento: atribuições e percepções da criança em relação ao abuso, coesão e adaptação familiar, suporte oferecido pelos pais ou cuidadores, e reação emocional dos pais ao abuso da criança (Cohen & Mannarino, 2000b).

Em um estudo adicional, seguindo a mesma metodologia, a durabilidade dos efeitos da TCC foi avaliada após um ano do término do tratamento (Cohen, Mannarino, & Knudsen, 2005). Participaram do estudo 82 crianças sexualmente abusadas com idades entre oito e 15 anos, alocadas aleatoriamente em duas formas de tratamento: TCC focada no trauma e terapia de apoio não-focal, ambas com duração de doze semanas. A sintomatologia das crianças foi reavaliada após seis e 12 meses do término do tratamento. Após seis meses 46 crianças completaram a reavaliação e após 12 meses a amostra reduziu-se para 39 participantes. Os resultados do *follow up* apontaram que o grupo em tratamento com TCC apresentou significativa redução de sintomas de depressão, ansiedade e problemas sexuais após as 12 sessões quando comparado ao grupo em terapia de apoio não-focal. Após os seis meses do

término do tratamento foi constatada uma melhora significativamente maior nos sintomas de ansiedade, depressão, problemas sexuais e dissociação e após 12 meses houve melhoras significativas nos sintomas de TEPT e dissociação. Estes resultados apontam a durabilidade da efetividade da TCC.

Os estudos apresentados apontam os resultados positivos da TCC na redução de sintomas de depressão, ansiedade e transtorno do estresse pós-traumático e na reestruturação de pensamentos e comportamentos disfuncionais em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Os programas de tratamento encontrados na literatura incluem um conjunto de técnicas cognitivas e comportamentais, tais como psicoeducação, técnicas de reestruturação da memória traumática (inoculação do estresse, dessensibilização sistemática, exposição e inundação), técnicas de relaxamento e técnicas de modificação de comportamentos de risco. Entretanto, não há pesquisas que tenham avaliado o impacto destas diferentes técnicas na sintomatologia dos pacientes. Dessa forma, torna-se necessário desenvolver estudos que avaliem a efetividade de diferentes componentes da TCC no tratamento de crianças vítimas de abuso (Cohen, 2003).

Modalidade Grupal

Diversas modalidades terapêuticas podem ser utilizadas na intervenção com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. A literatura aponta intervenções na modalidade individual, grupal e familiar (Cohen & Mannarino, 2000; Deblinger, Stauffer, & Steer, 2001; Hayde, Bentovim, & Monck, 1995; Saywitz et al., 2000). Dentre as modalidades de tratamento, as pesquisas apontam que o formato grupal tem obtido resultados positivos na redução de sintomas e menores custos que o atendimento na modalidade individual (Kruczek & Vitanza, 1999; Glodich & Allen, 1998; McCrone, Weeramanthri, Knapp, Rushton, Trowell, Miles, & Kolvin, 2005; McGain & McKinzey, 1995).

O grupo oportuniza à criança verificar que não está sozinha e tem a função de oferecer apoio e alívio emocional, através da assimilação consciente dos episódios abusivos. Busca, também, modificar o autoconceito das vítimas, de autodesprezo para autovalorização. A grupoterapia para vítimas de abuso sexual contribui para a redução de sentimentos de diferença e a auto-estigmatização. O processo de grupo deve priorizar espaços para que as vítimas possam relatar sentimentos referentes ao abuso; discutir crenças quanto à culpa pela experiência abusiva; desenvolver habilidades preventivas a outras situações abusivas; e, elaborar sentimentos de isolamento e estigmatização (Kruczek & Vitanza, 1999).

A psicoterapia de grupo, com crianças sexualmente abusadas, oportuniza crescimento, integração e estabelecimento de conexões destas com outras pessoas. Além disso, potencializa novas abordagens de enfrentamento a situações difíceis, contribuindo para uma autoafirmação. A modalidade grupal possibilita que as crianças encontrem formas de reverter sentimentos de vergonha e culpa; explorem e aprendam a monitorar o sofrimento e sentimentos de medo. O caráter educativo do tratamento disponibiliza ao grupo maiores esclarecimentos e informações acerca de seus corpos, segurança, sexualidade, abuso e relacionamentos. Estudos realizados para verificar o processamento perceptual e cognitivo de eventos traumáticos por crianças sugerem que as crianças traumatizadas desenvolvem estratégias sistemáticas de reação e evitação e que o tratamento focado e intervenções contextuais que atuem nas funções, operações e estruturas dentro dos âmbitos cognitivos são eficazes para ajudar as crianças traumatizadas a reconhecerem, esclarecerem, enfrentarem, integrarem e transformarem o significado de suas experiências. A terapia de grupo possibilita que as crianças integrem, cognitivamente e afetivamente tanto o material relacionado ao *self*, quanto seu senso de *self* com os outros (Smith, 1993/1996).

Smith (1993/1996) apresentou um modelo de intervenção em grupo que teve como objetivos: realçar a auto-regulação, reduzir os sintomas e a desregulação das seqüelas traumáticas e praticar novos comportamentos na transformação de padrões anteriores de reação ao abuso. A intervenção foi constituída por seis fases que se sobrepõem de modo contínuo, não se apresentando como estágios separados: 1) Fase de reconhecimento: fase de avaliação individual e encaminhamento para o grupo. Esta fase também inclui o início das sessões de grupo com apresentações e o reconhecimento de cada criança das experiências de contato e interação sexualizada injusta e insegura; 2) Fase de estabilização: criar um ambiente seguro e confiante, psicoeducar o grupo a usar linguagem e conceitos exatos e compartilhados com referência ao corpo, ensinar técnicas de relaxamento apropriadas à idade para administrar e reduzir o estresse, realizar atividades que potencializem o senso de segurança, autocuidado, proteção e auto-estima; 3) Fase do domínio: identificar e partilhar áreas de auto-afirmação, habilidade e competência; identificar e partilhar as informações, habilidades e competências de si com e dos outros; praticar e apoiar-se mutuamente em esforços por conquistar domínio em relação aos problemas e sintomas reconhecidos; praticar dizer “não” e a autoproteção e fomentar a coesão do grupo e o senso do grupo como ambiente seguro; 4) Fase da revelação: focaliza as experiências que os membros do grupo tem da revelação (quando, quem, o quê, sentimentos) e o que aconteceu quando a fizeram; debates e psicoeducação sexual; identificar, representar, esclarecer e compartilhar lembranças ou fragmentos de lembranças dos eventos; explorar os sentimentos, representações e interações que os membros do grupo tem pelos

agressores; 5) Fase de integração: reunir fragmentos sensoriais para integrar representações e significados; potencializar o senso de continuidade do *self* no espaço e no tempo; praticar a regulação e o domínio dos impulsos para desempenhos individuais e grupais em atividades enfocadas e auto-expressão; e, 6) Fase de transformação: fase de término do processo terapêutico tem como finalidade construir estratégias de prevenção à recaída; respostas a possíveis novos eventos; representação e partilha do *self* agora, do grupo agora e da família agora; despedir-se identificando que o desafio de domínio continua após a terapia. Algumas das atividades realizadas durante o processo grupal consistem em: representações (desenhos) de si mesmas, de outros e do mundo; mapas da vida e linha da vida; todas as minhas famílias; música; dança; conscientização do estresse, sua administração e habilidades de redução; desempenho de papéis; exercícios progressivos de relaxamento; meu livro de vida e mudanças; excursões (ao tribunal, caminhadas, etc.); jogos; construção e representação de máscara e escudo e psicoeducação. Os grupos são, em geral, constituídos por seis a oito membros divididos por sexo. O agrupamento das crianças deve ser adequado com seus níveis de desenvolvimento, ou seja, compreender as faixas etárias entre sete e 12 anos e entre 13 e 17 anos (Smith, 1993/1996).

O tratamento em grupo mostra-se como uma modalidade preferencial no atendimento de meninas adolescentes vítimas de eventos traumáticos e a terapia cognitivo-comportamental, com enfoque psicoeducativo como intervenção efetiva para a redução de comportamentos de risco para revitimizações nesta faixa etária. A abordagem grupal oportuniza às adolescentes trocar experiências e aprender com a experiência do grupo de pares, o que para elas é mais considerado do que a aprendizagem com um adulto. O grupo representa também um espaço para aprendizagem de regras de socialização e habilidades sociais. A intervenção em grupo para as adolescentes reduz sintomas de hipervigilância e sentimentos de desconfiança, comuns em vítimas de abuso sexual, uma vez que no grupo se viabiliza o relacionamento positivo entre pessoas que passaram por situações semelhantes. Reduz sentimentos de solidão e isolamento (Glodich & Allen, 1998).

A modalidade grupal foi testada empiricamente com adolescentes vítimas de abuso sexual infantil (Kruczek & Vitanza, 1999). Participaram do estudo 41 meninas com idades entre 13 e 18 anos. A avaliação diagnóstica pré-teste constatou que as adolescentes apresentavam quadros de depressão, transtorno do estresse pós-traumático e transtorno desafiador opositivo. A modalidade grupal promoveu mudanças em sentimentos e comportamentos disfuncionais e desenvolveu habilidades de enfrentamento eficazes para lidar com situações do cotidiano. Outro estudo, utilizando um modelo com pré e pós-teste com grupos controle e experimental verificou a eficácia de tratamento em grupo para meninas

vítimas de abuso (McGain & McKinzey, 1995). Foram avaliadas 30 meninas vítimas de abuso sexual, com idades entre nove e 12 anos. O grupo em tratamento ($n=15$) foi pareado com o grupo controle ($n=15$) pela idade, severidade do abuso, intensidade de força usada durante o abuso e tempo de exposição ao abuso. O tratamento disponibilizado ao grupo experimental teve como objetivos: proporcionar um ambiente seguro, no qual as crianças podiam discutir livremente seus abusos; aumentar auto-estima das crianças; prevenir a revitimização; evitar problemas psicológicos futuros; proporcionar modelos apropriados e não abusivos de homem e mulher; proporcionar suporte a criança com relação aos processos no Tribunal; educar a criança sobre passos práticos para autoproteção; facilitar a comunicação pela vítima sobre a dinâmica do abuso; criar um processo de auto-ajuda pelos pares para a criança; obter o apoio da família ao tratamento da criança; e, proporcionar a diminuição da sintomatologia e sofrimento decorrente do abuso. O tratamento demonstrou-se eficaz na redução de sintomas de ansiedade, particularmente descritos, tanto pelos pais quanto pelas meninas, como os mais proeminentes. Além disso, as dificuldades escolares foram reduzidas pela intervenção, bem como os problemas de conduta verificados na avaliação inicial. Os resultados encontrados apontaram diferenças significativas em todas as escalas dos instrumentos comparando o pré e pós-teste do grupo experimental. Os resultados do grupo controle não variaram muito nos dois tempos, o que comprovou a eficácia deste modelo de grupoterapia para meninas com idade entre nove e 12 anos (McGain & Mckinzey, 1995).

A relação custo-eficácia da psicoterapia de grupo e psicoterapia individual para meninas vítimas de abuso sexual e seus cuidadores foi avaliada através de um ensaio clínico (McCrone et al., 2005). A amostra foi composta por 71 meninas com idade entre seis e 14 anos alocadas aleatoriamente nas duas modalidades de tratamento (35 meninas em atendimento individual e 36 em atendimento grupal). Na avaliação inicial identificou-se que 73% das participantes apresentavam TEPT, 57% depressão, 58% ansiedade de separação e 37% ansiedade generalizada. O tratamento individual foi constituído por 30 sessões de psicoterapia psicanalítica e o tratamento grupal foi composto por 18 sessões de psicoterapia com enfoque psicoeducativo. Após o tratamento, as participantes foram acompanhadas por dois anos para avaliação dos efeitos terapêuticos. Os resultados apontaram que o custo médio da terapia individual foi 64% maior que o custo médio da terapia grupal. Além disso, houve uma melhora significativa de sintomas nas meninas em atendimento grupal, principalmente em sintomas de TEPT quando comparadas com as participantes que receberam atendimento individual.

A combinação de diferentes componentes de tratamento também tem sido foco de pesquisas. Um estudo avaliou o impacto do tratamento somente com as famílias e do tratamento com as famílias associado com a grupoterapia para as vítimas (Hayde, Bentovim, & Monck, 1995). Participaram da pesquisa 47 crianças vítimas de abuso e suas mães ou principal cuidador. As famílias que fizeram parte do estudo receberam um programa básico de atendimento familiar e, aleatoriamente, um subgrupo foi composto por crianças que receberam adicionalmente uma intervenção em grupo, considerando sua idade, estágio do desenvolvimento e sexo. A pesquisa iniciou com entrevistas conduzidas para avaliação clínica e foi finalizada com entrevistas para comunicar o fim do tratamento. Questionários padronizados foram utilizados em uma avaliação inicial e final. Os resultados dos tratamentos, tendo como base os escores dos instrumentos aplicados antes e depois do tratamento, apontaram que as crianças apresentaram significativas melhoras no inventário de depressão e na escala completada pelos cuidadores com relação à saúde e aos problemas de comportamentos das crianças. As avaliações clínicas apontaram benefícios significativos da grupoterapia. As crianças e as mães avaliaram positivamente a oportunidade de conhecer outras pessoas com experiências similares proporcionada pela grupoterapia. Sessenta e cinco por cento das crianças demonstraram ter resolvido o sentimento de culpa com relação ao abuso, 78% demonstraram ter aprendido boas habilidades para prevenir futuros abusos e 41% apresentaram um melhor entendimento das origens do abuso. Além disso, foi verificado que a relação entre mãe e criança melhorou e as famílias desenvolveram habilidades para identificar necessidades da criança de acordo com sua idade (Hayde, Bentovim, & Monck, 1995).

A eficácia da modalidade grupal em TCC para crianças e suas mães não-abusivas foi constatada em um estudo que comparou a TCC com a grupoterapia de apoio. Participaram do estudo 44 mães e seus respectivos filhos que haviam sido vítimas de abuso sexual, divididos aleatoriamente em dois grupos: grupoterapia cognitivo-comportamental e grupoterapia de apoio. Após o término de 11 sessões os participantes foram reavaliados através de instrumentos psicológicos e os resultados apontaram que as mães em grupoterapia cognitivo-comportamental apresentaram significativa redução de pensamentos intrusivos e reações emocionais negativas com relação ao abuso sexual, oferecendo melhor suporte protetivo e afetivo aos filhos, quando comparadas com o outro grupo de mães. Com relação às crianças, houve diferenças significativas na aprendizagem de estratégias de autoproteção no grupo em TCC (Deblinger, Stauffer, & Steer, 2001). Dessa forma, além do atendimento às vítimas, o trabalho com os cuidadores não-abusivos tem se apresentado como essencial. A capacitação dos pais através de estratégias comportamentais tem como objetivos: manejar e monitorar sintomas das crianças; desenvolver estratégias para prevenir a revitimização; e adequar o

funcionamento familiar. Os cuidadores não-abusivos necessitam de um espaço, no qual possam aprender a lidar e regular suas expressões emocionais em relação ao abuso e oferecer o apoio afetivo e protetivo necessário aos filhos (Habigzang et al., 2007; Deblinger, Stauffer, & Steer, 2001; Saywitz et al., 2000).

No Brasil foram constatados dois estudos que avaliaram processos terapêuticos para abuso sexual de crianças e adolescentes. O primeiro apresenta uma descrição do processo de grupoterapia para adolescentes vítimas de abuso sexual. Participaram do estudo cinco adolescentes em situação de abrigo. O processo de avaliação das participantes foi realizado através de uma entrevista e em seguida as meninas foram encaminhadas para a grupoterapia composta por 15 sessões. Os resultados foram avaliados qualitativamente pelas terapeutas, sem a utilização de instrumentos psicológicos. Os resultados apontaram que as exposições graduais ao tema do abuso sexual feitas em grupo facilitaram a revelação, a expressão e a aceitação do abuso na história de vida das participantes (Padilha & Gomide, 2004). O segundo estudo descreveu e avaliou o efeito de um modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas com idade entre nove e 14 anos vítimas de abuso sexual intrafamiliar. Participaram do estudo 10 meninas que foram avaliadas em três encontros individuais, nos quais foram aplicados instrumentos para verificar sintomas de depressão, ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático e crenças distorcidas sobre o abuso. A grupoterapia foi composta por 20 sessões semi-estruturadas baseadas no modelo proposto por Habigzang e Caminha (2004). A intervenção focou a psicoeducação em relação ao abuso, reestruturação da memória traumática e prevenção à recaída e aprendizagem de medidas de autoproteção. Durante e após a intervenção foram realizadas reavaliações individuais, nas quais os mesmos instrumentos psicológicos foram aplicados. Os resultados foram analisados com teste estatístico não-paramétrico *Wilcoxon*, utilizado para amostras pareadas, que apontaram a redução de sintomas de depressão, ansiedade e TEPT e a reestruturação de crenças de culpa, diferença em relação aos pares e desconfiança das vítimas. Contudo, o reduzido número de participantes e o fato da mesma terapeuta ter conduzido a intervenção foram limitações deste estudo (Habigzang, Dala Corte, Hatzenberger, Stroher, & Koller, 2008a). Dessa forma, novos estudos com amostras maiores e aplicação do modelo por outros terapeutas são necessários para avaliar o impacto desta grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual.

Aspectos Éticos e Desafios na Avaliação e Tratamento de Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso Sexual

A avaliação psicológica e o tratamento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual exigem conhecimento sobre os aspectos psicológicos e também jurídicos que envolvem o fenômeno, além de postura e comprometimento ético dos profissionais. O ato de entrevistar, visando ao relato e diagnóstico acurado sobre a experiência sexualmente abusiva, é complexo. Uma entrevista mal encaminhada pode se tornar revitimizadora. E tal condição pode ocorrer facilmente, caso não haja humildade profissional e abertura para a constante aquisição de conhecimento. O sofrimento da vítima deve ser respeitado. Questões contextuais, históricas, emocionais e sociais sobre o abuso precisam ser avaliadas, bem como fatores de risco e de proteção. Portanto, é fundamental que profissionais estejam devidamente capacitados para a tarefa (Habigzang, Koller, Hatzenberger, Stroehrer, Cunha, & Ramos, 2008b).

A interação da criança com o adulto influenciará a avaliação. A *performance* da criança como uma fonte de informação dependerá de sua capacidade de perceber, lembrar, interpretar e comunicar. Dessa forma, os entrevistadores devem considerar e respeitar as características desenvolvimentais, para que as informações prestadas, verbalmente ou não, sejam compreendidas (Garbarino & Scott, 1992). As crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual tendem a apresentar um “padrão” no processo de revelação que consiste em, no princípio, manter a situação em segredo. Raramente, devido à complexidade do evento fazem manifestações espontâneas, que só ocorrem quando algum adulto suspeita e lhe faz perguntas. Embora, na maioria dos casos, haja forte tendência para negação, a vítima acaba revelando os abusos sofridos quando questionada algumas vezes, em geral porque não vê mais possibilidade de continuar negando. Também é comum que a criança oscile entre a negação e a reafirmação do abuso (Duarte & Arboleda, 2005; Furniss, 1993; Habigzang et al., 2008b), o que provavelmente seja ainda maior gerador de ansiedade e sofrimento. Mesmo tendo sido encaminhada por suspeita ou por denúncia de abuso sexual, diante de uma pessoa desconhecida, a criança ou adolescente vítima pode inicialmente negar, não querer falar no assunto ou oscilar na apresentação de suas informações. Esta é uma atitude previsível, porque não está ainda vinculada ao profissional, precisa entender exatamente o que está ocorrendo e as conseqüências de suas declarações. O(a) entrevistador(a) não pode exigir que em um primeiro contato seja instaurada uma relação de confiança consigo que é desconhecido(a). Um estudo que testou um método de avaliação em casos de suspeita de abuso sexual identificou que entre os 56 casos avaliados, 44 fizeram a revelação na entrevista inicial, enquanto que os demais necessitaram de duas a seis entrevistas para relatar a violência (DeVoe & Faller,

1999). Meninos e meninas não diferiram na quantidade e no tipo de informação prestada sobre a violência sofrida. Tais resultados apóiam a noção de que crianças sexualmente abusadas podem requerer mais de uma oportunidade para revelarem a experiência de abuso sexual. Portanto, um modelo de avaliação baseado em apenas uma entrevista manteria algumas crianças em situação de risco (DeVoe & Faller). Portanto, a formação do vínculo de confiança com as crianças está relacionada com o tempo necessário para revelar o abuso aos entrevistadores. A vítima precisa sentir-se segura e confortável na presença da pessoa que irá entrevistá-la, para poder compartilhar situações que geram ansiedade e sofrimento (Habigzang, et al., 2008b).

Alguns fatores foram analisados nos arquivos sobre a revelação de violência sexual de 218 casos de crianças e adolescentes, em órgãos de proteção responsáveis pelo atendimento destes (Goodman-Brown et al., 2003). A idade da vítima no início do abuso apareceu correlacionada com o tempo que esta levou para revelar o abuso, sendo que as crianças mais novas levaram um período maior para revelar a violência. O gênero da vítima não apresentou diferença significativa no tempo para a revelação da situação abusiva. No entanto, as crianças vítimas de violência intrafamiliar levaram um período maior para contar sobre o abuso quando comparadas com as crianças vítimas de violência extrafamiliar. As crianças que acreditavam nas possíveis conseqüências negativas quando contassem sobre o abuso, demonstraram um período mais longo para revelar o abuso sexual. O medo dessas crianças em relação às conseqüências negativas concentrou-se, principalmente, em outras pessoas, como por exemplo, familiares, estando também relacionada com o medo de conseqüências negativas a si própria ou aos agressores. A idade, o tipo de abuso (intrafamiliar ou extrafamiliar), o medo de conseqüências negativas, e a responsabilidade frente ao abuso estão relacionados com o período que as vítimas levam para revelar a violência sexual (Goodman-Brown et al., 2003).

O ambiente da avaliação deve garantir que a criança se sinta confortável física e psicologicamente. Os entrevistadores devem procurar tornar o local acolhedor, decorando-o, por exemplo, com figuras e desenhos feitos por crianças. Ao mesmo tempo deve ser informal, livre de perturbações e de acessórios que possam causar distração. Pode ser útil dispor de algum material para desenho e alguns brinquedos, mas não em demasia. O mobiliário deve ser adaptado à estatura da criança e é fundamental que o espaço seja privado e que isto esteja claro para a criança (Duarte & Arboleda, 2005; Habigzang et al., 2008b).

Os profissionais devem realizar a avaliação demonstrando serenidade, cordialidade e empatia. Devem considerar diversas hipóteses sobre o que ouvirão da criança, sem aceitarem de antemão ou tomarem como única verdade válida, a informação anterior à entrevista. É

importante não assumir uma postura sugestiva ou indutiva e não reforçar seletivamente a criança, por exemplo, sorrindo apenas quando faz afirmações que estão em consonância com as suspeitas dos entrevistadores. A atitude de escuta integral é fundamental, ouvindo com atenção genuína o que a criança está dizendo, de forma empática, colocando-se no lugar da criança e aproveitando as próprias palavras dela para revelar que a está escutando e entendendo (Duarte & Arboleda, 2005; Garbarino & Scott, 1992).

O uso de palavras pertencentes ao vocabulário infantil pode ser necessário, especialmente para fazer referência às zonas anatômicas ou práticas abusivas. No entanto, palavras vulgares ou grosseiras devem ser evitadas e podem ser substituídas por palavras mais amenas de cunho coloquial. Tal substituição terá também um cunho pedagógico, uma vez que a criança poderá aprender a fazer referência a sua própria experiência de forma mais articulada. A entrevista exige método, não é uma interação corriqueira de duas pessoas, deve sempre ser delimitada por objetivos, para obtenção de dados que contribuam para uma futura intervenção. A interação desde a primeira entrevista é essencial para a confiabilidade dos dados obtidos e, principalmente, para que a impressão da criança em relação aos entrevistadores e à instituição que estes representam seja de confiança (Silvares & Gongora, 1998). Os entrevistadores devem proporcionar tempo suficiente para que as crianças e adolescentes exponham suas opiniões, anseios e idéias, sem se sentirem ameaçados (Garbarino & Scott, 1992).

Durante a avaliação, os profissionais devem acentuar a importância de o relato consistir no que realmente aconteceu e de que não existem respostas certas ou erradas (Garbarino & Scott, 1992). Devem ser evitadas perguntas repetidas, uma vez que a criança pode entender que não respondeu corretamente e, portanto, modificar a resposta. Isto também dará a impressão de que os entrevistadores não estão prestando toda a atenção devida à criança. Deve-se autorizar a criança a não responder, se não desejar, a perguntas que lhe sejam difíceis e evoquem lembranças com as quais não está preparada para lidar naquele momento da entrevista. Também é importante que os entrevistadores digam que não sabem exatamente o que aconteceu. Devem convidar a criança a ajudá-los a conhecer melhor os fatos, e que o relato da criança é muito importante para que possam entender sua história (Duarte & Arboleda, 2005; Habigzang et al., 2008b). Também se deve observar o comportamento não-verbal das crianças e adolescentes durante a entrevista, pois representam uma fonte de informações adicionais aos relatos verbais (Garbarino & Scott, 1992).

Apesar do relato da criança ser fundamental para o diagnóstico de abuso sexual, os profissionais devem investigar fatores de risco na família e na rede de apoio social e afetiva, bem como a presença de sintomas comuns em crianças vítimas de abuso sexual para melhor

balizar sua avaliação (Habigzang & Caminha, 2004; Koller & De Antoni, 2004). Entrevistas com pessoas que possuam vínculos com a criança (pais, professores, avós) podem representar informações complementares importantes para a avaliação diagnóstica. Esta investigação de fatores de risco, sintomas e entrevistas com outras pessoas diminui o risco de um diagnóstico equivocado, como por exemplo, em casos de disputa de guarda, nos quais algumas crianças são induzidas ou obrigadas, por um de seus cuidadores, a denunciar situações falsas de violência. Em casos de dúvida quanto à veracidade do relato da criança é importante que os profissionais busquem supervisão ou discutam com outros colegas o caso. Contudo, o relato de abuso sexual falso por uma criança é uma minoria. As crianças costumam falar a verdade e quando não o fazem, dificilmente apresentarão sintomas de transtorno do estresse pós-traumático ou depressão, por exemplo (Habigzang et al., 2008b).

Outro cuidado nas avaliações está relacionado com evitar “promessas de segredo” acerca das informações sobre o abuso por dois motivos. O primeiro, para não reforçar a dinâmica de segredo que vitimiza a criança e o segundo, porque tais informações podem ser requisitadas por órgãos de proteção à criança e sempre que esta estiver em risco, é dever ético dos profissionais fazer a denúncia da violência. Além disso, prometer segredo e depois romper com este pode fortalecer a percepção anterior da vítima de que ninguém é confiável (Habigzang et al., 2008b).

As situações de abuso sexual devem ser comunicadas aos órgãos de proteção para que as medidas protetivas necessárias sejam adotadas. O Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) configurou um resgate do sentido de cidadania, através da doutrina da proteção integral. Essa lei tornou obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra a criança ou adolescente, e os profissionais de saúde passaram a ter uma razão prática para proceder à notificação: o dever previsto em lei (Ferreira & Schramm, 2000). O Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece que “deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e do Ensino Fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente, casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou adolescente: pena – multa de três a 20 salários-de-referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência” (Art. 245, Brasil, 1990).

A notificação é um instrumento duplamente importante no combate à violência: ela produz benefícios para os casos singulares e é instrumento de controle epidemiológico da violência. Entretanto, apesar das determinações legais, a subnotificação da violência é uma realidade no Brasil (Gonçalves & Ferreira, 2002). No caso dos profissionais da Psicologia, o Código de Ética dos Psicólogos (Conselho Federal de Psicologia, 2005), embora recomende

privacidade e assegure o sigilo (Art. 9º), prevê que o psicólogo poderá decidir pela quebra de sigilo, baseando sua decisão na busca do menor prejuízo, quando houver situações em que se configure conflito entre as exigências do Art. 9º e as afirmações dos princípios fundamentais do código (Art. 10º). Considerando o princípio fundamental II do código que afirma “O profissional em Psicologia trabalhará visando a promover saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”, pode-se concluir que o abuso sexual contra crianças configura-se como situação de conflito, no qual a quebra de sigilo pode ocorrer, caso o profissional em Psicologia assim decidir.

O Código de Ética da Psicologia pode deixar de ser um instrumento eficiente para o psicólogo se utilizado de forma inadequada, atendendo apenas aos interesses individuais do próprio profissional, que muitas vezes teme ser processado por quebra de sigilo, e acaba colocando a criança ou adolescente em risco de integridade física e psíquica. Manter o sigilo em casos de violência contra a criança ou adolescente leva a um papel de omissão, em que a ética, invocada erroneamente, provoca o inverso, ou seja, leva a uma postura perversa e antiética. A ética da responsabilidade deve conduzir as ações do profissional, na qual o dever enquanto cidadão está acima de qualquer interesse da categoria dos profissionais de psicologia (Antônio, 2002).

Outro importante aspecto ético a ser considerado na intervenção de casos de abuso sexual é o trabalho interdisciplinar e interinstitucional. O psicólogo deve estabelecer ações coordenadas com os órgãos de proteção que compõem a rede de apoio social para as vítimas e suas famílias, visando à efetividade de suas intervenções (Gomes, Junqueira, Silva, & Junger, 2002; Gonçalves & Ferreira, 2002; Habigzang, 2006). Os profissionais e instituições que constituem a rede de apoio social para crianças e famílias vítimas de violência sexual encontram-se diante do desafio de evitar as formas traumáticas de intervenção sem resvalar, contudo, na negligência com que o tema da violência contra crianças tem sido tratado no Brasil, com raras e honrosas exceções (Ferreira & Schramm, 2000).

Entretanto, o despreparo da rede é ainda constatado, envolvendo desde os profissionais da área de saúde, educadores e juristas até as instituições escolares, hospitalares e jurídicas, em manejar e tratar adequadamente os casos surgidos. O trabalho nesse campo é fragmentado, desorganizado e em geral metodologicamente difuso (Amazarray & Koller, 1998). A organização e a eficácia das redes de apoio às crianças e aos adolescentes vítimas de abuso sexual foram avaliadas através de uma pesquisa documental, na qual foram analisados todos os expedientes de casos de violência sexual ajuizados pela Coordenadoria das Promotorias da Infância e Juventude de Porto Alegre no período de 1992 a 1998. Foi constatado que, na

maioria dos casos, a violência sexual já era do conhecimento dos familiares, entretanto a denúncia se efetivou por motivos diversos do ato em si. Em relação ao atendimento efetuado pela rede, ficou evidente que o abuso sexual foi ignorado, sendo que as intervenções se deram em função de outras violações. Desta forma, não houve acompanhamento, avaliação e atendimento adequados. Além disso, os agressores, com poucas exceções, foram punidos criminalmente. Na maioria dos casos analisados, as crianças foram abrigadas e o(s) pai(s) destituído(s) do poder familiar (ex-pátrio poder). O estudo apontou a necessidade emergente de criar serviços especializados de atendimento e capacitar os profissionais que trabalham com essas crianças e com suas famílias, permitindo-lhes obter uma compreensão real dos casos, bem como conduzir uma intervenção adequada (Habigzang, Azevedo, Koller, & Machado, 2006).

O trabalho interdisciplinar é fundamental, uma vez que a intervenção legal, desconhecendo os aspectos psicológicos do abuso sexual e as necessidades terapêuticas da criança e das famílias, produz um dano psicológico adicional à vítima. Por outro lado, os profissionais da saúde mental, negligenciando os aspectos legais do abuso (proteção à criança e prevenção adicional do crime), também contribuem para um aumento do dano psicológico sofrido pela criança (Furniss, 1993). Ainda, se os profissionais da saúde não denunciarem a ocorrência do crime ou desconsiderarem sua possível existência, estarão perpetuando o abuso sexual, colaborando com a síndrome de segredo do mesmo e levando adiante uma terapia que não tem valor nenhum para minimizar o impacto físico e psicológico do abuso sexual na criança (Amazarray & Koller, 1998; Habigzang & Caminha, 2004).

A primeira preocupação em uma intervenção deve ser a avaliação da capacidade da família de proteger a criança de novos abusos e a necessidade ou não do afastamento imediato da criança (Zavaschi et al., 1991). A proteção da vítima pode ocorrer através de dois caminhos: a reclusão do abusador ou o afastamento da vítima. Dessa forma, a superação da condição de vulnerabilidade deve considerar, entre as possibilidades de encaminhamento, o abrigamento da vítima como uma alternativa de garantir a integridade física e psíquica da criança ou do adolescente quando a família não apresenta condições de protegê-la. A retirada da criança da família é, sem dúvida, uma intervenção radical; uma interdição que, como tal, pode se caracterizar como medida de tratamento da família e como medida protetiva que pode ser considerada para determinadas crianças ou adolescentes já como terapêuticas, ou seja, reparadoras. A criança ou o adolescente encaminhado para um abrigo necessita de acompanhamento profissional para não compreender esta decisão como uma forma de punição, que reforça a crença de que é responsável pelo abuso. O abrigo pode ser um lugar privilegiado para casos extremos, garantindo cuidados essenciais e rotinas definidas que

viabilize o desenvolvimento saudável de crianças e de adolescentes. Contudo, o abrigo deve ser uma medida provisória e a criança tem o direito de conviver em família (Fromer, 2002).

Os profissionais ficam entre os deveres de proteger a criança, de tratá-la clinicamente, de mantê-la junto à família, de melhorar as relações familiares e de notificar o caso as autoridades competentes. A experiência tem mostrado que em cada caso um desses deveres precisa ser cumprido prioritariamente, mas o objetivo é alcançar o cumprimento de todos eles, numa ordem hierárquica que é individualizada para cada caso (Ferreira & Schramm, 2000).

O trabalho dos profissionais da Psicologia deve estar orientado por ações que visem a melhorar a qualidade de vida da criança ou adolescente em situação de risco. Estas ações devem ser realizadas em equipe e relacionadas ao atendimento individualizado, ao atendimento em grupo, ao atendimento familiar (incluindo visitas domiciliares) e à capacitação dos profissionais da equipe. Além disso, conhecer a rede de apoio e as diferentes faces da mesma história é fundamental para a compreensão e resgate das diversas peças/fragmentos do quebra-cabeça que constitui a realidade da criança ou adolescente (De Antoni & Koller, 2001).

Na área da pesquisa, algumas regulamentações que se baseiam no princípio moral de respeito à autonomia e à privacidade dos participantes podem ser utilizadas para orientar pesquisadores sobre questões importantes. Além do Código de Ética dos Psicólogos e do Estatuto da Criança e do Adolescente, já mencionados, a Resolução N.196/96 (Ministério da Saúde, 1996) e a Resolução N. 016 (Conselho Federal de Psicologia, 2000) devem ser documentos utilizados (Lisboa, Habigzang, & Koller, 2008). A Resolução N.196/96 consiste em diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos e incorpora os princípios básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando a assegurar os direitos e deveres relativos aos participantes da pesquisa, à comunidade científica, e ao Estado. No entanto, cada modalidade de pesquisa deve cumprir também as exigências de sua área e outras regulamentações específicas. Segundo a Resolução n.196/96 (Ministério da Saúde, 1996), as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais de: 1) consentimento livre e esclarecido, protegendo contra riscos e vulnerabilidade; 2) ponderação entre os riscos e benefícios, garantindo contra prejuízos previsíveis; e, 3) relevância social da pesquisa, garantindo, sempre que possível, o retorno às comunidades e às pessoas.

A Resolução N. 016 (Conselho Federal de Psicologia, 2000) deve ser utilizada para embasar o posicionamento e conduta ética em investigações com seres humanos. Esse documento tinha por objetivo ser um avanço em termos da discussão ética na pesquisa e

intervenção, visando a assegurar o bem-estar e saúde dos participantes de estudos (Lisboa & Koller, 2002). Tal resolução afirma que os profissionais podem tomar ações que julgarem pertinentes no caso da descoberta de abuso físico ou sexual (Artigo 9º). Estes devem se responsabilizar eticamente pela vulnerabilidade das pessoas, avaliando os benefícios que seu trabalho possa oferecer. O documento também enfatiza que, no caso de pesquisas ou intervenções em populações de risco (Ex.: violência doméstica), os pesquisadores precisam conhecer teórica e praticamente a realidade da população a ser estudada, estando devidamente capacitados para o trabalho de investigação e encaminhamentos adequados (Lisboa, Habigzang, & Koller, 2008).

As pesquisas que envolvem tratamento com crianças vítimas de abuso sexual requerem importantes cuidados éticos, uma vez que esta população é especialmente vulnerável, podendo ainda estar em situação de risco. Dessa forma, deve-se atentar para procedimentos que explorem lembranças do abuso sexual, que podem desencadear reações de ansiedade e estresse, o consentimento livre e esclarecido deve estar adequado para a compreensão da criança ou adolescente participante, bem como para seu cuidador, descrevendo todos os procedimentos e possíveis implicações da pesquisa, a confidencialidade dos dados será mantida, desde que não comprometam a integridade física e psicológica das vítimas, pois se durante a coleta de dados for constatado que a criança está exposta a situações abusivas, a equipe deve adotar as medidas de proteção previstas em lei (Lynch, Glaser, Prior, & Inwood, 1999). Com relação aos ensaios clínicos, os cuidados éticos também estão relacionados com a escolha do delineamento, uma vez delineamentos com grupos controles podem potencializar a vulnerabilidade das vítimas, deixando-as em situação de risco (Habigzang, 2006; Kessler, White, & Nelson, 2003). Assim, a postura ética dos pesquisadores na área da intervenção psicológica inclui a articulação dos conhecimentos teórico, metodológico e clínico, visando à promoção de saúde e à proteção da criança e do adolescente vítima de abuso sexual.

As especificidades da pesquisa e intervenção no fenômeno da violência doméstica têm sido temas debatidos. Embates entre normas rígidas e descontextualizadas dos comitês de ética nas Universidades muitas vezes obstaculizam e impedem estudos com populações que vivenciam violência, especialmente em seus contextos familiares. Tanto os comitês de ética quanto a regulamentação são importantes para balizar a pesquisa, mas é necessário refletir sobre casos específicos (ex.: abuso sexual), nos quais o melhor interesse da criança deve se sobrepor à necessidade de obtenção de consentimento formal e escrito, sendo que o risco mínimo da investigação científica é muito menor do que o de suas vivências cotidianas. Este é apenas um exemplo dentre outros dilemas com os quais os pesquisadores desta área se

deparam. Critérios podem ser flexibilizados e para isto as equipes de investigação e de avaliação ética e metodológica de uma pesquisa devem estar bem capacitadas (Lisboa, Habigzang, & Koller, 2008).

Frente a todos estes aspectos, em suma, os pesquisadores que atuam na área da violência contra crianças e adolescentes devem prever as conseqüências possíveis de sua pesquisa, estando dispostos e comprometidos a acompanharem e a intervirem junto à criança e sua família durante este processo. A pesquisa não pode representar apenas um momento de coleta de dados, que beneficia somente aos pesquisadores e à comunidade científica. Este processo deve representar um fator de proteção para a criança, que será ouvida, protegida e ajudada. Se a criança percebe a disponibilidade e o cuidado autêntico de um adulto que com ela se relaciona, especialmente depois de um evento de violação de direitos e quebra de confiança, ela pode voltar a se sentir valorizada. Pesquisadores são, ademais, informantes importantes que dispõem de conhecimentos científicos disponíveis sobre a temática de violência e que devem usá-los para proteção das crianças que serviram como seus participantes de pesquisa. Além da devolução aos próprios participantes, por sua atitude receptiva no momento da pesquisa, deve haver uma preocupação mais ampla do retorno dos resultados desta para a comunidade da qual fazem parte. A execução da pesquisa só foi possível com a colaboração dos mesmos. Eles são os donos das histórias que nutrem os dados. E estas histórias não devem ser tratadas como números ou casos estatisticamente significativos, mas como caminhos, descobertas que nutram eficazes intervenções. A devolução deve ser realizada de maneira que os participantes e a comunidade entendam a linguagem utilizada, os objetivos, o método, os resultados obtidos, a interpretação dada a estes e as implicações da pesquisa. Os pesquisadores e suas equipes não devem apenas entregar o seu relatório de pesquisa à comunidade. É necessário que estes, por demanda ética, interajam com o grupo de pessoas, proporcionando momentos de reflexões, questionamento e discussões, a fim de explicar, ainda melhor, os seus achados. Devem, ainda, articular estes achados para futuras aplicações práticas que promovam a proteção das pessoas e o desenvolvimento saudável. Estas decisões são apoiadas e exigidas por lei. Segundo a Resolução N. 196/96 (Ministério da Saúde, 1996), a observação dos princípios éticos em pesquisa implica garantir o retorno dos benefícios obtidos através de pesquisas para as pessoas e as comunidades onde estas foram realizadas. As autoridades sanitárias também devem receber um retorno sobre os resultados do estudo sempre que puderem contribuir para a melhoria das condições de saúde, assegurando, entretanto, o sigilo e a proteção dos participantes da pesquisa. E, além destes aspectos, os resultados devem ser devolvidos, através de encaminhamento dos resultados da pesquisa para publicação, considerando os

devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto (Lisboa, Habigzang, & Koller, 2008).

Considerando os resultados encontrados no estudo anterior de Habigzang et al. (2008a), que aplicou o modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental em avaliação em 10 meninas vítimas de abuso intrafamiliar, o presente estudo teve como objetivos: 1) avaliar o impacto do modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual visando à redução de sintomas de depressão, ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático e crenças distorcidas sobre o abuso; 2) avaliar o efeito do tempo de espera por tratamento em sintomas de depressão, ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático e crenças distorcidas sobre o abuso; 3) avaliar a manutenção do impacto do modelo de grupoterapia após seis e 12 meses do término da grupoterapia; 4) identificar fatores preditores para a resposta à grupoterapia; e, 5) avaliar o processo terapêutico a partir de dois casos clínicos, considerando uma participante que tenha tido boa resposta à grupoterapia e outra que não tenha respondido positivamente à intervenção. Os quatro primeiros objetivos constituíram o Estudo I (avaliação de impacto) e o último, o Estudo II (avaliação de processo), apresentados a seguir.

CAPÍTULO II

ESTUDO I

AVALIAÇÃO DE IMPACTO DA GRUPOTERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

O Estudo I teve como objetivo geral avaliar o impacto da grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de violência sexual. Os objetivos específicos foram: 1) avaliar o impacto do modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual, visando à redução de sintomas de depressão, ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático e crenças distorcidas sobre o abuso; 2) avaliar o efeito do tempo de espera por tratamento em sintomas de depressão, ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático e crenças distorcidas sobre o abuso; 3) avaliar a manutenção do impacto do modelo de grupoterapia após seis e 12 meses de seu término; 4) identificar fatores preditores da resposta à grupoterapia.

Método

Delineamento

Trata-se de um ensaio clínico não-randomizado intragrupos de séries temporais, ou seja, a intervenção é realizada com um único grupo e os desfechos são comparados em cada participante durante diferentes períodos desta intervenção (Hulley, Cummings, Browner, Grady, Hearst, & Newman, 2003). A grupoterapia cognitivo-comportamental é uma adaptação do modelo proposto por Habigzang e Caminha (2004) e visa à redução de sintomas de depressão, ansiedade e transtorno do estresse pós-traumático; à reestruturação de crenças disfuncionais em relação à experiência abusiva e à construção de estratégias protetivas para evitar revitimizações. A Tabela 2 apresenta a linha de tempo de aplicação das medidas antes, durante e após a grupoterapia cognitivo-comportamental. Também foram realizados o *follow-up* 1 e 2, seis e 12 meses após a intervenção, nos quais os instrumentos psicológicos foram reaplicados.

Tabela 2

Linha do Tempo das Atividades da Grupoterapia Cognitivo-Comportamental

Pré-teste	Pós-teste 1	Pós-teste 2	Pós-teste 3	Follow-up 1	Follow-up 2
Antes do início da intervenção	Após psicoeducação e reestruturação cognitiva 6 semanas	Após treino de inoculação do estresse 10 semanas	Após prevenção à recaída 16 semanas	Seis meses após intervenção	Doze meses após a intervenção

Participantes

As participantes deste estudo foram 49 meninas entre nove e 16 anos (idade média=11,43; $SD= 1,81$), que foram submetidas a pelo menos um episódio de abuso sexual. Tais episódios incluíram desde situações de assédio sem contato físico até situações que envolveram contatos físicos, tais como carícias, relação sexual oral e estupro. Os encaminhamentos ocorreram pelos órgãos de proteção à criança e ao adolescente de um município da Região Metropolitana de Porto Alegre, que recebem e avaliam denúncias de abuso sexual, tais como Conselho Tutelar, Promotoria de Justiça e Juizado da Infância e Juventude, e Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS).

Os órgãos de proteção encaminharam 89 casos de abuso sexual entre 2006 e 2009. Destes, 36 casos encaminhados não participaram do estudo, uma vez que 17 meninas não foram encontradas no endereço informado; quatro realizaram a avaliação psicológica, mas não houve confirmação de abuso sexual; cinco realizaram a avaliação psicológica, mas mudaram de cidade; três não concluíram a avaliação psicológica; cinco realizaram a avaliação, mas não quiseram receber atendimento psicológico em grupo; uma foi encaminhada para um serviço público para tratamento de adolescentes com dependência química (esta era a demanda emergencial em função de sintomas de abstinência), e uma não apresentava demanda para atendimento em grupo, sendo acompanhada individualmente. Essas informações foram encaminhadas para os órgãos de proteção, inclusive os casos que não foram encontrados. Aquelas cinco meninas que não quiseram receber atendimento psicológico em grupo, preferindo atendimento individual, foram encaminhadas para um serviço do município que atende esta demanda (CREAS), assim como os casos nos quais o abuso sexual não se confirmou, mas identificaram-se outras formas de violência.

Os 53 casos restantes realizaram a avaliação psicológica e iniciaram o processo grupoterápico. Destes, uma menina não realizou o pós-teste 1 e três não concluíram a grupoterapia, faltando a sessões da última etapa. Dentre as três que não concluíram a

grupoterapia, uma evadiu do abrigo e foi perdido, portanto o contato para dar seguimento com o atendimento e as outras duas não compareceram, mesmo após contato com os responsáveis. A situação destas meninas foi comunicada aos conselheiros tutelares responsáveis. Assim, 49 meninas participaram de todo o processo de grupoterapia, realizando a avaliação inicial (pré-teste), e avaliações durante e no término desta intervenção (pós-teste 1,2 e 3, conforme linha do tempo na Tabela 2) e foram consideradas para as análises deste estudo. A Tabela 3 apresenta a idade das participantes no momento da avaliação psicológica, idade do início do abuso e idade em que revelaram a violência.

Tabela 3
Idade Atual, Idade do Início e da Revelação do Abuso das Participantes

Idade	Média	SD
Atual	11,43	1,81
Do início do abuso	8,93	2,25
Que revelou o abuso	10,02	2,27

A Tabela 4 apresenta informações sobre o abuso sexual cometido contra as participantes do estudo. O abuso sexual intrafamiliar foi predominante nesta amostra, sendo caracterizado por episódios múltiplos com presença de outras formas de violência. Esses dados sobre o abuso sexual foram informados pelas participantes.

Tabela 4
Informações sobre o Abuso Sexual

Sobre o abuso sexual	f	%
Tipo de abuso		
Intrafamiliar	37	75,5
Extrafamiliar	07	14,3
Intra e extrafamiliar	05	10,2
Número de episódios		
Único	10	20,4
Múltiplos	39	79,6
Forma do abuso		
Sem contato físico	04	8,2
Contato físico sem estupro	30	61,2
Estupro	15	30,6
Duração do abuso		
Menos de um ano	32	65,3
Mais de um ano	17	34,7
Outras formas de violência		
Física	03	6,1
Psicológica	16	32,7
Física e psicológica	25	51,0
Sem outra forma de violência	05	10,2

O abuso sexual foi revelado aos pais ou a outro membro da família na maioria dos casos ($n=28$). Segundo a informação das participantes, as pessoas a quem revelaram o abuso “acreditaram em seu relato” em 95,9% dos casos e em 53,1% destes houve a denúncia da violência e afastamento do agressor, como medida de proteção. A penalização criminal do agressor ocorreu em apenas 16,3% dos casos e 38,8% das participantes foram abrigadas após a denúncia. As informações sobre as medidas adotadas frente à revelação do abuso sexual estão na Tabela 5.

O tempo de espera por atendimento psicológico após a revelação do abuso foi investigado e identificou-se que em apenas 26,5% dos casos as meninas foram imediatamente atendidas, em 49% aguardaram entre um e seis meses por atendimento e em 24,5% dos casos o tempo de espera foi superior a seis meses.

Tabela 5
Informações sobre a Revelação do Abuso Sexual

Sobre a revelação		<i>f</i>	%
Pessoa a quem revelou	Pais	19	38,8
	Outro familiar	09	18,4
	Amigo	05	10,2
	Escola	05	10,2
	Outro profissional	04	8,2
	Delegacia ou Conselho Tutelar	02	4,1
	Denúncia anônima de outros	05	10,2
Credibilidade na revelação	Sim	47	95,9
	Não	02	4,1
Reação após a revelação	Denúncia	10	20,4
	Afastamento do agressor	09	18,4
	Denúncia e afastamento do agressor	26	53,1
	Atitude não protetiva	04	8,2
Abrigamento	Sim	19	38,8
	Não	30	61,2
Penalização criminal do agressor	Sim	08	16,3
	Não	41	83,7

A Tabela 6 apresenta a listagem dos agressores dos casos incluídos no estudo (respostas múltiplas). Algumas crianças e adolescentes foram vitimizadas por diversos agressores, sendo que em um mesmo caso foram apontados três diferentes. Por essa razão, foi utilizada uma análise de respostas múltiplas. Os resultados apontaram que os pais e padrastos aparecem como principais agressores e nenhum agressor das meninas desta amostra era completamente desconhecido para a vítima e sua família.

Tabela 6
 Informações sobre Quem eram os Agressores (respostas múltiplas)

Agressor	<i>f</i>	%	% casos
Pai	15	24,2	30,6
Padrasto	11	17,7	22,4
Tio	08	12,9	16,3
Avô	05	8,1	10,2
Irmão	04	6,5	8,2
Vizinho	06	9,7	12,2
Amigo	05	8,1	10,2
Vodrasto	01	1,6	2,0
Cunhado	02	3,2	4,1
Padrinho	01	1,6	2,0
Mãe	01	1,6	2,0
Madrinha	01	1,6	2,0
Primo	02	3,2	4,1
Total	62	100	126,5

Instrumentos

Os instrumentos utilizados neste estudo foram:

1) Entrevista semi-estruturada inicial constituída por duas partes: na primeira parte, o objetivo foi estabelecer vínculo com a participante, criando um espaço seguro baseado em uma relação de confiança. A segunda parte foi baseada na entrevista publicada pelo *The Metropolitan Toronto Special Committee on Child Abuse* (1995), traduzida para o português e adaptada por Kristensen (1996). Esta entrevista teve como principal objetivo obter o relato da participante com relação ao abuso sexual, bem como mapear a frequência e a dinâmica dos episódios abusivos (Anexo A).

2) Escala de atribuições e percepções de crianças (CAPS, Anexo B): foi desenvolvida para avaliar percepções e atribuições relevantes em crianças sexualmente abusadas (Mannarino, Cohen, & Berman, 1994). O instrumento consiste em uma entrevista estruturada constituída por 18 itens, sendo que a participante respondia cada item através de cinco respostas [escala *Likert*, que varia entre nunca (0) e sempre (4)]. Quatro aspectos foram avaliados em quatro subescalas: sentimentos de diferença com relação aos pares; confiança nas pessoas; auto-atribuição dos eventos negativos (culpabilização); e, percepção de credibilidade dos outros em si. Escores mais altos refletiam maior sentimento de diferença com relação aos pares, maior auto-atribuição por eventos negativos, menor percepção de credibilidade e de confiança interpessoal, respectivamente. A consistência interna foi de 0.68 para subescala de diferença em relação aos pares, 0.65 para subescala de auto-atribuição de eventos negativos, 0.73 para subescala de credibilidade e 0.64 para subescala de confiança. Os itens da entrevista foram traduzidos para o português por um pesquisador bilíngüe e depois

traduzidos de volta para o inglês por outro (retrotradução). As versões foram comparadas, ajustadas e aplicadas em cinco meninas com idade entre 10 e 13 anos para verificar a compreensão do instrumento (Habigzang, 2006). O *Alpha de Cronbach* do instrumento neste estudo foi 0,52 para diferença em relação aos pares; 0,55 para culpa; 0,57 para credibilidade e 0,63 para confiança.

3) Inventário de Depressão Infantil (CDI, Anexo C): foi elaborado por Kovacs (1992), adaptado do *Beck Depression Inventory* para adultos. O CDI foi usado para detectar a presença e a severidade do transtorno depressivo. Destinou-se a identificar alterações afetivas em crianças e adolescentes dos sete aos 17 anos de idade. Este inventário foi composto por 27 itens, cada um com três opções de resposta. A participante escolhia a opção que melhor descrevia o seu estado nos últimos tempos. As opções foram pontuadas de 0 a 2 e o teste foi aplicado individualmente. A consistência interna descrita por Kovacs mostrou-se adequada ($\alpha=0,86$), e o ponto de corte do CDI foi estabelecido em 19 pontos. A validade da versão do CDI na língua portuguesa foi verificada e a consistência interna do instrumento foi de 0,85. A média encontrada em 951 participantes com idade entre sete e 17 anos foi 11,95 ($SD=7,70$) (Wathier, Dell’Aglío, & Bandeira, 2008). O *Alpha de Cronbach* do instrumento neste estudo foi 0,83.

4) Escala de Estresse Infantil (ESI): A escala consistiu em 35 itens relacionados às seguintes reações do estresse: físicas, psicológicas, psicológicas com componente depressivo e psicofisiológica, em crianças entre seis e 14 anos (Lipp & Lucarelli, 1998). A consistência interna, considerando o coeficiente *alpha* de Cronbach foi 0,90. A resposta ao item foi feita por meio de uma escala tipo *Likert* de cinco pontos, na qual a participante pintava um círculo dividido em quatro partes, conforme a frequência com que experimentasse os sintomas apontados pelos itens. O *Alpha de Cronbach* do instrumento neste estudo foi 0,82.

5) Inventário de Ansiedade Traço-Estado para crianças (IDATE-C, Anexo D): O inventário constituiu-se de duas escalas do tipo auto-avaliação, que visavam a medir dois conceitos distintos de ansiedade: traço e estado (foi elaborado por Spielberger em 1970, e adaptado para uso no Brasil por Biaggio & Spielberger, em 1983). A escala de ansiedade-estado indicava como a criança se sentia em um determinado momento do tempo, medindo estados transitórios de sentimentos subjetivos, conscientemente percebidos de apreensão, tensão e preocupação, que variaram em intensidade. A escala de ansiedade-traço avaliava como a criança geralmente se sentia, medindo diferenças individuais relativamente estáveis em susceptibilidade à ansiedade. Cada escala foi composta por 20 itens e cada item constituído por três afirmações que representavam diferentes intensidades do sintoma. O *Alpha de Cronbach* do instrumento neste estudo foi 0,88 para escala Estado e 0,82 para escala

Traço.

6) Entrevista estruturada com base no DSM IV/SCID para avaliação de transtorno do estresse pós-traumático (Anexo E): Foram usados os critérios diagnósticos estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) como base para identificação da presença dos sintomas que compunham o transtorno (re-experienciação do evento traumático; esquiva de estímulos associados com o trauma; e, sintomas de excitabilidade aumentada). A entrevista foi baseada na versão traduzida para o português por Del Ben, Vilela, Crippa, Hallak, Labate, e Zuardi (2001). A equipe de pesquisa fez algumas alterações na linguagem utilizada na entrevista para facilitar a compreensão das perguntas pelas crianças e adolescentes, tendo como base os resultados do estudo piloto, no qual a entrevista foi aplicada em cinco meninas com idade entre nove e 12 anos. Neste estudo piloto, as meninas apresentaram dificuldades para compreender alguns termos, tais como: “experiências perturbadoras, lembranças aflitivas e recorrentes, sintomas físicos, conciliar o sono”. A entrevistadora explicou para as meninas o significado de tais termos e as participantes sugeriram outros para substituição, como: “experiências ruins, lembranças ruins e repetidas, mudanças no corpo, e pegar no sono”. Além de verificar a presença dos sintomas, a entrevista buscou avaliar a intensidade e a frequência de cada um deles (Habigzang, 2006). O *Alpha de Cronbach* do instrumento neste estudo foi 0,51 para revivência, 0,37 para evitação e 0,56 para excitabilidade aumentada.

7) Máquina fotográfica, massa de modelar, recursos gráficos, tais como folhas de ofício, lápis de cor, canetas hidrocor, cartolina e papel pardo para utilização na grupoterapia.

Procedimentos

Os procedimentos incluíram aspectos éticos, tais como aprovação no comitê de ética e proteção das participantes de revitimizações, bem como o treinamento adequado da equipe. As participantes do estudo foram avaliadas individualmente e depois encaminhadas para grupoterapia. Reavaliações psicológicas foram realizadas durante e após a grupoterapia e o acompanhamento das crianças e adolescentes ocorreu durante um ano após a intervenção. A seguir estão apresentados os procedimentos em cada etapa do estudo.

Aspectos Éticos

O projeto deste estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), através do Protocolo N. 2005526 (Anexo F). Os atendimentos foram realizados em uma sala cedida pela Prefeitura Municipal da cidade conforme previsto no convênio firmado entre a Secretaria da Assistência Social e o CEP-RUA/UFRGS. As meninas encaminhadas foram convidadas para uma entrevista inicial,

na qual foram consultadas quanto à participação na pesquisa, sendo incluídas na amostra mediante o seu consentimento livre e esclarecido (Anexo G). Além das meninas, algum adulto responsável pelos seus cuidados, também foi consultado sobre a participação destas no estudo e assinou o termo. O TCLE foi lido e explicado para os participantes e cuidadores. Todas as meninas participantes estavam protegidas de abusos sexuais durante o estudo. Nos casos em que as medidas de proteção ainda não haviam sido tomadas, a equipe envolvida na pesquisa teve o compromisso ético e legal de denunciar a situação aos Órgãos de Proteção à Criança e ao Adolescente para que as medidas necessárias fossem efetivadas (Art. 13, Lei Federal nº 8069/1990, Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990). Em quatro dos 49 casos atendidos, as meninas continuavam em situação de risco e tal situação foi denunciada ao Conselho Tutelar e Ministério Público. As medidas protetivas foram adotadas e as meninas foram afastadas do convívio com o agressor. Duas meninas foram abrigadas e duas passaram a residir com outros familiares.

Treinamento da Equipe

O treinamento teórico-metodológico e ético da equipe que auxiliou na pesquisa foi um procedimento fundamental para o início da coleta. A equipe foi constituída por quatro alunas de graduação de Psicologia e duas psicólogas. O treinamento consistiu em seis seminários teóricos sobre abuso sexual infantil e sobre o modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental utilizado para intervenção. Além dos seminários teóricos foram realizados quatro encontros com a equipe para simular a avaliação clínica inicial. Nestes encontros, a equipe treinou a aplicação e a avaliação dos instrumentos psicológicos, que foram utilizados, sendo que o foco principal foi a entrevista inicial. Os principais aspectos salientados sobre a entrevista foram a importância do estabelecimento do vínculo e da relação de confiança e o cuidado para não tornar a entrevista um elemento abusivo para as participantes. A equipe dramatizou a entrevista para padronizar as perguntas que deveriam ser realizadas e as informações a serem prestadas aos cuidadores não-abusivos e às participantes.

Houve treinamento intensivo sobre as técnicas utilizadas na grupoterapia e discussão de possíveis dúvidas sobre a condução de cada sessão de grupo. A equipe que fez parte do presente estudo, já havia sido capacitada quando participou do estudo de Habigzang (2006) como co-coordenadoras de grupos terapêuticos, aprendendo o processo de intervenção. No entanto, dramatizações de possíveis novas situações e reforço sobre as técnicas foram retomadas.

No presente estudo, a equipe assumiu a coordenação de oito dos 12 grupos sem a presença da autora da tese, que acompanhou as intervenções através de supervisões. Assim poderia ser diluído o efeito de coordenação da grupoterapia encontrado nos resultados de

Habigzang (2006), no qual a própria autora esteve na coordenação dos dois grupos. Como houve alta aderência e efetividade da grupoterapia, foi planejado neste estudo que novos e variados coordenadores cuidariam dos grupos, a fim de verificar a efetividade com outros terapeutas, que não a autora principal da tese.

Ao longo de toda a coleta e análise de dados, a equipe realizou encontros semanais para planejamento, discussão e supervisão das avaliações psicológicas e da grupoterapia com a coordenadora da equipe.

Pré-Teste: Avaliação Psicológica Inicial

Cada participante da pesquisa foi avaliada clinicamente em entrevistas individuais por um dos membros da equipe. A avaliação foi composta por três encontros com duração de uma hora e frequência semanal. A ordem de aplicação dos instrumentos foi alterada aleatoriamente no segundo e terceiro encontro para evitar o efeito de ordem nos resultados. Foram aplicados os seguintes instrumentos:

1º encontro - Entrevista semi-estruturada inicial. Esta foi gravada e transcrita;

2º encontro - Inventários de depressão (CDI), ansiedade (IDATE-C) e entrevista estruturada sobre percepções e atribuições da criança (CAPS);

3º encontro - Entrevista estruturada com base no DSM-IV para avaliação do transtorno do estresse pós-traumático e a escala de estresse infantil (ESI).

Após a avaliação psicológica individual, as participantes foram encaminhadas para a grupoterapia.

Grupoterapia Cognitivo-Comportamental

Após a avaliação psicológica individual, as participantes foram encaminhadas para grupoterapia. Foram formados 12 grupos durante o período de quatro anos, constituídos por quatro a seis participantes, conforme a ordem de chegada e faixa etária das meninas. Os grupos foram coordenados por duplas de psicólogos e estudantes de psicologia. O modelo de intervenção grupal cognitivo-comportamental, conforme apresentado na Tabela 7 (baseado em Habigzang & Caminha, 2004), foi composto por 16 sessões com frequência semanal. Os objetivos da grupoterapia foram: psicoeducação sobre abuso sexual; reestruturação de pensamentos e comportamentos desadaptativos relacionados ao abuso sexual; reestruturação da memória traumática; e aprendizagem de estratégias de autoproteção. As sessões tiveram atividades semi-estruturadas com duração de uma hora e trinta minutos. Todas as sessões foram relatadas por escrito pelos coordenadores. O processo grupoterápico foi dividido em três etapas conforme as técnicas empregadas: Etapa 1 – Psicoeducação e reestruturação cognitiva (seis sessões); Etapa 2 - Treino de inoculação do estresse (quatro sessões); e, Etapa 3 - Prevenção à recaída (seis sessões).

Tabela 7

Descrição das Sessões de Grupoterapia Cognitivo Comportamental para Meninas Vítimas de Abuso Sexual

Etapa	Sessão	Atividades
Etapa 1	1 ^a	Dinâmica de grupo que favoreça a apresentação das participantes: entrevistas em duplas e apresentação para o grupo Dinâmica de grupo para desenvolver a confiança. Dispositivo: técnica da caminhada em duplas com olhos vendados Estabelecimento do contrato terapêutico (combinações sobre horários, frequência, duração) Discussão sobre a identidade do grupo Mapeamento das expectativas das participantes. Dispositivo: construção de um painel Discussão e estabelecimento dos objetivos do grupo
	2 ^a	Apresentação e discussão do documentário “Canto de Cicatriz” Relato da experiência de abuso sexual de cada participante Isenção da culpa Abordar terapêuticamente o impacto afetivo da revelação no grupo
	3 ^a	Abordagem das reações da família e demais pessoas significativas depois da revelação e construção de mapeamento das possíveis mudanças na configuração familiar Reestruturação cognitiva de crenças relacionadas à culpa e vergonha (construção de cartões com explicações alternativas para o abuso que desculpabilize as participantes) Psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental (TCC)- abordagem de estados emocionais. Dispositivo: jogo das emoções
	4 ^a	Abordagem terapêutica dos sentimentos com relação ao abusador. Dispositivo: construção do abusador com massa de modelar e <i>role-play</i> entre cada participante com o abusador Monitoramento: registro de situações-problema e sentimentos identificados Discussão dos monitoramentos;
	5 ^a	Psicoeducação quanto ao modelo da TCC - abordagem dos pensamentos e reações fisiológicas e suas relações com as emoções Identificação de pensamentos (tríade cognitiva) e reestruturação cognitiva de pensamentos disfuncionais Identificação de diferentes reações fisiológicas e aprendizagem de técnicas de relaxamento muscular e de respiração Monitoramento: registro de situações-problema, pensamentos, reações fisiológicas e sentimentos relacionados

Tabela 7

Descrição das Sessões de Grupoterapia Cognitivo-Comportamental para Meninas Vítimas de Abuso Sexual (Continuação)

Etapa	Sessão	Atividades
Etapa 1	6 ^a	Discussão dos monitoramentos Psicoeducação quanto ao modelo da TCC - abordagem dos comportamentos e relação com pensamentos, sentimentos e reações fisiológicas Mapeamento de mudanças de comportamentos, pensamentos e sentimentos decorrentes das experiências abusivas Psicoeducação quanto ao problema (estabelecimento de relações entre abuso/trauma e as mudanças identificadas no mapeamento) Construção de histórias em quadrinhos, a partir do monitoramento para integrar o modelo cognitivo-comportamental
		7 ^a
Etapa 2	8 ^a	Mapeamento da frequência e intensidade das lembranças do abuso sexual e dos eventos desencadeadores destas lembranças Treino de relaxamento muscular e de respiração
	9 ^a	Relato mais detalhado do abuso sexual e técnica de substituição de imagens positivas e negativas (gavetas da memória) Relato do pior momento do abuso sexual
	10 ^a	Construção do “botão de emergência” com estratégias cognitivas e comportamentais para lidar com lembranças intrusivas do abuso
Etapa 3	11 ^a	Oficina de educação sexual, na qual são abordadas questões referentes ao autocuidado, mudanças físicas da puberdade e métodos contraceptivos
	12 ^a	Oficina de expressão corporal
	13 ^a	Oficina sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, através da apresentação e discussão do vídeo Estatuto do Futuro Esclarecimentos sobre audiências
	14 ^a	Treino de habilidades sociais focadas em medidas protetivas (identificação de situações de risco e ensaio cognitivo e comportamental de estratégias de proteção contra futuras revitimizações) Escolha de um adulto-referência para solicitar ajuda em situações de risco
	15 ^a	Retomada das estratégias cognitivas e comportamentais aprendidas no contexto grupal Abordagem das perspectivas com relação ao futuro das participantes e reestruturação de possíveis crenças distorcidas
	16 ^a	Auto-avaliação através de registro escrito das mudanças percebidas antes e depois da grupoterapia Festa de encerramento da grupoterapia

Reavaliações Psicológicas

Todas as participantes foram reavaliadas individualmente durante o processo psicoterapêutico, após o término de cada etapa da grupoterapia cognitivo-comportamental. Nestas reavaliações foram aplicados os mesmos instrumentos utilizados na avaliação inicial em ordem aleatória. As reavaliações foram realizadas por membros da equipe que não estavam na coordenação da grupoterapia para evitar que o vínculo terapêutico interferisse nas testagens. A evolução clínica das participantes foi realizada semanalmente pelos terapeutas do grupo. Cada menina tem um protocolo de registro clínico, no qual foram arquivadas todas as suas produções gráficas (desenhos, registros escritos, monitoramentos e fotografias dos materiais que levaram para casa, tais como cartões de enfrentamento e produções em massa de modelar). As terapeutas realizaram um registro sobre as dificuldades e progressos terapêuticos de cada participante no término das sessões.

Pós-Teste: Avaliação após a Grupoterapia

Ao final da grupoterapia, todas as meninas foram novamente reavaliadas individualmente. Nesta reavaliação também foram aplicados os mesmos instrumentos da avaliação inicial para verificar sintomas de depressão, ansiedade, *stress*, transtorno do estresse pós-traumático e crenças disfuncionais com relação à violência sexual. As reavaliações psicológicas foram aplicadas por outros membros da equipe, que não estavam envolvidos na coordenação do grupo.

Acompanhamento após Grupoterapia

Após a grupoterapia as participantes foram acompanhadas durante um ano, em encontros de grupo mensais, nos quais as meninas relatavam como estavam passando e a intervenção ocorria em situações nas quais era identificado risco de revitimizações. Estes encontros foram realizados para que as meninas mantivessem contato entre si, uma vez que o grupo passou a representar um sistema importante na rede de apoio social das participantes e em função do acompanhamento dos casos encaminhados pela Promotoria e pelo Juizado da Infância e Juventude como medida de proteção. Frequentemente a equipe necessitou prestar informações para a Promotoria e o Juizado sobre a situação das meninas encaminhadas. Foram reaplicados os instrumentos psicológicos após seis e 12 meses do término do tratamento para verificar a manutenção dos efeitos da intervenção. Através deste acompanhamento foram identificados os casos que necessitavam permanecer em acompanhamento psicológico e estes receberam atendimento individual após um ano do término do grupo. Estes casos incluíram situações nas quais as meninas estavam sendo reinsersidas no contexto familiar após um período de abrigo ou mudança de responsáveis pela sua guarda.

Resultados

Os resultados estão divididos em três tópicos, conforme os objetivos do estudo: 1) avaliação do impacto da grupoterapia e avaliação do efeito da passagem do tempo pela espera por atendimento; 2) avaliação da manutenção do impacto da grupoterapia (*follow up*) e 3) identificação de fatores preditores da resposta à grupoterapia.

Avaliação do Impacto da Grupoterapia Cognitivo Comportamental

A avaliação do impacto da grupoterapia nos sintomas de depressão, ansiedade, *stress*, transtorno do estresse pós-traumático, bem como nas crenças e percepções em relação ao abuso foi realizada através da aplicação dos instrumentos psicológicos antes do início da intervenção e após cada etapa da grupoterapia (ver Tabela 2). Foram aplicadas medidas repetidas em quatro tempos distintos durante o processo: pré-teste (avaliação inicial), pós-teste 1 (após psicoeducação e reestruturação cognitiva), pós-teste 2 (após treino de inoculação do estresse) e pós-teste 3 (após prevenção à recaída).

Os dados obtidos através dos instrumentos CDI, IDATE-C, ESI, CAPS e entrevista para TEPT foram inicialmente submetidos a análises descritivas, nas quais foram calculadas a média e o desvio padrão de cada instrumento em cada tempo. Em seguida, os dados foram submetidos ao *Teste de Kolmogorov-Smirnov* para verificar a normalidade da amostra ($p > 0,05$). Após a verificação da normalidade, os dados foram analisados através do *Teste t* para amostras pareadas. A combinação de todas as medidas de cada instrumento foi analisada (pré e pós1; pré e pós2, pré e pós3, pós1 e pós2, pós1 e pós3 e pós 2 e pós3). A Tabela 8 apresenta as médias e desvios-padrões das variáveis no pré e nos pós-testes. A Tabela 9 apresenta os resultados significativos ($p < 0,05$) da comparação entre as médias a partir do *Teste t*.

Tabela 8

Médias (Desvios-Padrão) das Variáveis no Pré-teste e nos Pós-testes da Grupoterapia Cognitivo-Comportamental (N=49)

Variável/Instrumento	Subescala	Pré	Pós1	Pós2	Pós3
Depressão/CDI ^c	Total ^{c, d, e, f}	15,94 (9,12)	14,37 (8,16)	13,92 (9,48)	11,90 (8,78)
	Reações físicas ^{d, e}	50,08 (16,85)	52,10 (22,29)	46,86 (22,73)	40,08 (23,64)
Estresse Infantil/ESI	Reações psicológicas ^{b, c, d, e, f}	9,33 (4,62)	10,65 (5,76)	8,82 (5,39)	8,02 (5,90)
	Reações psic. comp. dep. ^{a, e, f}	17,18 (6,18)	15,88 (7,03)	13,49 (7,18)	11,51 (7,18)
	Reações psicofisiológicas ^{c, e, f}	10,76 (6,48)	12,78 (7,68)	11,94 (7,88)	9,96 (7,17)
	Estado ^{c, e, f}	12,57 (4,46)	12,76 (6,05)	12,18 (6,06)	9,96 (5,92)
Ansiedade/IDATE	Traço ^{b, c, e, f}	35,10 (7,57)	34,31 (7,65)	32,88 (7,20)	30,92 (7,13)
	Diferenças com pares ^{d, e}	41,22 (7,02)	39,61 (7,53)	38,76 (6,73)	35,71 (6,33)
	Sentimento culpa ^{c, e}	9,31 (3,58)	9,78 (3,87)	9,00 (3,62)	8,73 (4,15)
Atribuições e percepções/CAPS	Credibilidade	9,12 (3,33)	9,12 (3,61)	8,59 (4,11)	8,00 (3,32)
	Confiança ^c	12,06 (3,94)	11,92 (4,63)	11,94 (4,50)	11,04(4,12)
	Revivência ^{c, e, f}	13,96 (4,64)	12,76 (4,46)	13,12 (4,66)	12,27(4,72)
Transtorno de estresse pós-traumático/TEPT	Evitação ^{a, b, c, e, f}	3,10 (1,19)	2,78 (1,50)	2,61 (1,60)	1,88 (1,28)
	Excitabilidade aumentada ^{c, e, f}	3,49 (1,53)	2,86 (1,57)	2,78 (1,64)	1,76 (1,45)
		3,43 (1,24)	3,10 (1,39)	3,12 (1,32)	2,53 (1,37)

• *Nota:* ^a (diferença significativa entre pré-teste e pós-teste 1), ^b (diferença significativa entre pré-teste e pós-teste 2), ^c (diferença significativa entre pré-teste e pós-teste 3), ^d (diferença significativa entre pós-teste 1 e pós-teste 2), ^e (diferença significativa entre pós-teste 1 e pós-teste 3), ^f (diferença significativa entre pós-teste 2 e pós-teste 3).

Tabela 9

Valores de $t(df)$ para cada Variável no Pré-teste e nos Pós-testes da Grupoterapia Cognitivo Comportamental (N=49)

Variável/Instrumento	Subescala	Pré-Pós1		Pré-Pós2		Pré-Pós3		Pós1-Pós2		Pós1-Pós3		Pós2-Pós3	
		t (df) ^a	p	t (df) ^a	P	t (DF) _a	P	t (df) ^a	p	t (df) ^a	P	t (df) ^a	p
Depressão/CDI		1,18		1,20		2,75	0,008	0,46		1,99		1,86	
	Total	-0,74		1,04		3,40	0,001	2,28	0,03	3,76	<0,001	2,40	0,009
	Reações físicas	-1,71		0,64		1,86		3,88	<0,001	3,98	<0,001	1,22	
Estresse Infantil/ESI	Reações psicológicas	1,41		3,64	0,001	5,83	<0,001	2,78	0,008	3,73	0,001	2,09	0,04
	Reações psic. comp. dep.	-2,36	0,02	-1,06		0,81		0,88		3,22	0,002	2,34	0,02
	Reações psicofisiológicas	-0,22		0,47		3,12	0,003	0,78		3,18	0,003	3,57	0,001
Ansiedade/IDATE	Estado	0,74		1,80		3,26	0,002	1,37		2,84	0,007	2,08	0,04
	Traço	1,52		2,31	0,02	5,55	<0,001	0,90		3,61	0,001	3,35	0,002
	Diferenças com pares	-0,86		0,63		0,96		2,22	0,03	2,02	0,049	0,64	
Atribuições e percepções/CAPS	Sentimento culpa	0,00		0,92		2,18	0,03	1,34		2,63	0,01	1,21	
	Credibilidade	0,23		0,22		1,72		-0,03		1,40		1,55	
	Confiança	1,63		1,26		2,30	0,02	-0,67		0,78		1,45	
Transtorno de estresse pós-traumático/TEPT	Revivência	1,61		1,95		5,70	<0,001	0,74		3,90	<0,001	3,23	0,002
	Evitação	2,72	0,009	3,09	0,003	7,12	<0,001	0,52		5,18	<0,001	4,43	<0,001
	Excitabilidade	1,83		1,66		4,18	<0,001	-0,13		3,31	0,002	3,59	0,001

Nota: ^a $df=1, 48$

Os sintomas de depressão, avaliados através do CDI, foram significativamente reduzidos comparando o pós-teste 3 e o pré-teste. A combinação das técnicas das três etapas do processo terapêutico se mostrou necessária para redução dos sintomas de depressão (Ver Tabela 9).

Os sintomas de stress infantil, avaliados pelo ESI, também foram reduzidos significativamente comparando o pós-teste 3 com o pré-teste. Nos pós-testes 2 e 3, verificou-se uma redução significativa em relação ao pré-teste e pós-teste 1. Também houve diferença significativa entre pós-teste 2 e 3. A avaliação de cada subescala apontou que houve um aumento de média entre pré-teste e pós-teste 1 nas subescalas que avaliaram reações físicas, reações psicológicas com componente depressivo e reações psicofisiológicas, sendo que na subescala reações psicológicas com componente depressivo essa diferença foi estatisticamente significativa. As reações físicas foram significativamente reduzidas nas combinações entre pós-teste 1 com pós-testes 2 e 3. As reações psicológicas foram reduzidas significativamente em todas as combinações, exceto entre pré-teste e pós-teste 1. A subescala que avaliou as reações psicológicas com componente depressivo apontou redução significativa entre pós-teste 1 e 3 e entre pós-teste 2 e 3. Por fim, as reações psicofisiológicas foram reduzidas significativamente entre o pré-teste e pós-teste 3 e entre as combinações pós 1 e pós 3 e pós 2 e pós 3 (Ver Tabela 9).

Os sintomas de ansiedade, medidos através do IDATE-C foram significativamente reduzidos nas duas subescalas que avaliaram estado e traço. Foi encontrada redução significativa entre o pré-teste e pós-teste 3 na escala traço e na escala estado. Também foram identificadas diferenças entre o pós 1 comparado ao pós 3 e na combinação entre pós 2 e 3 nas duas escalas (Ver Tabela 9).

As percepções e atribuições das participantes em relação às diferenças em relação aos pares, culpabilização, credibilidade e confiança, avaliadas através do CAPS apresentaram diferenças significativas na redução de diferença em relação aos pares, nas combinações entre o pós-teste 1 com os pós 2 e 3, assim como na percepção de culpa comparando o pré-teste com o pós 3 e o pós 1 e 3. As subescalas de credibilidade e confiança devem apresentar um aumento na média para indicar que as participantes percebem que os outros acreditam nelas e que elas podem confiar nas pessoas. Na subescala de credibilidade não foi identificada diferença significativa, indicando que as participantes não alteraram a percepção do quanto às pessoas acreditam nelas ao longo do processo terapêutico. Na subescala de confiança percebe-se uma oscilação na média, e a comparação entre pré e pós 3 apontou a redução significativa do quanto as participantes percebem que podem confiar nas pessoas (Ver Tabela 9).

Os sintomas de transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), avaliados através da entrevista com base nos critérios do DSM-IV, apresentaram redução significativas nos três conjuntos de critérios (revivência, evitação e excitabilidade aumentada). A redução significativa nos sintomas de revivência foi identificada nas seguintes combinações: pré e pós-3, pós 1 e 3, e pós 2 e 3. Os sintomas de evitação apresentaram diferenças entre todas as combinações avaliadas com exceção do pós 1 e 2. Os sintomas de excitabilidade diminuíram significativamente comparando pré e pós 3, pós 1 e 3 e pós 2 e 3 (Ver Tabela 9).

Tais resultados indicaram que a grupoterapia reduziu significativamente sintomas de depressão, ansiedade, *stress* e TEPT e contribuiu para a redução de percepções de diferença em relação aos pares e crenças de culpa.

Os sintomas de depressão, ansiedade, *stress*, TEPT e percepções e crenças das participantes foram avaliados no pré-teste, considerando o tempo que as meninas estavam aguardando por tratamento psicológico após a revelação do abuso sexual. A amostra foi dividida em três grupos: atendimento imediato após a revelação (13 casos), 1-6 meses aguardando em lista de espera (24 casos) e mais de 6 meses aguardando em lista de espera (12 casos). As médias obtidas nos instrumentos foram comparadas através do teste *ANOVA* com o objetivo de avaliar o efeito do tempo de espera por atendimento nos sintomas avaliados. Os resultados apontaram que não houve diferença significativa nos sintomas psicológicos avaliados, com exceção das reações psicológicas do stress, avaliadas pelo ESI, no qual houve uma diferença significativa, apontando médias mais altas nos grupos que aguardavam por atendimento em lista de espera. A partir destes resultados, pode-se inferir que a passagem do tempo sem intervenção psicológica não reduz os sintomas psicológicos avaliados. A Tabela 10 apresenta os resultados encontrados.

Tabela 10

Médias (Desvios-Padrão) das Variáveis e Diferenças entre os Grupos Pré-teste com Relação ao Tempo de Espera por Atendimento

Variável/Instrumento	Subescalas	Imediato ^a	1 -6 meses ^a	Mais de 6 meses ^a	F(df)	p
Depressão/CDI		14,46(9,21)	17,79(8,64)	13,83(9,95)	0,96 (2, 46)	0,38
	Total	43,00(17,93)	51,33(16,23)	55,25(15,68)	1,84 (2, 46)	0,17
	Reações físicas	8,46(4,70)	10,04(5,28)	8,83(2,95)	0,57 (2, 46)	0,57
Estresse Infantil/ESI	Reações psicológicas	13,77(6,70)	17,75(5,88)	19,75(4,86)	3,44 (2, 46)	0,04 ^b
	Reações psic. comp. dep.	9,46(7,25)	10,50(6,27)	12,67(6,12)	0,79 (2, 46)	0,46
	Reações psicofisiológicas	11,31(4,57)	12,54(4,53)	14,00(4,13)	1,14 (2, 46)	0,33
Ansiedade/IDATE	Estado	33,23(7,34)	35,00(6,90)	37,33(9,06)	0,92 (2, 46)	0,41
	Traço	38,38(7,64)	42,38(6,62)	42,00(6,81)	1,49 (2, 46)	0,24
	Diferenças com pares	9,38(3,38)	8,63(3,74)	10,58(3,40)	1,21 (2, 46)	0,31
Atribuições e percepções/CAPS	Sentimento culpa	8,69(2,93)	8,92(3,15)	10,00(4,13)	0,56 (2, 46)	0,57
	Credibilidade	10,62(5,16)	12,58(3,61)	12,58(2,87)	1,20 (2, 46)	0,31
	Confiança	13,15(4,78)	13,92(4,13)	14,92(5,62)	0,44 (2, 46)	0,64
Transtorno de estresse pós-traumático/TEPT	Revivência	2,69(1,03)	3,38(1,21)	3,00(1,28)	1,46 (2, 46)	0,24
	Evitação	3,38(1,71)	3,58(1,57)	3,42(1,31)	0,08 (2, 46)	0,92
	Excitabilidade aumentada	3,00(1,47)	3,75(1,03)	3,25(1,29)	1,76 (2, 46)	0,18

Nota: ^a Média (SD); ^b Houve diferença significativa entre o Grupo “Imediato” e “Mais de 6 meses” (p=0,038).

Avaliação no Follow Up

A avaliação da manutenção dos efeitos terapêuticos foi realizada através da aplicação dos instrumentos após seis (*follow up 1*) e 12 meses (*follow up 2*) da grupoterapia para reavaliar sintomas de depressão, ansiedade, *stress*, TEPT e percepções e crenças em relação ao abuso. Nos *follow up 1* e 2 participaram 35 das 49 meninas que concluíram a grupoterapia, sendo portanto incluídas nesta análise. Das 14 participantes que não foram incluídas nas análises, quatro recém haviam completado a grupoterapia, quatro não compareceram para reavaliação no *follow up 1* e três compareceram ao *follow up 1*, mas não compareceram ao *follow up 2*. Apenas três participantes não participaram de nenhuma etapa do acompanhamento após a intervenção, uma vez que passaram a residir em outra cidade após a conclusão do grupo.

Os dados obtidos através dos instrumentos CDI, IDATE-C, ESI, CAPS e entrevista para TEPT foram analisados através do *Teste t* para amostras pareadas. A combinação de todas as medidas de cada instrumento foi analisada, comparando os resultados do pré-teste e pós-teste 3 com os resultados do *follow up 1* e 2 (pré-teste e pós-teste 3; pré e *follow up 1*, pré e *follow up 2*, pós 3 e *follow up 1*, pós 3 e *follow up 2*, *follow up 1* e *follow up 2*). A Tabela 11 apresenta as médias e desvios-padrões das variáveis no pré-teste, pós-teste 3 e *follow up 1* e 2. A Tabela 12 apresenta os resultados significativos ($p < 0,05$) da comparação entre as médias partir do *Teste t*.

Tabela 11

Médias (Desvios-Padrão) das Variáveis no Follow-up 1 e 2 da Grupoterapia Cognitivo-Comportamental (N=35)

Variável/Instrumento	Subescala	Pré	Pós 3	Follow up 1	Follow up 2
Depressão/CDI ^{a, b, c, e}		15,85(9,82)	11,66(8,22)	10,57(6,91)	11,51(7,50)
	Total ^{a, b, c}	48,77(16,91)	40,57(23,73)	36,26(20,10)	38,74(19,99)
Estresse Infantil/ESI	Reações físicas ^{b, c}	9,69(5,02)	8,23(5,90)	6,86(4,58)	6,69(4,28)
	Reações psicológicas ^{a, b, c}	16,94(6,02)	11,69(6,70)	10,71(6,60)	11,51(6,36)
	Reações psic. comp. dep.	9,80(5,79)	9,91(7,56)	9,26(7,01)	10,40(7,67)
	Reações psicofisiológicas ^b	12,00(4,54)	9,86(6,02)	9,74(5,49)	10,09(5,14)
Ansiedade/IDATE	Estado ^{a, b, c, e}	34,43(7,48)	30,71(7,11)	30,06(6,94)	30,20(6,40)
	Traço ^{a, b, c}	40,43(7,22)	35,57(6,17)	36,34(6,55)	35,94(7,48)
	Diferenças com pares ^c	8,97(3,50)	9,00(3,93)	9,29(4,31)	10,46(4,24)
Atribuições e percepções/CAPS	Sentimento culpa ^e	8,66(2,90)	7,91(3,18)	7,94(3,32)	7,83(3,71)
	Credibilidade ^{a, b, e}	12,43(3,93)	10,69(4,13)	10,60(4,55)	11,54(4,14)
	Confiança ^a	13,17(4,47)	11,54(3,93)	12,94(4,15)	13,29(4,53)
Transtorno de estresse pós-traumático/TEPT	Revivência ^{a, b, c}	3,06(1,26)	1,91(1,31)	1,63(1,50)	1,26(1,40)
	Evitação ^{a, b, c}	3,34(1,53)	1,83(1,60)	2,17(1,52)	2,17(1,54)
	Excitabilidade aumentada ^{a, b, c}	3,37(1,28)	2,43(1,29)	2,66(1,37)	2,57(1,44)

• *Nota:* ^a (diferença significativa entre pré-teste e pós-teste 3), ^b (diferença significativa entre pré-teste e *follow up* 1), ^c (diferença significativa entre pré-teste e *follow up* 2), ^d (diferença significativa entre pós-teste 3 e *follow up* 1), ^e (diferença significativa entre pós-teste 3 e *follow up* 2), ^f (diferença significativa entre *follow up* 1 e *follow up* 2).

Tabela 12

Valores de $t(df)$ para cada Variável nos Follow up 1 e 2 da Grupoterapia Cognitivo Comportamental (N=35)

Variável/Instrumento	Subescala	Pré-Pós3		Pré-Follow up 1		Pré-Follow up 2		Pós3-Follow up 1		Pós3-Follow up 2		Follow up 1 e 2	
		t (df) ^a	p	t (df) ^a	P	t (df) ^a	p	t (df) ^a	p	t (df) ^a	p	t (df) ^a	p
Depressão/CDI		2,22	0,033	2,97	0,005	2,58	0,014	0,96		0,12	0,032	-1,08	
	Total	2,26	0,030	3,79	0,001	3,07	0,004	1,34		0,56		-0,96	
	Reações físicas	1,76		4,26	<0,001	4,62	<0,001	1,74		2,23		0,29	
Estresse Infantil/ESI	Reações psicológicas	4,42	<0,001	5,19	<0,001	4,33	<0,001	0,85		0,14		-0,67	
	Reações psic. comp. dep.	-0,10		0,45		-0,50		0,69		-0,45		-1,20	
	Reações psicofisiológicas	1,96		2,36	0,024	1,83		0,14		-0,27		-0,53	
Ansiedade/IDATE	Estado	2,40	0,022	3,05	0,004	2,89	0,007	0,52		0,35	0,012	-0,10	
	Traço	4,03	<0,001	2,89	0,007	2,90	0,006	-0,90		-0,28		0,36	
	Diferenças com pares	-0,05		-0,49		-2,35	0,025	-0,50		-2,65		-2,00	
Atribuições e percepções/CAPS	Sentimento culpa	1,21		1,16		1,31		-0,05		0,12	0,036	0,25	
	Credibilidade	3,07	0,004	2,19	0,036	1,09		0,11		-1,03	0,028	-1,44	
	Confiança	2,08	0,046	0,27		-0,15		-1,76		-2,18		-0,46	
Transtorno de estresse pós-traumático/TEPT	Revivência	4,24	<0,001	5,78	<0,001	7,24	<0,001	1,41		2,29		1,32	
	Evitação	5,26	<0,001	3,80	0,001	3,70	0,001	-1,31		-1,31		0,00	
	Excitabilidade	3,84	0,001	2,70	0,011	3,92	<0,001	-0,95		-0,56		0,36	

Nota: ^a $df = 1, 34$

Os sintomas de depressão, avaliados pelo CDI, apresentaram um decréscimo entre pré-teste e *follow up* 1, e pré-teste e *follow up* 2. Também foi identificada redução significativa entre o pós-teste 3 e o *follow up* 2 (Ver Tabela 12). Este resultado aponta que os efeitos da grupoterapia nos sintomas de depressão se mantiveram após seis e 12 meses.

Os sintomas de *stress*, identificados através do ESI, em sua média geral, apresentaram resultados similares às variações de depressão. Verificou-se um decréscimo significativo entre pré-teste em relação ao pós 3, *follow up* 1 e 2. Considerando a escala total do ESI, os efeitos da grupoterapia nos sintomas de *stress* se mantiveram após seis e 12 meses após tratamento, uma vez que não foram encontradas diferenças significativas entre o pós-teste 3 e os *follow ups* 1 e 2. Ao avaliar as subescalas, verificou-se que as reações físicas continuaram diminuindo após a intervenção, apresentando diferença significativa entre o pós-teste 3 e o *follow up* 2. As reações psicológicas diminuíram entre pós 3 e *follow* 1, voltando a aumentar entre *follow up* 1 e 2. Porém, tais diferenças não foram significativas, sendo que os efeitos da grupoterapia se mantiveram ao longo do tempo (até 12 meses). As reações psicológicas com componente depressivo apresentaram-se constantes na comparação entre os tempos. As reações psicofisiológicas do *stress* também se mantiveram constantes após a grupoterapia (Ver Tabela 12).

Os sintomas de ansiedade, avaliados pelo IDATE-C, mantiveram-se constantes na comparação entre pós-teste 3 e *follow up* 1 e 2, apontando que os efeitos da grupoterapia se mantiveram nos sintomas referentes a ansiedade traço e estado, uma vez que diferenças significativas foram encontradas entre o pré-teste e o pós 3, *follow* 1 e *follow* 2 (Ver Tabela 12).

As percepções e as crenças das participantes em relação à diferença com seus pares, avaliadas pelo CAPS, apresentaram oscilações. Apesar das participantes terem mantido a média entre o pós 3 e *follow up* 1, houve um aumento significativo nas médias entre pós-3 e *follow up* 2, indicando que os efeitos da grupoterapia se mantiveram após seis meses, mas não se mantiveram em tais crenças após 12 meses. Por outro lado, as médias da percepção e da crença de culpa apresentaram um decréscimo comparando pré e pós-teste e mantiveram-se em decréscimo no *follow up* 2. Contudo, tais diferenças não foram significativas. Nas crenças relacionadas à percepção de credibilidade dos outros em si, não foram encontradas diferenças significativas. As crenças sobre confiança diminuíram com a grupoterapia significativamente e após 12 meses foi restabelecida média semelhante ao pré-teste, apresentando aumento significativo entre pós 3 e *follow* 2 (Ver Tabela 12).

Nos sintomas de TEPT, identificados através da entrevista estruturada com base no DSM-IV, verificou-se a manutenção dos efeitos da intervenção nos três critérios: revivência,

evitação e excitabilidade aumentada após seis e 12 meses da grupoterapia. Nos sintomas de revivência foi identificada uma diferença significativa entre o pós-teste 3 e o *follow up* 2, apontando que após a grupoterapia, tais sintomas ainda foram reduzidos (Ver Tabela 12).

Os resultados apontaram que os efeitos da grupoterapia se mantiveram após seis e 12 meses nos sintomas de depressão, ansiedade, *stress* e TEPT.

Preditores da Resposta à Grupoterapia Cognitivo-Comportamental

A identificação de fatores preditores para resposta à grupoterapia cognitivo-comportamental foi realizada a partir da criação da variável “resposta à grupoterapia cognitivo-comportamental”, uma vez que as unidades de medidas (instrumentos psicológicos) utilizadas para avaliar a grupoterapia mediam diferentes sintomas. Inicialmente, para avaliar a resposta geral das participantes à grupoterapia foram calculadas as variações entre pré-teste e pós-teste 3 (pós 3/ final da grupoterapia menos pré-teste/início da grupoterapia) em cada instrumento. As variações esperadas eram negativas nos instrumentos que avaliaram depressão (CDI), *stress* (ESI), ansiedade (IDATE Traço e Estado), TEPT e no CAPS nas subescalas diferença em relação aos pares e culpa, uma vez que a redução destes sintomas era o objetivo da grupoterapia cognitivo-comportamental. Nas subescalas do CAPS que avaliaram credibilidade e confiança, esperava-se uma variação positiva, pois nestes aspectos o objetivo era o aumento na média. A média destas variações está apresentada na Tabela 13.

Tabela 13

Varição de Médias e Desvios-Padrão nas Variáveis/Instrumentos entre Pré-Teste e Pós-Teste 3 (N=49)

Variáveis	Instrumentos	<i>M</i>	<i>SD</i>
Depressão	CDI	-4,04	10,28
Stress	ESI	-10,00	20,57
Ansiedade	IDATE Estado	-4,18	8,98
	IDATE Traço	-5,51	6,95
	CAPS – Diferença pares	-5,71	4,17
Atribuições e percepções	CAPS – Culpa	-1,12	3,61
	CAPS – Credibilidade	-1,02	4,16
	CAPS – Confiança	-1,69	5,16
Transtorno de stress pós-traumático	TEPT – Revivência	-1,22	1,50
	TEPT – Evitação	-1,73	1,70
	TEPT – Excitabilidade aumentada	-0,90	1,50

A variação entre pré e pós-teste (antes e depois da grupoterapia) foram negativas, conforme o esperado em todas as medidas utilizadas. No CAPS, nas subescalas credibilidade e confiança a variação foi negativa e não positiva, conforme esperado (ver Tabela 13).

Em seguida, após o cálculo da variação entre pré e pós 3 em cada instrumento, estes resultados foram transformados em escores padronizados (escore Z). A transformação da variação de cada instrumento em escore Z foi necessária para padronizar os resultados e possibilitar sua soma, pois foram utilizados diferentes instrumentos que avaliaram diferentes sintomas psicopatológicos, com diferentes unidades de medida. Os escores padronizados de cada instrumento foram somados originando a variável “resposta à grupoterapia”. A Tabela 14 apresenta as correlações entre a variável resposta à grupoterapia cognitivo-comportamental e a variação em cada instrumento (pós 3 – pré-teste). Foram identificadas correlações positivas, estatisticamente significativas, entre a resposta ao tratamento e a variação dos sintomas de depressão (CDI), ansiedade traço (IDATE-Traço), *stress* (ESI), diferença em relação aos pares (CAPS), culpa (CAPS) e nas três categorias do TEPT (revivência, evitação e excitabilidade aumentada). Isto significa que quanto maior a redução destes sintomas (a variação esperada é negativa), melhor é a resposta à grupoterapia. A variação na escala de culpa correlacionou-se positivamente com as variações nas escalas de depressão, *stress* e ansiedade traço e estado. Isto significa que quanto mais variação na percepção de culpa entre pré e pós-teste, maior é a variação de sintomas de depressão, ansiedade e depressão. A normalidade da variável resposta à grupoterapia foi verificada e confirmada pelo *Teste de Kolmogorov-Smirnov* ($p > 0,05$).

Após a criação e a verificação da validade da variável resposta à grupoterapia foram calculadas correlações entre a resposta ao tratamento e os resultados dos instrumentos no pré-teste para avaliar se a intensidade dos sintomas apresentada antes da grupoterapia influenciou a resposta ao tratamento. Foram encontradas correlações negativas, estatisticamente significativas, apenas nos sintomas de revivência e excitabilidade aumentada do TEPT. Este resultado aponta que quanto mais sintomas de revivência e excitabilidade aumentada no TEPT antes da grupoterapia, pior deve ser a resposta à grupoterapia.

Embora a escala que avaliou percepções de culpa não tenha se correlacionado significativamente com a variável resposta ao tratamento no pré-teste, foram encontradas correlações positivas entre culpa no pré-teste com as escalas de depressão, *stress*, ansiedade traço e estado, percepção de diferença em relação aos pares e nas categorias de revivência e excitabilidade aumentada do TEPT no pré-teste. Este resultado sugere que quanto mais a vítima se percebe culpada pelo abuso, maiores são os escores de depressão, *stress*, ansiedade traço e estado, diferença em relação aos pares, e revivência e excitabilidade aumentada do

TEPT. Também foram encontradas correlações positivas entre os sintomas de TEPT, depressão, ansiedade e *stress*. A Tabela 15 apresenta as correlações entre a resposta à grupoterapia cognitivo-comportamental e as médias dos instrumentos no pré-teste.

Tabela 14

Correlações entre Resposta à Grupoterapia Cognitivo-Comportamental e a Variação nos Instrumentos entre Pós 3 – Pré-teste

Resposta à Grupoterapia	Variação entre Pós 3 – Pré-teste											
	Depressão/ CDI	Estresse/ESI	Ansiedade/IDATE		Atribuições/CAPS			TEPT				
			Estado.	Traço.	Dif. pares	Culpa	Credib	Conf	Reviv	Evit.	Hiperv	
Resposta à Grupoterapia												
Var. CDI	.44**	--										
Var. ESI	.64**	.26	--									
Var. IDATE Estado	.27	.15	.26	--								
Var. IDATE Traço	.57**	.10	.52**	.17	--							
Var. CAPS Diferença pares	.46**	-.02	.28	-.08	.35*	--						
Var. CAPS Culpa	.56**	.33*	.32*	.33*	.42**	.22	--					
Var. CAPS Credibilidade	-.09	-.02	.11	.29*	.24	.07	.27	--				
Var. CAPS Confiança	.00	.11	.17	.17	.34*	.18	.35*	.37**	--			
Var. TEPT Revivência	.65**	.22	.36*	-.04	.28	.33*	.22	-.00	.09	--		
Var. TEPT Evitação	.37**	-.14	-.04	-.03	.10	.12	.09	-.09	-.21	.17	--	
Var. TEPT Excitabilidade aum.	.51**	.17	.27	-.07	.24	.15	.23	.09	.18	.49**	.13	--

- *Notas: * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$*

Tabela 15

Correlações entre Resposta à Grupoterapia Cognitivo-Comportamental e as Médias nos Instrumentos no Pré-Teste

	Resposta à Grupoterapia	Pré-teste												
		Depressão /CDI	Estresse/ESI	Ansiedade/IDATE		Atribuições/CAPS			TEPT					
				Estado.	Traço.	Dif. pares	Culpa	Credib.	Conf.	Reviv.	Evit.	Hiperv.		
Resposta à Grupoterapia	--													
CDI	-.15	--												
ESI	-.22	.42**	--											
IDATE Estado	-.15	.17	.37**	--										
IDATE Traço	-.28	.26	.55**	.44**	--									
CAPS Diferença pares	-.22	.22	.59**	.25	.32*	--								
CAPS Culpa	-.20	.34*	.44**	.30*	.47**	.52**	--							
CAPS Credibilidade	.00	.16	.45**	.29*	.17	.35*	.36*	--						
CAPS Confiança	-.23	.30*	.45**	.34*	.41**	.56**	.50**	.26	--					
TEPT Revivência	-.34*	.36*	.40**	.07	.25	.40**	.47**	.26	.07	--				
TEPT Evitação	-.23	.41**	.49**	.35*	.26	.37**	.22	.41**	.40**	.37**	--			
TEPT Excitabilidade	-.32*	.31*	.59**	.27	.49*	.34*	.33*	.25	.31*	.55**	.30*	--		

• *Notas:* * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

As correlações entre a resposta à grupoterapia e a idade das participantes no início do abuso e no momento da grupoterapia também foram avaliadas. Foram encontradas correlações negativas, estatisticamente significativas, para as duas variáveis, o que aponta que a idade de início do abuso e a idade atual das participantes influenciaram na resposta à grupoterapia, sendo que quanto mais tarde ocorreu o abuso em termos de idade, melhor foi a resposta à grupoterapia e que para as meninas maiores a grupoterapia teve efeitos mais positivos. As correlações entre resposta à grupoterapia, idade de início do abuso e idade atual das participantes estão apresentadas na Tabela 16.

Tabela 16

Correlações entre Resposta à Grupoterapia Cognitivo-Comportamental, Idade de Atual e do Início do Abuso

	Resposta à Grupoterapia	Idade atual	Idade do início do abuso
Resposta à Grupoterapia Cognitivo-Comportamental	--		
Idade atual	-.29*	--	
Idade do início do abuso	-.30*	.40**	--

- *Notas:** $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Entre outros possíveis preditores da resposta à grupoterapia foram analisadas as seguintes variáveis categóricas: abrigo da criança ou adolescente após a revelação, número de episódios de abuso (único ou múltiplos), credibilidade do adulto na revelação da criança, penalização criminal do agressor, tipo e forma do abuso sexual, tempo de duração da violência, medidas adotadas pelos familiares após a revelação e tempo de espera para atendimento psicológico. Comparações de médias através do *Teste t* para amostras independentes foram utilizadas para comparação entre grupos das variáveis dicotômicas e através da *ANOVA* para as variáveis com três ou mais respostas. As Tabelas 17 e 18 apresentam os resultados das comparações de médias entre grupos das variáveis avaliadas.

Tabela 17

Comparação de Médias (Desvios-Padrão) da Resposta à Grupoterapia com Abrigamento, Número de Episódios do Abuso, Credibilidade na Revelação e Penalização do Agressor

Resposta ao tratamento		<i>n</i>	<i>m (SD)</i>	<i>t(DF)</i>	<i>p</i>
Abrigamento	Sim	19	1,06 (4,86)	1,31 (2, 47)	0,20
	Não	30	-0,67 (0,79)		
Número de episódios	Único	10	-0,90 (4,12)	-0,69 (2, 47)	0,49
	Múltiplos	39	0,23 (4,69)		
Credibilidade na revelação	Sim	47	0,09 (4,54)	0,67 (2, 47)	0,50
	Não	02	-2,14 (6,33)		
Penalização criminal do agressor	Sim	08	1,80 (3,99)	1,23 (2, 47)	0,22
	Não	41	-0,35 (4,63)		

Tabela 18

Comparação de Médias da Resposta à Grupoterapia com Tipo de Abuso, Duração e Forma da Violência, Medidas Adotadas e Tempo de Espera por Atendimento

Resposta ao tratamento		<i>N</i>	<i>m (SD)</i>	<i>F(df)</i>	<i>P</i>
				0,50 (2, 46)	0,61
Tipo do Abuso	Intrafamiliar	37	0,08 (4,78)	1,63 (2, 46)	0,21
	Extrafamiliar	07	-1,35 (4,97)		
	Intra e Extra	05	1,28 (1,23)		
Duração	Episódio único	10	-0,13 (4,66)	3,46 (2, 46)	0,04*
	< um ano	22	-1,15 (4,49)		
	> um ano	17	1,50 (4,42)		
Forma	Sem contato físico	04	-4,32 (2,51)	0,20 (3, 45)	0,90
	Com contato sem estupro	30	-0,36 (4,57)		
	Com estupro	15	1,87 (4,17)		
Medidas adotadas	Denúncia	10	-0,13 (4,96)	1,40 (2, 46)	0,26
	Afastamento do agressor	09	1,04 (4,12)		
	Denúncia e afastamento do agressor	26	-0,34 (4,65)		
	Nenhuma medida	04	0,19 (5,45)		
Tempo de espera por atendimento	Imediato	13	1,79 (4,60)		
	1 a 6 meses	24	-0,57 (4,72)		
	Mais de 6 meses	12	-0,80 (3,99)		

Dentre as variáveis avaliadas para identificar preditores da resposta à grupoterapia cognitivo-comportamental, a forma de abuso sexual (sem contato físico, contato físico sem estupro e estupro) foi estatisticamente significativa, apresentando diferenças entre os grupos de participantes vítimas de abuso sexual sem contato físico e vítimas de abuso sexual com estupro (Ver Tabela 18).

Considerando as correlações e as comparações de médias entre grupos realizadas para identificar preditores, as variáveis idade de início do abuso, forma do abuso sexual (com e sem estupro) e os sintomas de revivência e excitabilidade aumentada do TEPT no pré-teste, que apresentaram significância estatística foram submetidas à análise de regressão (*stepwise*). A Tabela 19 apresenta os resultados da análise de regressão que indicou os preditores que se relacionaram com a resposta à grupoterapia.

Tabela 19

Sumário de Análise de Regressão Hierárquica para Variáveis que Predizem a Resposta à Grupoterapia (N=49)

Variável	B	SE B	B
Passo 1			
Idade do início do abuso	-0,56	0,28	-0,27
Sintomas de revivência do TEPT	-1,34	0,66	-0,33*
Presença de estupro	3,36	1,41	0,33*
Sintomas de excitabilidade do TEPT	-0,15	0,63	-0,04
Passo 2			
Idade do início do abuso	-0,58	0,27	-0,28*
Sintomas de revivência do TEPT	-1,43	0,54	-0,35*
Presença de estupro	3,44	1,35	0,34*

Nota. $R^2 = 0,29$ para passo 1; $DR^2 = 0,29$ para passo 2 ($p < 0,05$)

A análise de regressão apontou que as variáveis idade de início do abuso, forma do abuso e variação nos sintomas de revivência do TEPT foram fatores preditores significativos. A idade do início do abuso e os sintomas de revivência se correlacionaram negativamente com a resposta à grupoterapia, enquanto que a presença de estupro correlacionou-se positivamente. A variável sintomas de excitabilidade aumentada do TEPT não se correlacionou significativamente, sendo excluída do modelo de regressão. Os preditores indicados pela análise de regressão se relacionam com a resposta à grupoterapia, explicando 29% da variação da resposta a esta intervenção.

Discussão dos Resultados

O modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental testado para meninas vítimas de abuso sexual apresentou os resultados esperados, reduzindo sintomas de depressão, ansiedade, *stress* e TEPT. As percepções e atribuições de culpa e diferença em relação aos pares foram modificadas, conforme o objetivo da grupoterapia. Os efeitos da grupoterapia foram mantidos após seis e 12 meses de seu término nos sintomas de depressão, ansiedade, *stress* e TEPT, bem como na percepção e atribuição de culpa. Os preditores da resposta à grupoterapia foram: idade de início do abuso, forma de abuso (com e sem estupro) e sintomas de revivência do TEPT antes da grupoterapia. A seguir, os principais resultados foram discutidos.

Avaliação do Impacto da Grupoterapia Cognitivo-Comportamental

Os sintomas de depressão foram reduzidos, pois houve uma diferença significativa antes e depois da grupoterapia. A combinação de técnicas das três etapas foi necessária para redução dos sintomas de depressão. A psicoeducação, as técnicas de reestruturação cognitiva, as técnicas utilizadas para lidar com lembranças do abuso, tais como substituição de imagens e auto-instrução, e as sessões de prevenção à recaída foram componentes efetivos para o tratamento de depressão, assim como identificado em estudos anteriores (Cohen & Mannarino, 2002; Compton et al., 2004). Os sintomas de depressão podem ter sido reduzidos pela reestruturação de crenças e percepções distorcidas das participantes em relação à culpa e a diferença de seus pares. Tais crenças, avaliadas pelo CAPS, foram significativamente correlacionadas com o CDI, que avaliou sintomas de depressão (Ver Tabela 14). Percepções e atribuições distorcidas e negativas desencadeadas pelo abuso sexual são fatores mantenedores de sintomas de depressão, pois contribuem para uma visão negativa de si, dos outros e do futuro (Danielson et al., 2005; Feiring & Taska, 2005; Runyon & Kenny, 2002). Dessa forma, compreender o que é abuso sexual, aprender estratégias de autoproteção e atribuir a responsabilidade da violência ao agressor são aspectos importantes no tratamento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. As principais técnicas de reestruturação cognitiva utilizadas foram o questionamento socrático, a construção de pensamentos alternativos, a busca de evidências que apóiam e não apóiam crenças e a reatribuição. O formato grupal possivelmente também favoreceu a diminuição de sentimentos de estigmatização e criou um espaço seguro para falar de pensamentos e sentimentos em relação à violência sem um julgamento de valores e apoio do grupo de pares (Kruczek & Vitanza, 1999; Smith, 1993/1996).

As participantes apresentaram um aumento nos sintomas de *stress* entre o pré e pós-teste 1, sendo estatisticamente significativa na subescala de reações psicológicas com

componente depressivo (Ver Tabela 9). Este mesmo resultado foi encontrado em Habigzang, 2006. O início de um processo terapêutico pode gerar *stress* e ansiedade, pois mobilizam emoções e pensamentos relacionados ao abuso sexual, tais como o receio de falar sobre a violência sofrida e ser julgada, romper o ciclo de ameaças e segredo, entre outros (Zavaschi et al., 1991). Verificou-se que ao longo do processo do grupo estes sintomas foram reduzidos significativamente nas quatro subescalas do *stress* e na soma total. Tal resultado aponta que houve uma contribuição da intervenção para reduzir as reações físicas, psicológicas, psicofisiológicas e psicológicas com componente depressivo que compõem o *stress*. Este resultado também revela o cuidado ético necessário ao desenvolver pesquisas com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Os pesquisadores não devem abordar questões referentes ao abuso sexual sofrido sem garantir o acompanhamento psicológico. Ativar as lembranças do abuso, mobilizar emoções relacionadas a essa experiência só devem ocorrer quando os pesquisadores estiverem devidamente capacitados para lidar com as reações da criança, bem como quando disponibilizarem o acompanhamento necessário.

Assim como houve redução de sintomas de depressão, identificou-se redução de sintomas de ansiedade em ambas subescalas (estado e traço). Verificou-se uma redução contínua nas médias das duas subescalas ao longo do processo terapêutico, apontando que a sobreposição das técnicas utilizadas nas três etapas da grupoterapia desempenhou um papel na redução de ansiedade (Ver Tabela 8). Além das técnicas de psicoeducação e reestruturação cognitiva focadas na primeira etapa, as técnicas da segunda etapa (treino de inoculação do estresse) foram significativas para modificar a experiência das meninas de controle sobre os sintomas de ansiedade gerados pelo abuso sexual. Os programas de psicoterapia para crianças e adolescentes vítimas de abuso priorizam a psicoeducação sobre abuso sexual, estratégias para manejo de emoções, pensamentos e comportamentos decorrentes do abuso, exposição e processamento de memórias relativas ao abuso através do desenvolvimento de narrativas sobre o abuso, e medidas de proteção para evitar revitimizações (Shipman & Taussig, 2009). Estes elementos foram desenvolvidos ao longo da grupoterapia contribuindo para a redução contínua de sintomas de ansiedade, pois possibilitam que a criança redimensione a experiência do abuso e a percepção de vulnerabilidade e riscos em sua situação atual de vida (Carrion, Weems, Ray, & Reiss, 2002).

A reestruturação de atribuições e percepções das participantes, avaliadas através do CAPS, foi satisfatória em relação à culpa e a diferença em relação aos pares, apresentando redução significativa entre pré e pós-teste 3 e entre pós 1 e 3, respectivamente (Ver Tabela 9). Contudo, não foram encontradas diferenças nas subescalas credibilidade e confiança, havendo uma redução nas médias, quando o esperado seria um aumento. Tal resultado pode ser

explicado pela alteração de percepção que as participantes tiveram ao longo do processo sobre a credibilidade na revelação do abuso. A maioria das meninas (28 casos) revelou o abuso para algum familiar e apesar de relatarem na entrevista inicial que as pessoas a quem revelaram acreditaram nelas (95,9%), apenas 53,1% destas pessoas tomaram as medidas de proteção necessárias (denúncia e afastamento do agressor). Além disso, 38,8% das participantes foram abrigadas, pois as famílias não as protegeram adequadamente. Embora os adultos tenham dito que acreditavam no abuso, não tomaram as medidas protetivas necessárias, nem tampouco ofereceram o suporte emocional adequado, o que colabora para que as crianças e adolescentes duvidem da credibilidade que os adultos deram à revelação do abuso. Essa ambivalência nas reações dos cuidadores não-abusivos contribui para o desenvolvimento de crenças de culpa, desconfiança e falta de credibilidade pela criança (Elliot & Carnes, 2001; Jonzon & Lindbland, 2004).

Com relação à percepção de confiança nos outros, pode-se questionar a disfuncionalidade de tal crença por parte das participantes, considerando que em nenhum dos casos o agressor era completamente desconhecido pela vítima e sua família. Mesmo nos casos de abuso extrafamiliar, o agressor possuía relações de amizade e confiança com a vítima e seus familiares. Dessa forma, desenvolver a percepção de que confiar nas pessoas pode representar um risco não é desadaptativo no contexto do abuso sexual. O grupo terapêutico e o vínculo com o grupo pode amenizar a desconfiança. Contudo, as meninas possuem evidências reais que apóiam a crença de que confiar nos outros pode ser arriscado. O estudo de Mannarino, Cohen e Berman (1994) sobre o CAPS obteve como resultado médias semelhantes às participantes deste estudo (Ver Tabela 8) em uma amostra de 20 meninas vítimas de abuso sexual (diferença pares, $m=11,1$, $SD=3,1$; culpa, $m=8,3$, $SD=2,8$; credibilidade, $m=13,7$, $SD=4,0$; e confiança, $m=13,5$, $SD=3,9$), sugerindo que estes resultados são os esperados em crianças vítimas de abuso sexual. Além disso, questiona-se a precisão do instrumento, uma vez que é uma medida pouco consistente.

Por fim, a intervenção apresentou um impacto positivo nos sintomas de TEPT, reduzindo significativamente os sintomas de revivência, evitação e ansiedade (Ver Tabela 9). A segunda etapa da grupoterapia, que associou técnicas de substituição de imagens, auto-instrução, relaxamento e elaboração gradativa de narrativas sobre os episódios de abuso sexual, foi importante para a elaboração de novos significados para o abuso, para identificação de estímulos desencadeadores de lembranças e integração de fragmentos da memória traumática. Tais técnicas possibilitaram a construção e a aprendizagem de recursos para controle de reações emocionais desencadeadas pelas lembranças da violência. Os sintomas de evitação apresentaram redução desde a primeira etapa da intervenção, devido ao

fato da grupoterapia ser focada na violência desde a primeira sessão e gerar uma dessensibilização com relação ao tema abuso sexual. O vídeo sobre abuso sexual apresentado para as meninas e o fato de compartilharem no grupo suas histórias de vida pode ter auxiliado na redução de sintomas de evitação. A redução dos sintomas de TEPT encontrada neste estudo está em consonância com os estudos que apontam a eficácia da TCC na melhora deste transtorno (Bryant, 2000; Cohen, Mannarino, & Rogal, 2001; Cohen, 2003; Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004).

A avaliação do impacto da intervenção nos sintomas de depressão, ansiedade, *stress*, transtorno do estresse pós-traumático e crenças disfuncionais sugerem que o modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental mostrou-se efetivo. As meninas apresentaram redução da sintomatologia e elaboraram crenças mais funcionais em relação à experiência do abuso.

A comparação de tais resultados com um grupo controle permitiria avaliar se a redução da sintomatologia não ocorreu apenas devido à passagem de tempo. Contudo, o delineamento com grupo controle poderia gerar problemas metodológicos, tal como a perda de participantes do grupo controle devido ao tempo de espera, e problemas éticos, pois o estudo não oportunizaria o acesso imediato ao tratamento a crianças e adolescentes em situação de risco. Com o objetivo de verificar o possível impacto da passagem do tempo nos sintomas de depressão, *stress*, ansiedade e TEPT e nas percepções e atribuições das crianças, foi realizada uma comparação entre grupos no pré-teste considerando o tempo de espera por atendimento (imediato, 1 a 6 meses e mais de 6 meses). O resultado apontou que não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos. Pelo contrário, entre o grupo que recebeu atendimento imediato e aquele que aguardava por atendimento entre 1 e 6 meses identificou-se um aumento nas médias nos instrumentos aplicados, embora estatisticamente não significativo. Dessa forma, pode-se inferir que a passagem do tempo sem intervenção psicológica não reduz os sintomas psicológicos avaliados. Este resultado corrobora com os estudos que apontaram que a passagem do tempo não reduz sintomas psicopatológicos decorrentes de abuso sexual (Lanktree & Briere, 1995) e que qualquer forma ou modalidade de intervenção psicológica apresenta resultados melhores do que nenhuma forma de intervenção (Hetzl-Riggin, Brausch, & Montgomery, 2007). Além disso, existem estudos que apontam que a experiência do abuso sexual pode gerar problemas e sintomas psicopatológicos ao longo da vida quando não identificados e tratados adequadamente (Cloitre, Cohen, Koenen, & Han, 2002; Edwards et al., 2001; Mullen et al., 1996; Sant'Anna & Baima, 2008)

Avaliação no Follow Up

As avaliações realizadas após seis (*follow up 1*) e 12 (*follow up 2*) meses do término da grupoterapia apontaram que os efeitos do tratamento se mantiveram nos sintomas de depressão e *stress* (Ver Tabela 12). Os resultados no CDI e no ESI (total) apresentaram um decréscimo nas médias após seis meses da grupoterapia e verificou-se um aumento entre os seis e os 12 meses. Contudo, essas diferenças não foram significativas. Os sintomas de ansiedade, avaliados pelo IDATE-C, mantiveram-se constantes na comparação entre os tempos, apontando que os efeitos da grupoterapia se mantiveram nos sintomas de ansiedade traço e de ansiedade estado. Nos sintomas de TEPT, verificou-se a manutenção dos efeitos da grupoterapia nos três critérios: revivência, evitação e excitabilidade aumentada, após seis e 12 meses da intervenção. Nos sintomas de revivência foi identificada uma diferença significativa após 12 meses da grupoterapia, apontando que após a intervenção, tais sintomas ainda foram reduzidos. A durabilidade dos efeitos da TCC também foi avaliada após um ano do término do tratamento por Cohen, Mannarino e Knudsen (2005). Após os seis meses do término do tratamento foi constatada uma melhora nos sintomas de ansiedade, depressão, problemas sexuais e dissociação. Após 12 meses houve melhoras nos sintomas de TEPT e dissociação deste estudo, revelando que os resultados terapêuticos foram mantidos.

Com relação às percepções e crenças das participantes, avaliadas pelo CAPS, verificou-se que os efeitos da grupoterapia se mantiveram nas crenças de diferenças em relação ao pares após seis meses da grupoterapia e que as alterações nos pensamentos disfuncionais relacionados à culpa se mantiveram ao longo de 12 meses (Ver Tabela 12). Nas crenças relacionadas à percepção de credibilidade dos outros em si, não foram encontradas diferenças significativas. As crenças sobre confiança diminuíram com a intervenção significativamente e após 12 meses foi restabelecida média semelhante ao pré-teste. A reestruturação de crenças disfuncionais, principalmente relacionadas à culpa pelo abuso sexual é fundamental para a re-significação da experiência do abuso sexual e para a diminuição de sintomas de depressão, ansiedade e TEPT (Celano, Hazzard, Campbell, & Lang, 2002; Cohen & Mannarino, 2002). As participantes, através do questionamento socrático e da reatribuição de responsabilidade perceberam que os agressores foram os responsáveis pelo abuso e que elas não tinham como se defender, devido à diferença de força física e ao medo das ameaças que sofriam para manter a violência em segredo.

Os resultados apontaram que os efeitos da intervenção se mantiveram após seis e 12 meses nos sintomas de depressão, ansiedade, *stress* e TEPT e percepções e atribuições de culpa (Ver Tabela 12). A manutenção do efeito das intervenções em TCC foi um dos objetivos terapêuticos da grupoterapia cognitivo-comportamental, uma vez que os pacientes

aprenderam as técnicas e como utilizá-las. As terapeutas buscaram instrumentalizar as meninas para que estas possam identificar sinais de piora e utilizar as estratégias cognitivas e comportamentais de enfrentamento para lidar com situações de risco de recaída, conforme proposto e identificado por Dattilio e Freeman (1995). A manutenção dos efeitos da intervenção sugere que as participantes do estudo utilizaram as estratégias aprendidas no contexto grupal aplicadas aos contextos da vida real.

Os encontros de grupo mensais que ocorreram no período entre as avaliações de *follow up* não tiveram como objetivo retomar as técnicas aprendidas ou intervir em sintomas. Tais encontros foram importantes para o desligamento gradativo das participantes e para acompanhar a situação atual de vida. Durante este período, novos abrigamentos, morte de familiares, prisão de agressores, vitimizações por abusos físicos entre outros eventos negativos ocorreram e foram temas discutidos nos encontros. Alguns eventos positivos também ocorreram como a reinserção de meninas que estavam abrigadas em suas famílias e adoções. Outras questões recorrentes nos grupos de adolescentes, ao longo deste período, se referiram a relacionamentos amorosos e relações com os pares de amizade. O vínculo das participantes com o grupo e as terapeutas foi constatado pela perda mínima de participantes ao longo de um ano após a grupoterapia. Apenas três meninas perderam o vínculo, porque passaram a residir em outros municípios. Mesmo assim, uma delas freqüentemente telefonava para dar notícias. Apesar de metodologicamente tais encontros se constituírem como uma variável que pode ter interferido nos resultados, estes foram necessários por questões éticas de dar acompanhamento às meninas e também para dar informações constantes ao Juizado e à Promotoria da Infância e Adolescência, solicitadas como medida de proteção. Nestes encontros também foi possível identificar situações de violência e violação de direitos, que foram comunicadas aos órgãos de proteção para que as medidas determinadas em lei fôssem adotadas.

Preditores da Resposta à Grupoterapia Cognitivo-Comportamental

A análise de fatores preditores à resposta ao tratamento indicou que a idade de início do abuso, os sintomas de revivência do TEPT antes da grupoterapia e a forma de abuso (com ou sem a presença de estupro) tiveram relação com a resposta à grupoterapia. Segundo este modelo identificado a partir da análise de regressão, as meninas que apresentaram histórias de abuso com estupro apresentaram pior resposta à grupoterapia. A idade de início do abuso também foi relacionada com a resposta ao tratamento, sendo que quanto menor a idade, pior a resposta ao tratamento. Estes aspectos são compreendidos como mediadores do impacto do abuso no desenvolvimento de sintomas ou alterações comportamentais e resposta ao

tratamento psicológico (Furniss, 1993; Ullman & Filipas, 2005). Dessa forma, a presença de formas mais intrusivas e violentas de abuso, tal como o estupro e a idade precoce da vítima no início do abuso podem agravar as conseqüências da violência e conseqüentemente, podem dificultar a resposta à grupoterapia. Tais fatores foram correlacionados com a necessidade de maior tempo de tratamento no estudo de Horowitz, Putnam, Noll, e Trickett, 1997. Isto indica, que em casos de abuso em idade precoce, com estupro, pode ser necessário um número maior de sessões, do que as 16 previstas no modelo avaliado.

Os sintomas de revivência do TEPT antes da grupoterapia se correlacionaram negativamente com a resposta à grupoterapia, ou seja, quanto mais sintomas de TEPT, pior a resposta à grupoterapia. Sintomas graves de TEPT podem comprometer o desempenho das crianças e adolescentes ao tratamento, principalmente quando apresentam episódios dissociativos (Bryant, 2000). Os sintomas de revivência do TEPT estão relacionados com episódios dissociativos em função das lembranças intrusivas e recorrentes do abuso que ocorrem como *flashbacks*. Para algumas vítimas de abuso sexual, as técnicas de exposição gradual às lembranças traumáticas podem gerar reações negativas de ansiedade e dificuldades para adesão ao tratamento (Bryant, 2000).

Apesar de não haver se correlacionado significativamente com a resposta ao tratamento, as atribuições de culpa se correlacionaram positivamente com a variação dos sintomas de depressão, *stress*, ansiedade e sintomas de revivência e hipervigilância do TEPT. Isto aponta a importância de intervenções para reestruturar crenças distorcidas da criança sobre a culpa pelo abuso e desestruturação da família e auxiliá-la a responsabilizar o agressor pela violência. As atribuições de culpa e vergonha foram preditoras da resposta ao tratamento proposto por Cohen e Mannarino, 2000b.

A avaliação do impacto da grupoterapia apontou a efetividade desta intervenção para o grupo de participantes deste estudo, mesmo quando a grupoterapia foi coordenada por outras terapeutas, que não a autora desta tese. A utilização de outras fontes de informação como pais e outros cuidadores poderiam ter auxiliado na avaliação dos sintomas e das alterações cognitivas e comportamentais apresentadas pelas meninas antes e depois da grupoterapia. Contudo, o acesso às famílias foi um desafio, pois os cuidadores dificilmente compareciam aos horários agendados. Aqueles que foram entrevistados demonstraram ter pouco conhecimento dos sintomas e alterações apresentadas pelas meninas. A realização de intervenção com os cuidadores não-abusivos em grupo foi uma estratégia implementada pela equipe, mas que não teve sucesso por falta de aderência destes cuidadores.

CAPÍTULO III

ESTUDO II

AVALIAÇÃO DE PROCESSO DA GRUPOTERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

O objetivo do Estudo II foi avaliar o processo terapêutico a partir da análise qualitativa de dois casos clínicos. Foram escolhidos casos extremos (superior e inferior) do Estudo I, ou seja, a participante que apresentou maior variação na comparação entre pré e pós-teste em sintomas de depressão, *stress*, ansiedade, TEPT e percepções e atribuições e a participante que apresentou menor variação (ver critérios de seleção na seção do método). A avaliação do processo da grupoterapia considerou os seguintes indicadores (Kazdin, 2007): 1) história de vida e sintomas antes da grupoterapia; 2) aliança terapêutica; 3) assiduidade e aderência às atividades; 4) eventos estressores durante a grupoterapia; 5) resposta às técnicas empregadas; e 6) auto-avaliação após a grupoterapia.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo qualitativo de avaliação de efetividade do processo terapêutico por meio da descrição de dois casos clínicos que tiveram respostas extremos (um superior e outro inferior) à grupoterapia cognitivo-comportamental.

Participantes

Neste estudo foram selecionadas duas participantes do Estudo I, que a partir das análises estatísticas apresentaram diferentes respostas à grupoterapia. O critério de escolha das participantes foi a variação que estas apresentaram nos instrumentos de avaliação psicológica utilizados no Estudo I [CDI, ESI, IDATE-C, CAPS e entrevista diagnóstica de TEPT antes (pré-teste) e depois da grupoterapia (pós-teste 3); ver Tabela 2]. Aquelas participantes que apresentaram maior e menor variação nos resultados destas etapas foram selecionadas. Uma delas apresentou respostas no extremo superior, revelando através destes indicadores ter uma resposta positiva à grupoterapia. Ana¹, 13 anos, apresentou redução em nove das onze escalas aplicadas, reduzindo sintomas de depressão, *stress*, ansiedade traço e estado, TEPT e diferença em relação aos pares e culpa. A outra apresentou respostas no extremo inferior, revelando pior resposta à grupoterapia. Carol, 11 anos, apresentou um

¹ Nomes fictícios foram utilizados para preservar a identidade das participantes.

aumento nos escores de depressão, revivência e excitabilidade aumentada do TEPT, diferença de percepção entre pares e culpa, manteve escores de *stress* e evitação do TEPT e reduziu sintomas de ansiedade. As duas meninas apresentaram uma redução nos escores de percepção de confiança, quando o esperado era um aumento, mas esta foi a resposta média de toda a amostra. A Tabela 20 apresenta os escores das participantes nas escalas aplicadas antes e depois da grupoterapia.

Tabela 20

Escores nos Instrumentos Antes e Depois da Grupoterapia dos Casos Extremos (Superior e Inferior) da Amostra

Variáveis	Instrumentos	Limite Superior		Limite Inferior	
		Pré- teste	Pós- teste 3	Pré- Teste	Pós- teste 3
Depressão	CDI	21	04	10	16
	<i>Stress</i>	46	04	45	44
Ansiedade	IDATE - Estado	29	24	41	33
	IDATE – Traço	36	24	43	39
	CAPS – Dif. Pares	11	04	09	12
Percepções e Atribuições	CAPS – Culpa	11	04	09	10
	CAPS – Credibilidade	11	05	11	14
	CAPS – Confiança	17	13	19	09
	Revivência	05	01	02	03
TEPT	Evitação	05	01	05	04
	Excitabilidade	05	01	02	04

Instrumentos

Os instrumentos do Estudo I foram utilizados para definição e escolha das participantes deste estudo (ver seção Método no Estudo I desta tese). Também foram utilizadas:

1) Entrevista Semi-Estruturada Inicial (*The Metropolitan Toronto Special Committee on Child Abuse*, 1995; Anexo A), para compreender qualitativamente a história de vida e a dinâmica de abuso sexual de cada um dos casos analisados.

2) Registro Clínico, no qual foi registrada a evolução de cada participante no processo terapêutico, realizado no final de cada sessão da grupoterapia cognitivo-comportamental. O registro clínico foi composto pelo relato das dificuldades e progressos terapêuticos de cada participante, realizado pelas terapeutas e pelas produções gráficas (desenhos e monitoramentos) de cada participante.

Procedimentos

A avaliação do processo da grupoterapia considerou os seguintes indicadores: 1) história de vida e sintomas antes da grupoterapia; 2) aliança terapêutica; 3) assiduidade e aderência às atividades; 4) eventos estressores durante a grupoterapia; 5) resposta às técnicas empregadas; e 6) auto-avaliação após a grupoterapia. Tais indicadores foram compreendidos a partir das histórias e da dinâmica do abuso sofrido por cada uma das participantes (Avaliação psicológica inicial - Entrevista Semi-Estruturada Inicial) e pelo registro clínico: produções e evolução clínica destas em cada sessão da grupoterapia cognitivo-comportamental.

A avaliação psicológica inicial foi realizada em três encontros, um por semana e duração de uma hora. A entrevista para conhecimento da história do abuso e os instrumentos psicológicos foram aplicados nestes encontros. A entrevista inicial foi gravada e transcrita.

Os registros clínicos foram realizados durante as sessões de grupoterapia. Esta foi composta por 16 sessões, foi dividida em três etapas (Etapa I – seis sessões – psicoeducação e reestruturação cognitiva; Etapa II – quatro sessões – treino de inoculação do estresse; e, Etapa III – seis sessões – prevenção a recaída; Ver Tabela 2). A evolução clínica das participantes foi realizada semanalmente pelos terapeutas do grupo. Para cada menina foi confeccionado um protocolo de registro clínico, no qual foram arquivadas todas as suas produções gráficas (desenhos, registros escritos, monitoramentos e fotografias dos materiais que levaram para casa, tais como cartões de enfrentamento e produções em massa de modelar). As terapeutas realizaram um registro sobre as dificuldades e progressos terapêuticos de cada participante no término de cada uma das sessões. A seguir estão descritas as atividades de cada sessão da grupoterapia cognitivo-comportamental com seus objetivos.

Etapa I da Grupoterapia Cognitivo-Comportamental

A Etapa I da grupoterapia teve como focos a psicoeducação e a reestruturação de crenças distorcidas em relação ao abuso sexual. Os objetivos das seis primeiras sessões do processo de grupo foram: apresentação e promoção de coesão e confiança no grupo; contrato terapêutico; psicoeducação quanto ao abuso sexual; psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental; identificação e reestruturação de emoções e pensamentos disfuncionais relacionados ao abuso sexual.

1ª sessão

A primeira sessão iniciou com a apresentação dos coordenadores do grupo e da dinâmica de entrevista para que as participantes se conhecessem. Nesta dinâmica, as meninas foram separadas em duplas e durante um tempo uma entrevistou a outra, buscando

informações gerais, como nome, idade, série em que estuda e atividades que gosta e não gosta de fazer. Após esta conversa em duplas, cada menina apresentava a participante que entrevistou ao grande grupo. A coordenação teve como tarefa discutir semelhanças e diferenças entre as participantes, contribuindo para a promoção da coesão grupal.

Após a entrevista de apresentação, as meninas foram convidadas para a “Caminhada em confiança” (Smith, 1996). Novamente em duplas, uma participante era vendada e a outra a conduzia em uma caminhada pelas instalações do prédio. Depois os papéis eram invertidos. Esta dinâmica buscou contribuir para construção de vínculos de confiança entre as participantes. A confiança foi discutida no grupo como algo fundamental para que todas se sentissem seguras e confortáveis para compartilhar suas experiências.

Nesta primeira sessão ainda foram exploradas as expectativas das participantes em relação ao grupo e atividades desenvolvidas. Estas expectativas foram apresentadas em um painel e depois discutidas em grupo. Ao final das atividades da primeira sessão, que visavam à apresentação das participantes e a descontração no grupo, o contrato terapêutico de sigilo das informações, bem como estabelecimento de horário e frequência das sessões foi estabelecido. Foi explicada a importância de não faltar aos encontros.

2ª sessão

A segunda sessão foi iniciada com uma conversa sobre a semana das participantes e a retomada da última sessão. Em seguida as meninas foram convidadas para assistir o documentário “Canto de Cicatriz” que explorou o tema do abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes a partir do relato de vítimas e técnicos que atuam na área. O documentário ainda explorou mitos sobre o abuso sexual, como a responsabilidade da vítima, por exemplo. A apresentação do documentário foi seguida de discussão e revelação do abuso por cada participante no contexto grupal. Ao final, os sentimentos despertados pela revelação do abuso no grupo foram abordados.

3ª sessão

A terceira sessão visou à abordagem das reações da família e demais pessoas significativas depois da revelação, através da construção do livro “minha família antes e depois da revelação do abuso”. Neste livro cada participante apresentou o que ocorreu em sua família após ter revelado o abuso sexual. A reação emocional dos cuidadores e as mudanças na configuração familiar foram os principais aspectos abordados.

Em seguida, a percepção de culpa e os sentimentos de vergonha das meninas foram explorados e buscou-se construir explicações alternativas para a ocorrência do abuso sexual

que as desculpabilizassem. Estas explicações alternativas foram escritas em cartões de enfrentamento para que as meninas utilizassem em oposição à crença de que foram culpadas pelo abuso.

4ª sessão

A quarta sessão teve como objetivo a abordagem das emoções. O modelo cognitivo-comportamental foi compartilhado passo a passo com as participantes e o elemento emoção foi o primeiro introduzido, para nas sessões seguintes abordar pensamentos, comportamentos e reações fisiológicas. As emoções foram trabalhadas através de um jogo no qual as meninas receberam “carinhas” representando diferentes estados emocionais. As emoções trabalhadas foram: tristeza, culpa, raiva, medo, alegria e alívio. Um painel contendo frases que representavam diferentes situações, como por exemplo: “ganhei um presente”, “tenho prova na escola”, “fui convidada para uma festa”, “briguei com minha amiga”, “minha mãe me xingou”, “lembrei do abuso”, foi apresentado e as participantes escolhiam a “carinha” que melhor representava a emoção que sentiriam naquela situação.

Após o jogo foram explorados os sentimentos delas em relação aos agressores. O dispositivo utilizado foi a confecção em massa de modelar do agressor (Knell & Ruma, 1999). Em seguida, cada participante desenvolveu um “*role play*”, expressando seus sentimentos em relação ao agressor.

A tarefa de casa solicitada às participantes foi um monitoramento, no qual teriam que registrar situações importantes da semana e sentimentos identificados.

5ª sessão

A quinta sessão iniciou com a discussão dos registros de monitoramento solicitados como tarefa. Cada menina relatou duas situações registradas e suas emoções.

Em seguida foi explicado que as emoções estão relacionadas com o que se pensa ou a interpretação que se dá à situação vivida. Os pensamentos foram apresentados como idéias, lembranças, imagens que vêm à cabeça e ajudam a compreender o que está acontecendo. Os pensamentos “dão um significado” ao que vivemos. Esses pensamentos podem estar de acordo com a situação ou podem ser equivocados. Quando os pensamentos são equivocados podem gerar conflitos e sofrimento. Também foi salientado que os pensamentos andam sempre junto com as emoções. Assim, desafiamos as meninas a serem detetives dos pensamentos e tentar identificar nas situações registradas no monitoramento os pensamentos que tiveram naquele momento.

Depois foram distribuídas folhas em branco e foi solicitado que escrevessem todos os pensamentos que tinham a respeito de si mesmas, em relação aos outros e em relação ao futuro. A tríade cognitiva foi o dispositivo utilizado para identificação de pensamentos disfuncionais e construção de pensamentos alternativos.

Ainda nessa sessão, foi explanado que os pensamentos e as emoções podem desencadear reações físicas no corpo, tais como aceleração dos batimentos cardíacos, sudorese, rubor facial, tremores, dificuldade para respirar. As meninas relataram experiências nas quais perceberam estas alterações. O relaxamento pela respiração controlada e imagens mentais positivas foi ensinado como estratégia para controle de tais reações fisiológicas (Vera & Vila, 1996).

6ª sessão

A sexta e última sessão da Etapa I da grupoterapia cognitivo-comportamental teve início com o relato de cada participante sobre fatos importantes da semana. Os monitoramentos realizados como tarefa de casa foram discutidos neste momento inicial.

A psicoeducação em relação ao modelo cognitivo-comportamental foi finalizada com a introdução do elemento comportamento. Foi explicado às meninas que comportamentos são todas as atitudes ou ações frente a uma situação e que tais comportamentos estão relacionados com o que é pensado e sentido em relação às situações vividas. Foi construído um painel com as mudanças comportamentais, cognitivas e emocionais que as meninas identificaram em decorrência do abuso sexual.

A integração do modelo cognitivo-comportamental foi realizada através da construção de histórias em quadrinhos, a partir de situações registradas no monitoramento, com a identificação de emoções, pensamentos, comportamentos e reações físicas.

Etapa II da Grupoterapia Cognitivo-Comportamental

A Etapa II da Grupoterapia foi o treino de inoculação do estresse (Deffenbacher, 1996) que teve como objetivos: ativar a memória traumática; detalhar estímulos desencadeantes de lembranças intrusivas; construir estratégias alternativas para controle das lembranças intrusivas e reações emocionais; treinamento de relaxamento; e treinamento em auto-instrução. A construção gradual de narrativas sobre os episódios de abuso sexual foi utilizada para organizar os fragmentos da memória traumática, construir novos significados pela reestruturação de percepções distorcidas e expor as meninas a um conteúdo que elas evitam, para que possam aprender em um espaço seguro, estratégias de autocontrole.

7ª sessão

Na sétima sessão explicou-se para as meninas o funcionamento da memória como um arquivo de todas as experiências boas e ruins. Foi explicado que quando se vive algo muito ruim as lembranças disso podem vir à cabeça mesmo quando não se quer lembrar. As coordenadoras disseram que nas próximas semanas elas aprenderiam formas de lidar com essas lembranças e que para isso seria necessário que se fale sobre o abuso ocorrido.

Folhas foram distribuídas para as participantes e se pediu para que cada uma escrevesse tudo o que conseguia lembrar-se de um dos episódios de abuso sexual sofrido. Após o registro escrito, cada menina compartilhou com o grupo seu relato. As coordenadoras buscaram acolher os relatos, e garantir que o grupo é um espaço seguro para falar sobre a violência. Semelhanças e diferenças nas dinâmicas do abuso foram salientadas.

Em seguida, o treino em auto-instrução foi realizado a partir da construção de autoverbalizações que poderiam auxiliar as participantes a restabelecer o controle das emoções quando tivessem lembranças do abuso. No final da sessão foi conduzida a técnica de relaxamento através da respiração controlada e muscular.

8ª sessão

Na oitava sessão, as meninas receberam os relatos escritos do abuso realizados no encontro anterior e foram incentivadas a reescrever a situação com mais detalhes. Buscou-se explorar sensações e emoções de cada uma em relação à experiência descrita.

Em seguida, foi construído um mapeamento de lugares, coisas, pessoas ou situações que as faziam lembrar o abuso, buscando relacionar estes estímulos desencadeantes com os relatos delas do abuso, bem como a frequência e a intensidade das lembranças intrusivas. A frequência foi identificada pelo número de lembranças que ocorrem em um dia ou semana. A intensidade foi mapeada através de um “termômetro” das emoções, no qual as meninas deram notas de zero a dez do quanto tais lembranças as perturbavam ou geravam sofrimento. No final da sessão foi conduzido um relaxamento através de imagens mentais positivas e respiração controlada.

9ª sessão

A nona sessão teve como objetivo treinar as participantes para substituição de imagens do abuso por imagens positivas. Foi explicado às meninas que nossa memória é um armário muito grande com muitas gavetas. Em cada gaveta fica guardada a lembrança de algo que aconteceu em nossas vidas. As coordenadoras fizeram um exercício pedindo que se lembrassem de algumas situações, tais como com quem almoçaram ontem, o nome da

primeira escola que estudaram, o brinquedo preferido quando pequenas, etc. Foi explicado que para lembrar de tudo isto seria necessário “abrir gavetas” da memória.

Em seguida foi pedido que fechassem os olhos e abrissem a gaveta de algo bom que viveram. Poderia ser um passeio, um lugar que estiveram ou alguma brincadeira. Após cada uma criar essa imagem mental, foi solicitado que desenhassem ou escrevessem essa imagem. Cada menina compartilhou com o grupo o momento lembrado.

A técnica teve continuidade, e foi solicitado que as meninas fechassem os olhos e abrissem alguma gaveta na qual a lembrança do abuso estava guardada. As coordenadoras guiaram a construção dessa imagem em detalhes e depois foi novamente solicitado que escrevessem ou desenhassem a imagem que lhes veio à cabeça.

Por fim, foi explicado que as gavetas de memórias negativas ou ruins podem abrir mesmo quando as pessoas não querem lembrar. Assim são as gavetas do abuso e por essa razão essas lembranças aparecem de repente mesmo que elas não queiram. As coordenadoras então conduziram as meninas em uma experiência de substituir a imagem do abuso pela imagem positiva construída anteriormente. A troca de imagens foi realizada diversas vezes para que as meninas conseguissem “fechar a gaveta do abuso” e “abrir a gaveta da lembrança boa”.

10ª sessão

Na décima sessão trabalhou-se novamente o detalhamento de episódios de abuso sexual por escrito. Sugeriu-se que as meninas escrevessem sobre o episódio que consideraram mais difícil ou que mais lembravam. Após todas escreverem e lerem no grupo seus relatos foi discutido o que elas poderiam fazer para lidar com as lembranças do abuso.

As estratégias cognitivas e comportamentais para lidar com as lembranças do abuso construídas pelo grupo foram escritas em um painel chamado “botão de emergência” e depois cada menina elaborou em um cartão de enfrentamento o seu botão, escrevendo as estratégias definidas. Ao final da sessão cada menina levou seu botão de emergência para utilizar em situações cotidianas, nas quais tinham lembranças do abuso. A sessão foi encerrada com o relaxamento muscular e através da respiração controlada.

Etapa III da Grupoterapia Cognitivo-Comportamental

A Etapa III da grupoterapia teve como objetivos: psicoeducação sobre sexualidade; psicoeducação sobre ECA; aprendizagem de medidas de autoproteção; retomada das estratégias para lidar com lembranças do abuso; identificação de expectativas em relação ao futuro e auto-avaliação.

11ª sessão

Nesta sessão o foco foi discutir dúvidas sobre desenvolvimento sexual, como mudanças no corpo advindas da puberdade, relacionamentos amorosos, métodos anticonceptivos, e cuidados com o próprio corpo e higiene pessoal. A dinâmica utilizada foi um jogo no qual as participantes escreveram em tiras de papel dúvidas sobre estes temas. Não era necessário identificar-se. Em seguida as perguntas escritas foram colocadas em uma caixa que circulava no grupo e quando a música parava quem estava com a caixa na mão retirava uma pergunta e lia para o grupo. A tarefa do grupo era discutir a questão buscando respondê-la. As coordenadoras apenas mediaram o processo e quando necessário traziam informações complementares ou explicavam questões que estavam distorcidas pelas meninas. A idéia foi partir das dúvidas e conhecimentos que as participantes já possuíam sobre o tema.

12ª sessão

A oficina de expressão corporal teve como objetivo promover brincadeiras e atividades, nas quais as meninas entraram em contato com o próprio corpo e com as emoções deste contato. Também visou a contribuir para a distinção de toques abusivos e não-abusivos entre as pessoas. As brincadeiras realizadas foram:

- Boneca na roda, na qual cada menina escolheu uma interação física com uma boneca e depois teve essa interação com a menina sentada ao seu lado na roda.
- Jogo dos sinais, no qual cada menina definiu sua identificação através de um sinal ou movimento com o corpo. Em seguida, elas chamavam uma a outra através destes sinais de identificação, uma de cada vez, fazia o sinal de outra participante. Esta deveria reconhecer que era seu sinal e imediatamente deveria fazer o sinal de outra participante, e assim por diante. O jogo exigiu atenção, concentração e coordenação motora. Depois dos sinais, a identificação foi substituída pelo som de algum animal.
- Brincadeira de espelho, na qual as meninas foram divididas em duplas e uma representou a imagem no espelho da outra, buscando reproduzir seus movimentos. Depois elas trocaram os papéis.
- Massa de modelar, na qual, novamente em duplas, as meninas brincaram que uma era massa de modelar e a outra era a artista que fazia uma escultura. Em seguida, os papéis foram também trocados.
- Caminhada com toques foi uma brincadeira na qual as meninas deveriam caminhar pela sala em duplas com as mãos dadas, depois com os pés encostados, de costas uma para outra, de bochechas encostadas.

- Dança da cadeira, na qual o que era retirado da brincadeira era uma cadeira e não a participante que não conseguiu sentar.
- Brincadeira da estátua, na qual as meninas dançavam com uma música e quando essa parava deveriam ficar imóveis como estátuas.
- Roda de dança livre, na qual as meninas dançaram músicas que trouxeram para a oficina

A sessão foi encerrada com um relaxamento e com a discussão de como se sentiram nas atividades, e como foi tocar e ser tocada por outra pessoa.

13ª sessão

A sessão teve como objetivo discutir os direitos fundamentais previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o que esta lei prevê em relação às situações de violência. A sessão iniciou com a apresentação e discussão do vídeo Estatuto do Futuro. Em seguida, foi construído um painel com os direitos que mais chamaram a atenção das meninas. Exemplos do ECA foram distribuídos no grupo.

As medidas de proteção previstas para situações de violência foram conversadas e o trabalho e deveres de cada órgão de proteção (Conselhos Tutelares, Delegacia da Mulher, Ministério Público e Juizados da Infância e Juventude) foram discutidos. As meninas relataram suas experiências nestes locais. Telefones e endereços destes órgãos foram distribuídos para as participantes.

Por fim, foi conversado sobre a possível participação das meninas em audiências, respondendo a dúvidas e destacando os direitos delas nessa situação. Foi explicado como funciona uma audiência, quem iria ouvi-las e o direito de não dar seu testemunho na presença do agressor.

14ª sessão

A sessão teve como objetivo identificar situações de risco e elaborar estratégias de autoproteção. A dramatização foi o dispositivo utilizado. Em seguida foram discutidas habilidades necessárias para a autoproteção contra futuras revitimizações. Por fim, cada menina escolheu um adulto-referência para solicitar ajuda em situações de risco.

15ª sessão

Essa sessão teve como objetivos a retomada das estratégias cognitivas e comportamentais aprendidas no contexto grupal para lidar com lembranças do abuso e autoproteção. Para isso foi conversado com as participantes sobre o botão de emergência, gavetas da memória, conversas consigo mesmas (auto-instrução) e relaxamento. Além disso,

retomou-se a importância de não guardar segredos de seus cuidadores, telefones do conselho tutelar e polícia e as estratégias de proteção para quando estiverem em situação de risco.

Em seguida, se trabalhou as perspectivas com relação ao futuro. O objetivo foi identificar possíveis distorções e crenças positivas em relação ao futuro. Através da “Máquina do tempo” as meninas registraram o pensam que estará ocorrendo em suas vidas daqui um ano, cinco anos, 10 anos e 30 anos.

16ª sessão

Na última sessão, os objetivos foram uma auto-avaliação e a festa de encerramento da grupoterapia. As meninas escreveram uma auto-avaliação através de registro escrito das mudanças percebidas antes e depois da grupoterapia em relação a si, como se relaciona com os outros e visão do futuro.

Foi explicado às meninas que o grupo não acabaria, mas que continuariam se encontrando uma vez por mês e que quando necessitassem conversar antes disso poderiam ligar para as terapeutas para agendar um horário. Depois foi realizada uma festa de encerramento da grupoterapia.

Resultados e Discussão

Os resultados foram apresentados da seguinte forma: 1) avaliação psicológica inicial, focando aspectos relevantes da história de vida e do abuso sexual de cada caso clínico; 2) grupoterapia cognitivo-comportamental, com os registros das terapeutas e produções de cada participante; e 3) análise clínica de indicadores, realizada a partir dos dados obtidos pela avaliação psicológica e pela grupoterapia. A análise clínica dos indicadores baseou-se em: 1) história de vida e sintomas antes da grupoterapia; 2) aliança terapêutica; 3) assiduidade e aderência às atividades; 4) eventos durante a grupoterapia; 5) resposta às técnicas empregadas; e 6) auto-avaliação após a grupoterapia. Tal análise clínica de indicadores foi realizada para compreender as diferenças entre as participantes quanto a suas respostas à grupoterapia.

Avaliação Psicológica Inicial

Descrição Caso de Ana – Extremo Superior

Ana tinha 13 anos quando foi avaliada. Na entrevista inicial se mostrou tímida, mas respondeu a todas as perguntas que lhe foram feitas. Contou que estava no abrigo há alguns meses e cursava novamente a quinta série, pois estava repetindo o ano. Relatou que não

gostava da escola onde estudava anteriormente e que na escola que estava frequentando atualmente tinha mais chances de passar de ano. Contou que foi reprovada, porque faltava muito a aula e perdia provas, porque tinha que ficar em casa ajudando os avôs. Depois de certo tempo recebeu a visita do Conselho Tutelar que avisou aos avôs que ela não poderia mais faltar à escola.

Ana contou que tinha nove irmãos e que todos estavam em abrigos, mas apenas duas irmãs estavam no mesmo abrigo que ela. Ana é a quarta de 10 filhos. Relatou que foram abrigados pela primeira vez, porque seu *“pai tinha problemas com álcool e o irmão mais velho com crack”*. Ana disse que ela, os irmãos menores e a mãe apanhavam de seu pai e que ele era muito agressivo, principalmente quando bebia. O pai estava constantemente desempregado e a família passava por dificuldades econômicas. Na época em que residia com seus pais, ela e os irmãos também faltavam muito a escola, pois precisavam ajudar a mãe a ganhar algum dinheiro, vendendo balas nas ruas.

A situação da família foi denunciada ao Conselho Tutelar pela escola, pois as crianças compareciam as aulas em condições precárias de higiene e com marcas de violência física. Ana e seus irmãos foram abrigados e distribuídos pelos abrigos do município. Depois de alguns meses os avôs paternos solicitaram a guarda de três netas e dois netos, alegando que não tinham condições de assumir os cuidados de todos. Ana, na época com 11 anos, suas duas irmãs que estavam com ela no mesmo abrigo e dois irmãos foram residir com os avôs. Ana revelou que pouco tempo depois que foi morar com eles percebeu que seu avô *“se passava”* com ela e com as irmãs. Segundo Ana, *“a primeira vez que o vô se passou foi com minha irmã de oito anos, ela estava dormindo e ele começou a passar a mão no corpo dela. Eu vi e chamei a vô. A vô ficou braba e bateu nele, dizendo que da próxima vez ia nos devolver para o Conselho Tutelar, porque não ia agüentar um desaforo desses”*. Ana relatou que ele pedia que elas o ajudassem no trabalho de *“catar coisas pro ferro velho”* e que aproveitava a ausência da avó para passar a mão no corpo dela e das duas irmãs. Relatou ainda que o avô utilizava um *“relho, uma corda com tranças finas, para bater nela e nas irmãs”*.

A professora de Ana percebeu os ferimentos em suas pernas e perguntou o que estava acontecendo. Ana revelou os abusos à professora. A escola fez uma denúncia ao Conselho Tutelar e Ana e os irmãos foram reabrigados. Durante a entrevista, Ana emocionou-se ao falar dos pais e chorou relatando ter saudade de sua mãe que pouco a visita no abrigo. Ana relatou, ainda, que gosta de ter amigos e que joga muito bem basquete.

Descrição Caso de Carol – Extremo Inferior

Carol, 11 anos, foi entrevistada pela equipe desta pesquisa, no mesmo dia em que foi abrigada com sua irmã. Carol cursava a quinta série e tinha bom rendimento escolar. Relatou que até o momento morava com sua mãe, pai e irmã de sete anos. Carol contou que o conselheiro tutelar foi buscá-la na escola, juntamente com a sua irmã, e que elas não conseguiram se despedir da mãe.

Ao ser questionada sobre o motivo do abrigamento, Carol revelou que *“aconteceram umas coisas com meu pai”*. Segundo Carol, o pai abusava dela desde os oito anos. Ela disse que no início *“ele passava a mão e fazia mexer no pênis dele”*. Ela informou que tentou *“contar para sua mãe o que ocorria, mas que a mãe não acreditou”*. Contudo, nas últimas semanas os abusos foram sendo mais frequentes e agressivos. Carol relatou que *“o pai me obrigou a fazer sexo com ele e doeu. Todo o dia ele queria”*. A menina contou que o pai ameaçava queimá-la, caso contasse a alguém o que ocorria entre eles. Também revelou que ele batia nela *“quando não se comportava bem”*.

Carol, então, fugiu de sua casa e pediu ajuda para uma vizinha, contando a ela o que estava acontecendo. A vizinha de Carol denunciou a situação ao Conselho Tutelar, que buscou Carol e sua irmã na escola e as levou ao abrigo.

Carol parecia assustada com toda a situação. Disse que não confiava mais em seu pai, mas que não queria ficar longe de sua mãe. Também relatou que a irmã não estava falando com ela, pois estava braba por estar no abrigo. Carol contou que o pai não abusava de sua irmã, porque ela *“cuidava para que isso não acontecesse”*. O exame de corpo de delito realizado em Carol confirmou o estupro e depois de alguns meses (durante a grupoterapia), o pai de Carol foi preso. A mãe visitava as filhas no abrigo. O conselheiro tutelar que acompanhou o caso relatou que toda a vizinhança descobriu a situação de abuso e que a *“mãe colocou a casa à venda, pois ela e o pai de Carol quase foram linchados”*. A Tabela 21 resume as informações acerca do abuso das duas participantes.

Tabela 21

Informações sobre Abuso Sexual dos Casos Clínicos Extremos (Superior e Inferior) da Amostra

Informações sobre abuso	Superior – Ana	Inferior – Carol
Idade atual	13	11
Idade do início do abuso	11	08
Idade da revelação do abuso	11	11
Tipo do abuso	Intrafamiliar	Intrafamiliar
Agressor	Avô paterno	Pai biológico
Número de episódios	Múltiplos	Múltiplos
Forma do abuso	Contato físico sem estupro	Contato físico com estupro
Duração do abuso	Menos de um ano	Mais de um ano
Presença de outras formas de violência	Física e psicológica	Física e psicológica
Presença de ameaças	Sim	Sim
Pessoa a quem revelou	Professora	Mãe
Credibilidade na revelação	Sim	Não
Medidas adotadas após a revelação	Denúncia no Conselho Tutelar	Mãe não tomou atitude protetiva e Carol fugiu de casa pedindo ajuda a uma vizinha que denunciou a situação ao Conselho Tutelar
Abrigamento	Sim	Sim
Penalização criminal do agressor	Não	Sim
Tempo de espera por atendimento psicológico após a revelação	1 a 6 meses	Imediato

Durante a avaliação foram aplicados os instrumentos psicológicos (ver Tabela 20) e foram investigadas algumas alterações comportamentais, cognitivas e emocionais comumente verificadas em meninas vítimas de abuso sexual (Habigzang & Caminha, 2004; Sanderson, 2005). A Tabela 22 apresenta tais alterações.

Tabela 22

Alterações Comportamentais, Cognitivas e Emocionais dos Casos Extremos Superior e Inferior

Alterações comportamentais, cognitivas e emocionais	Superior Ana	Inferior Carol
Fugas de casa	Não	Sim
Abuso de substâncias	Não	Não
Furtos	Não	Não
Episódios dissociativos	Não	Sim
Comportamento hipersexualizado	Não	Não
Baixo rendimento escolar	Sim	Não
Comportamentos agressivos	Não	Não
Dificuldades de concentração	Não	Sim
Irritabilidade	Sim	Sim
Comportamentos ou ideações suicidas	Não	Não

Processo de Grupoterapia Cognitivo-Comportamental

Ana e Carol demonstraram interesse em participar da grupoterapia, pois queriam conhecer outras meninas que tiveram a experiência de abuso sexual. Uma coincidência foi o fato de que Ana e Carol fizeram parte de um mesmo grupo terapêutico. Dessa forma, as meninas foram atendidas pela mesma dupla de terapeutas, o que exclui essa variável como diferenciação para a resposta de cada uma ao tratamento. As duas meninas compareceram aos 16 encontros de grupoterapia e ambas se mostravam engajadas em todas as atividades propostas.

A seguir, o processo terapêutico de cada menina foi relatado, através de suas produções escritas e gráficas, bem como pelo registro clínico realizado pelas terapeutas em cada sessão.

Etapa I da Grupoterapia Cognitivo-Comportamental**1ª sessão**

No grupo que Ana e Carol fizeram parte havia mais três meninas e das cinco participantes apenas uma residia com sua família, enquanto as demais estavam em abrigos, devido à situação de abuso sexual. Ana e Carol formaram uma dupla para realização da entrevista utilizada como dispositivo para que as participantes se conhecessem. Nas entrevistas, Ana e Carol se mostraram desinibidas e perguntaram questões sobre a escola onde estudavam, onde moravam, o que gostavam de fazer, que músicas ouviam, etc. Carol relatou que gostava de estudar e que sentia falta de seu cachorro que ficou em casa com a mãe. Ana revelou que “*gostava de dançar funk e que não gosta de estudar*”.

Ana e Carol divertiram-se na “caminhada em confiança”, na qual também formaram uma dupla. Carol foi mais cuidadosa com Ana advertindo dos riscos de chocar-se na parede ou em móveis. Por outro lado, Ana estava despreocupada e em alguns momentos riu de tropeços de Carol. Na discussão, as duas meninas relataram que preferiram guiar a serem guiadas.

Aspectos como amizade, confiança, falar sobre o abuso, entender porque o abuso acontece apareceram no painel sobre as expectativas em relação ao grupo apresentado na Figura 1. Durante a confecção do painel, Ana liderou a tarefa, orientando as demais sobre como ocupar o espaço do painel. Também escreveu o nome do grupo que foi sugerido por Carol: “Grupo da Vida”. No painel a questão de destaque foi a amizade. As participantes demonstraram que gostariam que o grupo representasse um novo elo em sua rede de apoio. Verificou-se na primeira sessão a disponibilidade das meninas para o grupo e o desejo de conhecer outras adolescentes que experienciaram situações de abuso sexual.



Figura 1. Painel das meninas com expectativas em relação ao grupo

2ª sessão

Após o vídeo Canto de Cicatriz foi promovida uma discussão e as meninas salientaram aspectos da dinâmica do abuso relatada pelas vítimas entrevistadas no documentário. Este dispositivo facilitou a primeira revelação do abuso no contexto grupal. Cada menina relatou os fatos do abuso que se sentiu segura para revelar. Crenças, tais como culpa, diferença em relação aos pares e desconfiança foram reveladas e discutidas no grupo. O conceito de abuso sexual e as diferentes formas desta violência foram também discutidos. Carol foi a primeira menina a relatar sua experiência. Contou ao grupo que o pai abusou dela. Revelou detalhes da dinâmica da violência, destacando que o pai esperava sua mãe sair para o trabalho. Disse que o pai a ameaçava para não contar o que ocorria entre os dois e que sentia muita raiva dele. Carol se emocionou durante o relato e chorou. Com o apoio das demais meninas que seguraram sua mão, revelou ainda que quando contou a mãe sobre o que acontecia, a mãe não acreditou e então precisou solicitar ajuda a uma vizinha. Ana, por sua vez, se mostrou resistente para iniciar seu relato. Após alguns minutos de silêncio, respirou fundo e revelou ao grupo que *“o vô se bobou comigo”*. Contou que o avô passava a mão nela e nas irmãs e lhes oferecia presentes e dinheiro. *“Ele queria comprar a gente”*. Relatou que se queixou para a avó do comportamento do avô e esta lhe disse *“bem que tu gostas de ganhar um dinheiro dele”*. Ana, então, disse que ficou com raiva da avó, porque ela não gostava do que o avô fazia. Contou que a partir desse dia não aceitou mais presentes do avô. Ana ainda falou sobre os conflitos entre seus pais em função do alcoolismo e desemprego do pai. Relatou as surras que levou do pai e das vezes que testemunhou ele agredindo fisicamente a mãe e os irmãos. A sessão foi encerrada após avaliação de como cada participante se sentiu após ter revelado o abuso no grupo. As meninas relataram que se sentiram aliviadas em contar ao grupo o que aconteceu. Carol que se emocionou mais durante seu relato, se restabeleceu durante o relato das demais, ficando atenta às demais histórias.

O vídeo foi um bom dispositivo para a discussão sobre o que é abuso sexual, as diferentes formas dessa violência e a importância de ter um espaço seguro para falar dessa experiência. O relato das meninas apontou aspectos comuns na dinâmica do abuso intrafamiliar, tais como as ameaças e as barganhas para manter o segredo da violência; a adição dos abusadores que não apresentam controle frente ao estímulo que elas representam para gratificação sexual e alívio da tensão (Furniss, 1993); e a incredulidade da família frente à revelação. A mãe de Carol não acreditou no relato da filha e não tomou nenhuma medida para protegê-la. A avó de Ana, embora tenha testemunhado algumas interações inadequadas do companheiro com as netas, não tomou uma atitude protetiva e, ainda, responsabilizou Ana pelo que ocorria, pois ela recebia dinheiro e presentes do avô. A reação dos cuidadores é um

fator que pode potencializar ou reduzir os danos do abuso sexual (Elliot & Carnes, 2001; Jonzon & Lindbland, 2004). A reação das cuidadoras de Ana e Carol foi negativa e não protetiva, o que expôs as meninas a novas situações de abuso e ao comportamento de “acomodação” frente ao abuso, pois não sabiam como resolver o problema (Gabel, 1997).

3ª sessão

Inicialmente as meninas relataram sua semana. Carol disse que estava tendo dificuldades para dormir, porque tinha pesadelos. Ana trouxe um álbum de fotos de sua família e mostrou ao grupo seus irmãos e os pais. Enquanto mostrava as fotos disse que o problema da sua família é que “o pai não tinha vontade de trabalhar e só queria beber”. Outra menina do grupo contou que seu pai também bebia muito. A troca de experiências entre as meninas foi um fator importante para a coesão do grupo.

O livro de Ana continha no título o nome do grupo “Vida”. Ana escreveu: *“Antes de tudo acontecer eu nem pensava que eu e minhas irmãs iria passar pelas coisas que estão acontecendo e que já aconteceu, como meu avô passava a mão nas minhas irmãs e as vezes meu avô tentava passar as mãos em mim mas eu nunca deixei. Mas agora que eu estou no lar eu estou um pouco melhor porque estou indo na psicóloga e porque minha mãe vem me visitar todos os sábados.”*

Carol não deu título ao seu livro, apenas desenhou um coração flechado. Escreveu: *“Antes eu morava com meus pais e é muito difícil para mim, mas depois que eu tive coragem para contar o que aconteceu comigo porque eu contei para uma amiga e daí ela me ajudou e daí eu fui no médico, mas depois tudo mudou para mim. Foi muito legal na minha vida...eu agradeço a Deus por tudo o que ele me ajudou... Depois eu fui para o abrigo e minha mãe foi me visitar e foi muito legal. Eu estou legal no abrigo, eu adoro muito ficar lá, eu adoro ir na psicóloga. Tudo vai se resolver. Beijos e abraços, Grupo da Vida”*. A Figura 2 apresenta um livro de história.

Ana e Carol consideraram o abrigamento como principal mudança em suas vidas. Contudo, as duas meninas não apontaram essa experiência como um fator negativo. O abrigo foi, segundo Ana, um espaço importante para reorganização de rotina, acesso ao atendimento psicológico, à escola.

As duas meninas também revelaram sentimentos positivos em relação à mãe e do quanto gostavam de suas visitas. Para Ana era difícil entender “por que o avô teve comportamento abusivo” com ela e as irmãs. Outro aspecto salientado pelas duas meninas foi o fato de estarem recebendo acompanhamento psicológico. Ana e Carol apontaram essa experiência como algo positivo. No caso de Carol ficam evidentes as expectativas positivas que tinha em relação ao futuro quando apontou que “tudo irá se resolver”.

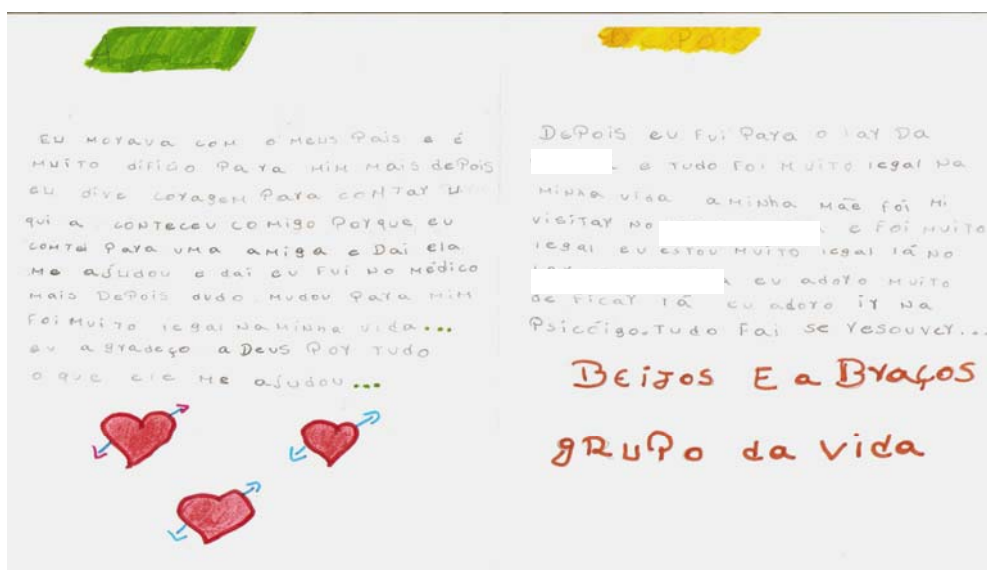


Figura 2. Livro de história: Minha vida antes e depois da revelação do abuso

Na abordagem de crenças e atribuições de culpa e vergonha, foi identificado que Carol apresentava crenças de culpa. Acreditava que poderia ter feito algo para impedir que seu pai cometesse os abusos. Também se culpava por ter levado tanto tempo para contar. Disse ainda que sentia vergonha do que aconteceu, “*porque isso não pode acontecer entre pai e filha e que a mãe lhe contou que todos os vizinhos ficaram sabendo*”. Com a ajuda do grupo percebeu que tentou contar à mãe, mas esta não acreditou nela. Além disso, tinha medo das ameaças e agressões físicas do pai que fazia com que mantivesse o abuso em segredo. Carol conseguiu escrever em seu cartão que o culpado pelo abuso foi seu pai e que ela não tinha como se defender, porque “*ele era mais forte e tinha medo que ele a queimasse como sempre ameaçava*”.

Ana, por sua vez, disse que “*o avô era sem vergonha e que os adultos não têm o direito de mexer nas meninas*”. Disse que isso é errado, mas que sentia culpa por ter aceitado o dinheiro do avô. As demais meninas do grupo mostraram a Ana que os pais e avôs dão presentes e que isso não lhes dá o direito de abusar.

4ª sessão

Ana e Carol identificaram e nomearam facilmente as emoções que teriam nas situações do “jogo das emoções”.

Na confecção do agressor em massa de modelar, Carol teve dificuldades para fazer a representação do pai e foi a última participante a concluir a tarefa. Ana logo fez a representação do avô. A Figura 3 apresenta as imagens dos agressores de Ana e Carol, respectivamente. Os sentimentos de todas foram acolhidos e discutidos no grupo. Neste

momento, Ana apresentou mais dificuldades, apenas dizendo ao avô que “*ele tinha sido muito ruim e que ela e as irmãs não mereciam o que ele fez*”. Carol, ao falar, começou a chorar. Disse ao pai que “*não foi certo o que fez com ela e que agora sente muito ódio dele*”. Também disse que “*ele não podia estar fazendo a mãe e a irmã sofrer e que por causa dele elas estavam separadas*”. Nesta sessão, surgiram questões das participantes sobre “doença do agressor” e a possibilidade de punição criminal dos agressores. Ana disse que gostaria que o avô fosse preso, já Carol disse que gostaria que “*o pai fosse embora, mas não preso porque sua irmã iria sofrer muito com isso*”.

No término do encontro cada menina decidiu o que fazer com seu boneco, sendo que a maioria o destruiu, como forma de manifestar seus sentimentos de raiva e tristeza. Ana transformou a figura do avô em uma bola e Carol arrancou os pedaços do boneco, destruindo-o.



Figura 3. Agressor confeccionado em massa de modelar pelas meninas

5ª sessão

Neste encontro Ana chegou triste, mas não quis revelar o motivo. A situação registrada em seu monitoramento foi o dia da visita no abrigo e o momento em que sua mãe foi embora. Suas emoções foram tristeza, raiva e ódio. Carol registrou uma situação na escola na qual recebeu a nota da prova de matemática e ficou feliz e orgulhosa por ter tirado boa nota.

Na identificação dos pensamentos que tiveram na situação registrada no monitoramento, Ana disse que o que se passou na cabeça dela é que “*nunca sairei deste*

abrigo e poderei viver com minha mãe e meus outros irmãos de novo” e o pensamento de Carol foi *“minha mãe vai ficar contente que estou indo bem na escola”*. A figura materna era muito significativa para Ana e Carol e o fato de estarem afastadas de seu convívio representava um sofrimento intenso para elas. A Tabela 23 apresenta a tríade cognitiva de Ana e Carol.

Tabela 23

Respostas à Tarefa da Tríade Cognitiva Casos Clínicos Extremos (Superior e Inferior)

Tríade Cognitiva	Ana – Limítrofe superior	Carol – Limítrofe inferior
Visão de si	Brava, de vez em quando, extrovertida, legal, sincera, namoradeira, faço muitas amizades facilmente; desconfiada e feia.	Eu sou uma pessoa legal, mas às vezes briguenta. Sou sincera com minhas amigas e cuido da minha irmã. Sou estudiosa e faço meus temas. As pessoas me acham bonita. Eu às vezes me acho bonita e às vezes feia.
Visão dos outros	Existem muitos tipos de pessoas; pessoas falsas, ignorantes, sem caráter, mal educadas. Mas também existem aquelas pessoas que são educadas, verdadeiras, amigas, simpáticas e batalhadoras.	Existem pessoas boas, que fazem coisas boas e outras ruins que fazem o mal para os outros. Tem pessoas que podemos confiar e outras não.
Visão do futuro	Minha felicidade; minha moto; minha própria casa; ser independente e ser muito feliz...	Eu vejo um futuro bom para mim. Me vejo morando com minha mãe e minha irmã. A gente vai ser bem feliz e eu vou esquecer as coisas ruins que aconteceram comigo.

Durante a técnica de relaxamento, Carol teve mais facilidade para relaxar do que Ana, que em alguns momentos abria os olhos para ver o que se passava. Ao final do encontro foi combinada a nova tarefa para casa, na qual as meninas registrariam situações importantes da semana, pensamentos, emoções e reações fisiológicas.

6ª sessão

Carol relatou um dia em que teve um problema na escola com uma amiga e Ana registrou um dia de visita no qual a mãe não veio visitá-la. Os monitoramentos de Ana e Carol estão, respectivamente, apresentados na Figura 4.

Retomando a experiência de abuso sexual, as meninas construíram um painel com as principais alterações comportamentais, cognitivas e emocionais que identificaram como consequência do abuso. Alterações como fugas de casa, mentiras, irritabilidade, agressividade, isolamento, desconfiança, sentimento de culpa, baixo rendimento escolar,

dificuldades de concentração, problemas de memória foram algumas das mais citadas pelas participantes nos grupos. As meninas compreenderam que estas são alterações comuns em pessoas que experienciaram violência sexual.

Na construção da história em quadrinhos a partir dos monitoramentos, Ana apresentou dificuldades para identificar pensamentos e inicialmente escreveu “*Daí eu pensei que estava triste*”. Com o auxílio das terapeutas conseguiu identificar que o pensamento que a deixou triste foi “*a mãe esqueceu de mim e das minhas irmãs*”. Considerando a importância da presença das mães para o bem estar das meninas, as terapeutas solicitaram que as mães comparecem para uma conversa. A mãe de Ana não compareceu a nenhum dos atendimentos agendados. A mãe de Carol compareceu aos atendimentos e foi fundamental para que acreditasse que o relato de Carol sobre o abuso era verdadeiro. A mãe de Carol revelou o desejo de ter as filhas de volta e iniciou o processo de divórcio.



Figura 4. História em quadrinhos sobre o modelo TCC

Etapa II da Gruposoterapia Cognitivo-Comportamental

7ª sessão

As meninas relataram que “*se lembram do abuso mesmo quando não querem lembrar*”. A seguir estão descritas as narrativas de Ana e Carol.

Ana – “*Quando aconteceu essas coisas eu estava dormindo e de repente eu senti que alguma coisa estava me tocando e aí eu me virei de lado e continuei sentindo aquilo. Eu então acordei e saí correndo porque vi que era meu vô. No dia seguinte eu me afastei do meu vô e ele me perguntou porque eu estava me afastando dele. Eu respondi...que nojo que me dá de ti, para mim tu não existe mais. Velho chato eu te odeio, eu te odeio demais*”.

Carol – “*Quando aconteceu o abuso foi na minha casa quando eu estava dormindo e meu pai me chamou para passar a roupa. Quando eu vi ele estava mandando me mandando tirar a roupa. Quando o abuso aconteceu a minha mãe estava trabalhando. Ele disse que se eu não tirasse a roupa ele ia me queimar e me bater e eu fiquei com muito medo. O meu pai mandava tirar a roupa e ele tirou o pênis para fora e tentou colocar na minha vagina e eu fiquei com muito medo do meu pai. Até que um dia eu falei para minha melhor amiga e ela me ajudou muito no dia que eu contei ela ficou muito triste. Eu pensei que meu pai não ia fazer isso comigo e daí minha amiga falou para a mãe dela e a mãe dela ligou para o conselho e daí o conselheiro foi na casa dela conversar comigo e com minha amiga que me ajudou. Daí o conselheiro deixou um papel para meus pais irem no conselho conversar com ele e a minha mãe ficou muito triste com o que aconteceu comigo. Minha mãe ficou muito triste porque ela nunca pensou que ia acontecer comigo!!! Eu não quero ver meu pai nunca mais na minha vida. Eu estou com muita saudade da minha família e da minha amiga*”.

Ana apresentou dificuldades para escrever sobre o abuso, iniciando várias vezes as frases e depois as apagava e reescrevia. No momento de ler seu relato ao grupo se mostrou muito envergonhada, escondendo-se atrás da folha. Carol, embora tenha escrito muitos detalhes em seu primeiro relato, não o leu na íntegra. Durante a leitura chorou, recebendo o apoio do grupo. Depois de ler, Carol disse sentir-se mais aliviada.

As coordenadoras explicaram que quando “*se conversa consigo mesma*” é possível lidar melhor com as lembranças. Perguntou-se ao grupo o que elas poderiam dizer a si mesmas para tranquilizá-las quando se lembram do abuso. Idéias como “isso não está mais acontecendo”, “isso é só uma lembrança, não está acontecendo agora”, “agora estou segura”, foram exemplos de autoverbalizações que foram treinadas no contexto grupal. Nesta sessão de relaxamento, Ana conseguiu aderir à técnica e para Carol o relaxamento foi importante para controle das emoções vivenciadas na sessão.

8ª sessão

Ana – *“Num sábado eu me levantei bem cedo para arrumar a casa e fazer café. Ai minha vó se levantou para ver o que estava acontecendo e viu que a casa estava toda limpa e me deu os parabéns e eu gostei muito de ter um elogio. Mas daí o vô se levantou e perguntou quem tinha limpo a casa e eu respondi que tinha sido eu e perguntei se tinha feito algo errado. Ele disse que sim e mandou eu ir tomar banho. Eu perguntei porque e ele respondeu que era para eu tomar banho porque ia sair com ele. Eu disse que não quero e não vou e ele respondeu se tu não ir comigo vai apanhar e eu fui de medo de apanhar”.*

Carol – *“Na primeira vez que eu contei para minha mãe foi na casa da minha tia e minha tia ficou muito triste porque ela nunca pensou que meu pai ia fazer isto comigo. Quando eu contei para minha mãe pareceu que ela não acreditou muito o que tinha acontecido comigo. Mas passou um tempo que ele não fez mais e depois começou a passar a mão em mim de novo. Minha mãe agora esta me ajudando muito, me dando muito amor e carinho para mim e para minha irmã. A minha mãe disse que ela nunca vai deixar nós longe dela e ela disse que acredita em mim e muito. Eu adoro muito a minha família. Eu nunca vou esquecer o que aconteceu comigo. Agora minha família acredita muito em mim. Eu estou com muita saudade da minha família e dos meus amigos, principalmente do meu vô, da minha tia, tio e prima. Eu amo vocês!!!”.*

Nesta sessão, Ana leu seu relato sem se esconder. Estava bem disposta e muito falante. Disse que teve uma boa semana, porque a mãe veio visitá-la. Carol trouxe para o grupo a reação de sua mãe frente à revelação. Conseguiu relatar que esperava que sua mãe a tivesse ajudado mais quando revelou o abuso.

Ana disse que tinha lembranças do abuso, em média, duas vezes por semana e que antes do grupo eram mais freqüentes. Carol revelou que tem lembrado muito do abuso e tido pesadelos com o pai. As terapeutas sugeriram a ela que procurasse seguir os passos do relaxamento antes de dormir e que conversasse consigo mesma, como aprendido na sessão anterior.

9ª sessão

A imagem positiva descrita por Ana foi um passeio que fez com os pais e irmãos em um parque. Carol descreveu uma cena na casa do avô que mora no interior e que o lugar é muito bonito.

As imagens negativas também foram compartilhadas com o grupo. Ana registrou a imagem na qual acordou com seu avô acariciando seu corpo e Carol a situação de estupro vivenciada com o pai.

Ana conseguiu realizar a substituição de imagens, enquanto Carol teve dificuldades. Contou que teve um pesadelo com o pai e chorou. As terapeutas solicitaram como tarefa para casa que Carol buscasse realizar a troca de imagens das gavetas da memória. No final desta sessão todas se concentram na imagem boa e foi sugerido que elas utilizassem as gavetas da memória quando tivessem lembranças do abuso. A Figura 5 apresenta a imagem negativa produzida por Carol e Ana, respectivamente.



Figura 5. Imagem negativa da gaveta da memória

10ª sessão

Ana - *“Eu saí com meu vô e nada aconteceu na ida, mas na volta eu estava indo bem na frente, longe dele e ele me chamou para ir junto com ele e eu perguntei para que eu ir junto com o senhor e ele respondeu não me pergunta e vem comigo. Era para mim ir para dentro do atalho com mato, mas eu não fui e eu falei para meu vô que eu tinha respeito por ele, mas que ele não tinha comigo. Aí nós fomos para casa e eu pensei que ele não ia me bater. Mas ele mentiu para a vó que eu tinha feito coisas erradas e então ele me bateu com o relho de couro”.*

Carol - *“Sábado eu chorei porque pensei muito no abuso. Também pensei na minha mãe e na minha família. As minhas amigas me ajudaram para eu não pensar o abuso. Eu dormi e depois comecei a falar o nome da minha mãe. Eu disse para minhas amigas que queria ir embora porque estou com muita saudade. Quando minha mãe foi embora eu chorei muito. Eu amo muito minha mãe e minha família. Eu lembrei que o meu pai estava falando comigo”.*

O relato de Carol revelou a saudade que sente de sua família. A situação de afastamento da mãe pareceu intensificar os sintomas de depressão e TEPT. Já Ana, que neste momento falou do abuso sem reações intensas de vergonha, revelou suas tentativas de livrar-se das investidas abusivas do avô e das punições físicas que foi submetida em função disso.

Ana participou ativamente da construção do botão de emergência, sugerindo várias estratégias. Durante a construção do painel contou que tem conseguido prestar mais atenção na aula e que a professora a elogiou por um trabalho. Carol também participou do painel e disse que conversar com ela mesma a tem ajudado. O botão de emergência está apresentado na Figura 6.

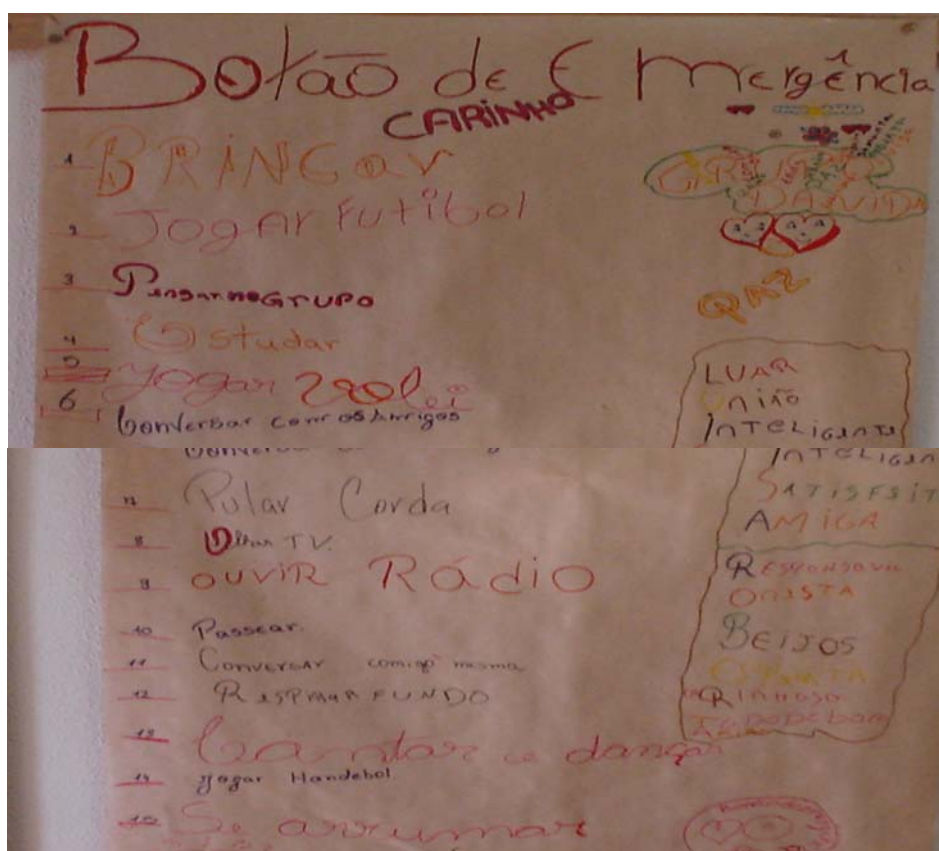


Figura 6. Botão de emergência

Etapa III da Grupoterapia Cognitivo-Comportamental

11ª sessão

Na oficina sobre sexualidade, as principais questões foram sobre mudanças no próprio corpo, ciclo menstrual, como evitar gravidez, e questões sobre relacionamentos com meninos, tais como diferenças entre ficar e namorar, dar limites e dizer não quando não querem ficar, entre outros. Ana e Carol participaram ativamente das atividades e compartilharam suas dúvidas e conhecimentos com o grupo. As meninas ainda contaram sobre os meninos de

quem gostavam na escola e sobre a proibição de namorar imposta pelo abrigo. Carol ainda revelou que o pai não gostava que tivesse amigos meninos e que dizia que isso era coisa de “*menina vadia*”

12ª sessão

Ana e Carol dançaram e se divertiram durante as atividades da oficina de expressão corporal. Na maioria das atividades formaram duplas e demonstraram afinidade. Apresentaram uma relação positiva com o próprio corpo e boa expressão corporal. No final, Ana sugeriu uma roda de *funk* e colocou um CD seu para tocar. Ana ensinou vários passos às demais meninas, que seguiram a coreografia com entusiasmo.

13ª sessão

Na oficina sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, Carol que já havia participado de uma audiência contou sobre sua experiência. Ela foi ouvida dentro da proposta do Depoimento sem Dano. Relatou às meninas que foi muito tranqüilo e que a pessoa que conversou com ela foi muito querida e educada. Disse que estava com medo de ter que falar na frente do pai, mas que isso não aconteceu. Ainda apontou que a presença de uma das terapeutas a deixou mais tranqüila. O acompanhamento das meninas nas audiências foi uma das práticas da equipe deste estudo. Tal prática revelou o fortalecimento do vínculo com as meninas e o auxílio para que pudessem dar seu depoimento de forma mais tranqüila, uma vez que esta situação se mostrou geradora de ansiedade e receios. A Figura 7 apresenta o painel construído sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.

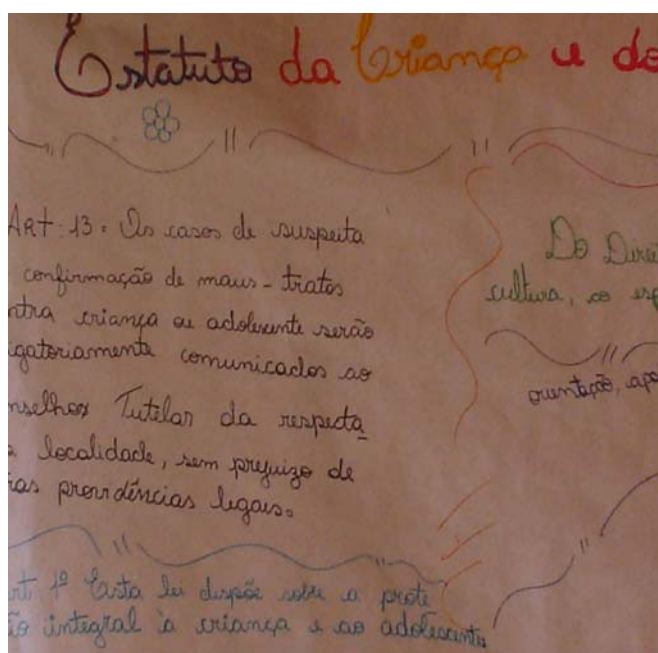


Figura 7. Painel sobre o ECA realizado pelas meninas

14ª sessão

Nesta sessão Carol estava muito triste. Revelou que a mãe lhe contou que o pai foi preso. Disse se sentir culpada pelo pai estar preso e só queria que ele fosse embora. Por outro lado, disse que poderá visitar a mãe nos finais de semana, o que a deixou feliz. A mãe de Carol já havia encaminhado o pedido de divórcio e mudado de residência para poder receber as filhas em casa. As novidades de Carol foram acolhidas e novamente o sentimento de culpa foi questionado para que ela pudesse atribuir a responsabilidade do abuso ao pai. A culpa era uma crença distorcida rígida para Carol. Enquanto as demais meninas já demonstravam atribuir a responsabilidade do abuso ao agressor, Carol ainda manifestava a idéia de que era culpada.

Ana coordenou a criação do teatro sobre situações de risco e medidas de autoproteção. Carol, embora tenha participado, estava distante, mais quieta do que o habitual. As meninas dramatizaram uma situação na qual estavam caminhando sozinhas na rua e eram perseguidas pelo agressor. No teatro, a menina perseguida, entrou em um estabelecimento público e pediu para usar o telefone. Ela então ligou para a mãe vir buscá-la e voltou para casa em segurança. Após a dramatização foi conversado se a estratégia pensada foi efetiva ou não. Foi avaliado que pedir ajuda é a melhor opção e foram pensadas algumas pessoas a quem poderiam recorrer, inclusive o telefone da polícia. Algumas habilidades sociais focadas em medidas protetivas, tais como dizer não, pedir ajuda, expressar suas emoções e pensamentos, foram treinadas no contexto grupal. Ana e Carol escolheram a mãe como adulto-referência.

15ª sessão

A projeção no tempo foi um desafio para algumas participantes. Contudo, identificou-se que as meninas tinham expectativas positivas de trabalho, estudo e construção de uma família sem violência. A seguir estão descritas as perspectivas de Ana e Carol em relação ao futuro.

Ana – *“Um ano: eu estarei estudando; Cinco anos: eu estarei trabalhando de veterinária; 10 anos: eu estarei namorando e estudando; 30 anos: eu estarei trabalhando de professora e babá”*.

Carol – *“Um ano: eu vou estudar e fazer faculdade primeiro e ajudar minha mãe a comprar as coisas que precisa dentro de casa e esquecer tudo o que aconteceu comigo; Cinco anos: eu vou trabalhar e estudar e ajudar minha mãe, vou conversar mais com minha mãe e também esquecer o que aconteceu; 10 anos: eu vou continuar trabalhando e perguntar para minha mãe se eu posso namorar em casa, mas bem capaz que eu vou deixar de estudar porque estou namorando; 30 anos: eu vou estar casada e com filhos e também vou ajudar*

minha mãe. Vou criar meus filhos, dar educação e tomara Deus que a minha mãe esteja viva”.

Ana e Carol apresentaram perspectivas positivas em relação ao futuro. Apresentaram confusões quanto à formação profissional. Ana informou sua intenção de ser veterinária, babá e professora, por exemplo. Foi explicado a elas o que seria necessário para atuar nas profissões que desejavam. Ana demonstrou o desejo de independência e, embora falasse em namorar, não revelou desejo de casar e ter filhos. Carol manifestou o desejo de casar e cuidar de seus filhos. Além disso, mostrou preocupação em ajudar a mãe e que esta estivesse presente em sua vida.

As coordenadoras explicaram que mesmo diante de um fato triste e grave como o abuso sexual, elas podem construir um futuro com alegrias e sucesso em relação aos seus objetivos. O abuso sexual não seria um determinante de tristeza para vida toda, mas que muitas pessoas conseguem transformar essa experiência em um motivo para viver melhor. As histórias de vida das mulheres vítimas de abuso sexual no documentário “Canto de Cicatriz” foram retomadas para exemplificar essa idéia.

16ª sessão

As meninas escreveram e em seguida leram suas auto-avaliações para o grupo.

Auto-avaliação de Ana: *“Antes eu era uma menina muito esquisita como falar coisas que não devia. Agora eu sou uma menina mais educada, não falo coisas que não devo falar (palavrões), eu faço mais as coisas do que antes, brinco mais, falo coisas que as pessoas riam. Antes eu não queria nada com nada na escola, mas agora eu sou uma menina muito esperta e eu quero ter uma boa profissão. Antes eu lembrava bastante daquelas horríveis cenas, mas agora estou de bem com a vida e não lembro, mas daquelas cenas horrorosas. Antes eu era uma menina muito mal atenciosa nas coisas de casa e das minhas coisas de aula, mas eu comecei a ir no grupo e então melhorou tudo em mim. Por isso que eu adoro o nosso grupo. Por ter me ajudado bastante”.*

Auto-avaliação de Carol: *“Antes eu era uma menina muito mal comportada, mas quando eu vim para o grupo eu mudei meu comportamento. Eu também mudei um pouco de brigar. Também comecei a me abrir mais com as pessoas, conversar mais, porque também antes eu não me abria muito com as pessoas. Eu gostei muito do grupo, das coisas boas que a gente fez, mas o que eu mais gostei foi de conversar. Também parei de conversar na sala de aula porque antes não fazia nada na escola porque eu só ficava pensando o que tinha acontecido comigo. Mas quando eu comecei a vir no grupo eu aprendi coisas boas. Gostei muito de vir no grupo e não queria que acabasse. O que vai ser de mim sem o grupo? Eu*

também estou conversando mais com minha mãe. Também estou me abrindo mais com as pessoas”.

Na festa as meninas dançaram com músicas trazidas por elas, compondo coreografias ou dança livre. Algumas trouxeram lanches e bebidas para compartilhar com o grupo.

Durante o período de 12 meses que as meninas foram acompanhadas após a grupoterapia, manteve-se contato com Ana e Carol. Mudanças significativas ocorreram na vida delas ao longo deste período após a grupoterapia. Ana foi desabrigada após oito meses do término do grupo, indo morar com a mãe e os irmãos em um município próximo, na casa de uma tia. Na última avaliação (*follow up 2*), manifestou sintomas de ansiedade frente ao desabrigamento e às constantes investidas do pai em resgatar a esposa e os filhos. O receio de Ana tornou-se realidade e os pais reataram a relação. Ana ficou morando com a tia, mas os demais irmãos foram morar com os pais. Após um ano, obtiveram-se notícias da família de Ana, através de suas irmãs que também foram atendidas pela equipe deste estudo. As meninas menores foram reabrigadas em função das brigas dos pais, alcoolismo e abusos físicos do pai, e trabalho infantil. As meninas estavam afastadas da escola e vendiam doces e balas durante o dia no centro da cidade. Uma semana após o reabrigamento delas, o irmão mais velho, dependente de *crack* matou o pai com golpes de faca e foi preso. As irmãs de Ana contaram que Ana estava feliz com a tia e que tinha um namorado legal. Há pouco tempo atrás ficamos sabendo que Ana, atualmente com 16 anos está casada e tem um bebê de alguns meses.

Carol foi desabrigada cinco meses após a grupoterapia. Ficou muito feliz com o desabrigamento e passou a residir com a mãe e a irmã. Nos *follow up 1 e 2*, apresentou redução nos sintomas de depressão e TEPT. Manteve bom rendimento escolar e após alguns meses começou a namorar um menino de 14 anos. Este relacionamento amoroso trouxe algumas dificuldades para Carol. Em situações de maior proximidade física, como beijos e abraços, Carol sentia como se fosse o pai. Essa situação a fez evitar proximidade física com o namorado. Depois do último *follow up*, uma das terapeutas do grupo iniciou um atendimento individual para Carol, focando as dificuldades em seu relacionamento com o namorado, uma vez que isto poderia tornar-se um problema ao longo de sua vida. Depois de quatro meses de acompanhamento individual, Carol foi morar com a mãe e a irmã na cidade de seu avô. Atualmente ainda mantém contatos telefônicos para relatar como está. Nos últimos contatos relatou estar bem e feliz por morar próximo ao avô. O pai de Carol permanece cumprindo pena.

Análise de Indicadores para Avaliação de Processo da Grupoterapia

A avaliação do processo terapêutico para verificar sua efetividade é fundamental para compreender como e porque a intervenção psicoterápica ocorreu e não apenas se foi ou não efetiva. Estudos avaliando mecanismos e mediadores de mudanças em um processo terapêutico são um desafio na pesquisa em psicoterapia. A seguir, alguns destes mediadores foram avaliados para compreender o processo da grupoterapia (Kazdin, 2007).

História de vida e sintomas antes da grupoterapia

A história de vida referiu-se aos aspectos familiares e à experiência de abuso sexual. Os casos de Ana e Carol configuraram-se como abuso sexual intrafamiliar. Contudo, verificaram-se algumas importantes diferenças. Ana foi vítima de abuso com contato físico, porém sem estupro, enquanto Carol foi vítima de estupro por seu pai. Entre os preditores da resposta à grupoterapia identificados no Estudo I, a presença de estupro foi identificado como fator para pior resposta a esta intervenção.

Outra diferença entre os casos foi a idade de início do abuso e o tempo de duração da violência. Carol, que teve uma pior resposta ao tratamento apresentou um tempo maior de exposição à violência, que se iniciou aos oito anos e foi interrompida aos 11 anos. Por outro lado, Ana, que apresentou melhor resposta ao tratamento, foi vítima de abuso sexual pelo avô aos 11 anos e a violência teve menos de um ano de duração. A idade de início do abuso foi outro preditor para a resposta à grupoterapia identificado no Estudo I, sendo que quanto menor a idade da criança no primeiro episódio do abuso, pior a resposta ao tratamento.

As características da violência sexual são associadas ao impacto desta experiência para o desenvolvimento das vítimas e se mostram relacionadas com a resposta destas ao tratamento. A idade no início do abuso; a duração, a frequência e o grau de violência; a diferença de idade e proximidade afetiva entre o agressor e a vítima; o grau de segredo e ameaça; a ausência de figuras parentais protetoras; o recebimento de recompensas e a negação do perpetrador de que o abuso aconteceu são fatores que podem exacerbar as consequências do abuso sexual (Furniss, 1993; Ullman & Filipas, 2005). Carol, participante que apresentou resposta inferior à grupoterapia foi exposta a um período de três anos de abusos sexuais, que iniciaram aos oito anos e incluiu estupro pelo pai. Além disso, sua mãe não acreditou em sua revelação. Por outro lado, Ana, que apresentou resposta superior à intervenção, foi vitimizada pelo período inferior a um ano e os abusos não incluíram estupro.

Em ambos os casos foram identificados abusos físicos e psicológicos associados pelos familiares. Na história de Ana fica evidente que além do abuso sexual, a situação de abuso físico pelo pai foi um evento traumático significativo. Outro aspecto comum entre as meninas foi a necessidade de pedir ajuda externa à família para romper com a violência. No caso de

Ana, a avó presenciava situações de abuso e não tomava as medidas de proteção adequadas. Já no caso de Carol, a mãe não deu credibilidade à sua revelação. A reação negativa e não protetiva dos cuidadores frente à revelação é um fator que pode potencializar os efeitos do abuso (Elliot & Carnes, 2001; Jonzon & Lindbland, 2004; Santos & Dell’Aglia, 2009) e conseqüentemente pode estar relacionado com a resposta das meninas à grupoterapia.

O abrigo como medida de proteção foi uma experiência na história de vida nos dois casos analisados. Contudo, Ana demonstrava uma “adaptação” a esta situação de abrigo, pois já havia vivenciado essa situação em outro momento de sua vida, devido à violência física do pai. Para Carol, o abrigo era algo novo e se mostrou como um fator estressor, principalmente pelas cobranças da irmã menor ao culpá-la por estar nesta situação. Os efeitos do abrigo como medida de proteção têm sido alvo de discussões sobre as conseqüências para o desenvolvimento das vítimas. Alguns apontam que o afastamento da criança do convívio familiar é negativo, podendo potencializar sintomas de depressão e ansiedade. Por outro lado, o abrigo pode constituir uma fonte de apoio para crianças e adolescentes, em vista das relações e vínculos familiares, ainda existentes, serem muito frágeis e não oferecerem a segurança e proteção necessária (Siqueira, Betts, & Dell’Aglia, 2006).

Os sintomas apresentados por Ana e Carol, antes da grupoterapia, apontaram que Ana possuía indicadores de depressão e critérios diagnósticos para TEPT. Carol apresentava critérios diagnósticos para TEPT, porém possuía menos sintomas de revivência e hipervigilância. Por outro lado, Carol apresentava escores mais altos nos sintomas de ansiedade comparando com os escores apresentados por Ana. As duas meninas apresentaram escores similares de percepção e atribuições de culpa, apontadas como desencadeadoras e mantenedoras de maior sintomatologia de depressão, ansiedade e TEPT (Feiring, Taska, & Chen, 2002).

Dessa forma, considerando a história pregressa de Ana e Carol, relacionada com a experiência de abuso, Carol apresentou características que aparentemente prejudicaram sua resposta à grupoterapia, como idade precoce no início do abuso e presença de formas mais intrusivas e violentas de abuso, como o estupro. O fato de ter melhorado durante o ano de *follow up* pode indicar a necessidade de maior tempo de acompanhamento.

Dentre os aspectos relacionados à história de vida e do abuso, a análise do processo apontou que o maior tempo de exposição ao abuso, idade precoce de início da violência, presença de estupro, atribuição de significado negativo ao abrigo e reação negativa da mãe frente à revelação podem influenciar a resposta das crianças e adolescentes ao modelo de

grupoterapia, minimizando sua efetividade. Dessa forma, estes aspectos devem ser observados ao longo da grupoterapia quando identificados na avaliação inicial e pode ser necessário o acompanhamento individual concomitante à grupoterapia ou após o processo de grupo.

Aliança terapêutica

O termo aliança terapêutica (AT) compreende o vínculo de confiança entre terapeuta e paciente, bem como a capacidade da dupla para realizar as tarefas psicoterápicas (Cordioli, 2003; Safran, 2002). A formação de um vínculo terapêutico seguro deve ser o primeiro objetivo da intervenção com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. É necessário criar um clima de segurança, confiança e aceitação. O resultado de uma intervenção psicoterápica depende, entre outras variáveis, da relação de trabalho estabelecida entre terapeuta e paciente. A AT tem sido considerada um importante preditor de resultados terapêuticos em diferentes abordagens psicoterápicas, inclusive na TCC (Peuker, Habigzang, Koller, & Bizarro, no prelo; Safran, 2002).

Considerando os casos de Ana e Carol aparentemente ambas formaram bom vínculo com as terapeutas e demais meninas do grupo. Ambas demonstraram confiar nas terapeutas, compartilhando seus pensamentos e emoções. Ana conseguiu superar a timidez e a vergonha e passou a apresentar um comportamento de maior autoconfiança durante a grupoterapia, deixando de esconder-se para revelar suas experiências. Carol encontrou no grupo um espaço de apoio para seu sofrimento. Além disso, realizaram as tarefas e as atividades propostas durante a grupoterapia, sendo que Ana apresentou comportamentos de liderança no grupo na realização de muitas atividades propostas. Dessa forma, não foram identificadas diferenças entre os casos em relação à aliança terapêutica. O fato das terapeutas terem sido as mesmas em ambos os casos, exclui aspectos relacionados ao estilo e experiência do terapeuta que também são preditores da resposta ao tratamento. Portanto, a aliança terapêutica parece não ter tido influência no processo

Assiduidade e aderência às atividades

As duas meninas tiveram participação assídua na grupoterapia, comparecendo a todos os encontros pontualmente. Ana e Carol se engajaram nas atividades, participando ativamente do processo e realizando todas as tarefas de casa. Ana e Carol compartilharam suas experiências, dúvidas e as estratégias para lidar com situações estressoras. O bom vínculo com as terapeutas também pode ser avaliado pela aderência ao tratamento. As meninas não abandonaram o

grupo, mesmo após o desabrigoamento. Carol, inclusive, ainda telefona para contar as novidades.

As duas meninas demonstraram utilizar em seu cotidiano as técnicas aprendidas no grupo para lidar com as lembranças do abuso. Dessa forma, o indicador assiduidade e aderência não explicariam a diferença na resposta de Ana e Carol à grupoterapia. Além disto, a grupoterapia foi suficientemente atrativa para mantê-las vinculadas ao tratamento.

Eventos estressores durante a grupoterapia

Considerando este indicador, pode-se destacar a prisão do pai de Carol devido à agressão perpetrada contra ela, durante a última etapa da grupoterapia. Este evento foi vivenciado por Carol de forma ambivalente, ou seja, ela se dizia culpada pelo destino do pai, embora tivesse sentimentos de raiva. Segundo ela “*queria apenas que ele se afastasse da família, mas que não fosse preso*”. A família paterna pressionou Carol para desmentir o abuso para livrar o pai da prisão, gerando *stress* e angústia na menina. A reação negativa da irmã de Carol frente à prisão do pai acentuou a percepção de Carol de culpa pelo abuso. Este evento e a separação da mãe pelo abrigoamento foram aspectos negativos que se apresentaram relacionados com as reações de tristeza e sofrimento de Carol, que pareceram acentuar-se ao longo da grupoterapia.

No caso de Ana não foram identificados eventos estressores ao longo da grupoterapia. A rotina de Ana se manteve a mesma durante o processo do grupo, sem mudanças na família. Ana não foi chamada para depoimentos ao longo do grupo, nem tampouco seu avô foi criminalmente punido. Contudo, após a grupoterapia, os eventos de reinserção familiar e o receio de ser fisicamente revitimizada pelo pai geraram sintomas de ansiedade, identificados no *follow up*.

Os eventos estressores que ocorrem durante um processo psicoterápico podem gerar retrocessos ou recaídas. Tais eventos e seus efeitos não podem ser controlados em uma pesquisa, podendo influenciar seus resultados. No caso de Carol, a prisão do pai a fez re-experienciar sentimentos de culpa e sofrimento intenso. O processo de mudança de Ana durante a grupoterapia não foi prejudicado por eventos externos de vida.

Resposta às técnicas empregadas

As técnicas da primeira etapa, psicoeducação e reestruturação cognitiva, foram experienciadas de forma positiva por Ana e Carol. Dentre as sessões, a confecção do agressor

em massa de modelar mobilizou emoções fortes em Carol, provocando choro e ansiedade. As duas meninas demonstraram compreender o modelo cognitivo-comportamental e as relações entre o abuso sexual e as diferenças em comportamentos que estavam apresentando. Uma diferença identificada entre as participantes foi a reestruturação da percepção e atribuição de culpa. Ana demonstrou compreender que o avô foi o responsável pelo abuso e consequências deste para ela e as irmãs. Por outro lado, Carol não demonstrou a mesma resposta às técnicas de reestruturação cognitiva, apresentando a crença de culpa até o final do processo grupoterápico.

As técnicas da segunda etapa, treino de inoculação, apresentaram melhor resposta de Ana. Carol demonstrou reações emocionais intensas e negativas frente à exposição gradual às lembranças do abuso. A técnica de substituição de imagens foi difícil para Carol, sendo que a auto-instrução demonstrou, segundo ela, melhor resultado para autocontrole. A técnica de exposição gradual às memórias do abuso pode não ser a melhor ferramenta terapêutica para pacientes com sintomas intensos de revivência do trauma ou sintomas dissociativos, como identificados em Carol ao longo da grupoterapia. Carol parecia necessitar mais espaço para falar sobre seu sofrimento pelo abrigamento e afastamento do convívio com a mãe, conforme aparece em suas narrativas, nas quais destaca o quanto sentia saudades da mãe e de casa. Com exceção da primeira narrativa, na qual trouxe detalhes do abuso, nas demais focou a relação com a mãe, a falta de credibilidade e apoio desta e a saudade de casa e demais familiares. Isto sugere que Carol poderia ter se beneficiado de sessões individuais, concomitantes ao grupo para focar essas questões que pareciam contribuir para seu humor deprimido, que se intensificou nesta etapa da grupoterapia.

As técnicas e oficinas da última etapa, prevenção à recaída, foram experienciadas de forma positiva por Ana e Carol. Ambas responderam de forma positiva a estas sessões, participando ativamente das atividades, principalmente da oficina sobre educação sexual e expressão corporal. Carol apresentou maior ansiedade frente à proximidade do término do grupo. Sua ansiedade pareceu reduzir-se ao saber que encontros do grupo continuariam ocorrendo mensalmente.

A modalidade grupal foi uma experiência positiva para Ana e Carol, pois contribuiu para percepção de que não estavam sozinhas e teve a função de oferecer apoio e alívio emocional. O grupo possibilitou nos casos de Ana e Carol elaborar sentimentos de isolamento e estigmatização, como apontado por elas na auto-avaliação. A modalidade grupal se mostrou positiva para as duas meninas.

Auto-avaliação após a grupoterapia

A auto-avaliação de Ana revelou mudanças nos sintomas de revivência do abuso sexual e em seu rendimento na escola. Ainda apontou o resgate de atividades como brincar. Ana afirmou que mudou seu comportamento e que deixou de ser “*esquisita*”, e agora fala “*coisas que as pessoas riem*”. No grupo essa mudança foi visível. Inicialmente tímida, Ana foi apropriando-se de seu espaço e expressando seus pensamentos e emoções sem parecer demonstrar vergonha. Passou a manter contato ocular ao falar ao invés de olhar para o chão ou esconder-se atrás das folhas que havia utilizado nas atividades. Carol também revelou que conseguia concentrar-se mais em sala de aula e estava mais aberta para trocar suas experiências e opiniões com as pessoas, inclusive com a mãe. Embora os instrumentos não tenham apontado uma boa resposta de Carol ao tratamento, ela identificou aspectos nos quais se sentiu beneficiada pela participação no grupo. Carol apontou o quanto conversar no grupo foi importante para ela e revelou sua preocupação sobre o término do grupo.

Ana e Carol revelaram-se exemplos de coragem e de resiliência. Apesar das experiências negativas de vida, conseguiram encontrar estratégias para lidar com as conseqüências e seguir o curso de suas histórias, estudando, namorando e acreditando em um futuro melhor.

Considerando os indicadores analisados pode-se destacar que: idade de início do abuso, forma de abuso (presença ou não de estupro), experiência de abrigo, criminalização do agressor, persistência de crenças de culpa e ansiedade frente às técnicas de inoculação do estresse foram fatores que influenciaram no processo terapêutico e se relacionaram com as diferentes respostas à grupoterapia dos casos de Ana e Carol.

A heterogeneidade da amostra, incluindo meninas com diferentes histórias e severidade de abuso sexual foi propositalmente assumida, mesmo representando um desafio para explicar os resultados da pesquisa. O objetivo foi avaliar a efetividade do modelo de grupoterapia e por essa razão, este foi aplicado em um *setting* e condições semelhantes ao “mundo real”. Os estudos de efetividade apresentam como vantagem a generalização dos resultados, uma vez que estes buscam reproduzir ao máximo as condições de atendimento encontradas na rotina dos psicoterapeutas, tendo maior utilidade no campo da saúde pública e da clínica (Coutinho, Huf, & Bloch, 2003).

A partir desta avaliação do processo pode-se inferir que o modelo pode gerar diferentes resultados em diferentes meninas vítimas de abuso sexual. Neste estudo exploramos apenas dois dos 49 casos atendidos, que apresentaram suas peculiaridades e responderam diferentemente ao modelo de grupoterapia. O modelo avaliado mostrou-se efetivo para a maioria da amostra investigada. Contudo, pode não ser apropriado para todas as

meninas vítimas de abuso sexual. Os protocolos de intervenção são ferramentas para orientar o trabalho do psicoterapeuta, mas devem ser adequados aos casos particulares quando necessário. Nenhum tratamento é efetivo para todos os casos e quando a resposta ao tratamento não é positiva, deve-se incluir outras estratégias de intervenção. Em casos como o de Carol a realização de sessões individuais concomitantes ou após a grupoterapia ou ainda um número maior de sessões de grupo podem ser necessários para garantir melhores resultados. Carol demonstrou necessitar mais tempo de acompanhamento para apresentar melhora clínica, conforme verificado após um ano da grupoterapia, quando já não apresentava critérios diagnósticos para TEPT e indicadores de depressão. O número adequado de sessões para o tratamento de vítimas de abuso sexual é ainda um fator a ser pesquisado. Além disso, a combinação com tratamentos psicofarmacológicos podem potencializar os efeitos da grupoterapia. Neste estudo as meninas não utilizaram psicofármacos devido à dificuldade de acesso a avaliação e acompanhamento psiquiátrico na rede. Além disso, devem ser considerados aspectos intrínsecos do indivíduo, tais como temperamento e recursos internos para lidar com eventos estressores que interferem na resposta à intervenção psicoterapêutica; características do terapeuta e da relação paciente-terapeuta (Kazdin, 2007).

As atividades e técnicas do modelo de grupoterapia proposto neste estudo foram definidas considerando temas gerais relacionados ao abuso, bem como sintomas freqüentemente apresentados por vítimas de abuso sexual. Contudo, certamente não esgotam questões individuais que devem ser consideradas para efetividade do tratamento. Os terapeutas ao adotarem este modelo de grupoterapia devem avaliar a necessidade de acompanhamento psiquiátrico das participantes do grupo, bem como a necessidade de sessões adicionais individuais ou em grupo para abordar questões emergenciais não contempladas nas 16 sessões previstas. Os resultados desta grupoterapia podem ainda ser potencializados por intervenções focais com os cuidadores, visando a fortalecer o vínculo afetivo com a criança, aprender comportamentos protetivos, dar credibilidade às crianças e melhorar a comunicação, e conhecer aspectos desenvolvimentais de crianças e adolescentes.

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O abuso sexual contra crianças e adolescentes é um grave problema de saúde mental e envolve aspectos médicos, legais e sociais que devem ser considerados para a compreensão do problema. Essa forma de violência pode gerar prejuízos para o desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental das vítimas e desencadear sintomas psicopatológicos. As conseqüências negativas do abuso sexual podem perdurar por todo o ciclo de vida do indivíduo. A avaliação e a intervenção psicológica é um dos cuidados necessários que pode contribuir para minimizar os efeitos do abuso sexual no desenvolvimento de crianças e adolescentes. A criação de intervenções psicológicas efetivas e a constante avaliação de seus resultados é um desafio para clínicos e pesquisadores da Psicologia, devido à complexidade do fenômeno, considerando sua dinâmica e a variação de sintomas e alterações comportamentais que o abuso sexual pode ocasionar. Os estudos sobre efetividade de modelos de intervenção para vítimas de abuso sexual devem considerar a heterogeneidade da amostra, que pode apresentar diferenças como idade, gênero, tempo de exposição ao abuso e severidade deste, assim como a dificuldade para controlar outros eventos da vida da criança ou adolescente e que podem interferir nos resultados, tais como abrigo, criminalização do agressor, outras formas de violência na família, reações da família e funcionamento da rede de atendimento. Dentre as abordagens e modalidades de tratamento, a terapia cognitivo comportamental e a modalidade grupal têm demonstrado efetividade no tratamento de crianças e adolescentes sexualmente vitimizados.

O presente estudo avaliou o impacto e o processo de um modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar e extrafamiliar. O Estudo I avaliou o impacto desta intervenção e identificou que a grupoterapia foi efetiva, reduzindo sintomas de depressão, ansiedade, *stress*, transtorno do estresse pós-traumático e contribuiu para a alteração de crenças disfuncionais de culpa e diferença em relação ao pares. Tais resultados foram mantidos nos 12 meses após a intervenção, com exceção das percepções de diferença em relação ao pares que manteve-se nos seis primeiros meses após a grupoterapia. A comparação de grupos de participantes em lista de espera para atendimento com participantes que foram imediatamente atendidas após a revelação não apontou diferenças nos sintomas avaliados, sugerindo que a passagem do tempo não contribuiu para a redução destes. Além disso, fatores preditores da resposta à grupoterapia foram identificados, apontando que a idade de início do abuso, a forma da violência (com ou sem estupro) e os

sintomas de revivência do TEPT antes da intervenção estão relacionados com a melhor ou pior resposta ao modelo testado.

O Estudo II avaliou qualitativamente o processo a partir de dois casos clínicos que tiveram diferentes respostas à grupoterapia (positiva e negativa) e os resultados sugeriram que os preditores idade de início do abuso e a forma da violência identificados no Estudo I foram aspectos que diferenciaram os casos clínicos analisados. Além destes fatores, identificou-se que o abrigo, a criminalização do agressor, a rigidez em crenças e percepções de culpa e a resposta à técnica de treino de inoculação do estresse foram mediadores das diferentes respostas à grupoterapia apresentadas pelos dois casos. O processo indicou a importância do estabelecimento de uma relação terapêutica segura, baseada na confiança, para o processo de mudança e aderência ao tratamento.

As principais limitações deste estudo foram: 1) ausência de grupo de lista de espera, que não foi estabelecido em função de aspectos éticos e pelos resultados de estudo de meta-análise que apontou que qualquer intervenção para vítimas de abuso sexual é melhor do que nenhuma intervenção (Hetzl-Riggin, Brausch, & Montgomery, 2007); 2) ausência de outras fontes de informação sobre as mudanças apresentadas pelas crianças, como instrumentos aplicados aos cuidadores; e 3) os encontros mensais durante o *follow up* que podem ter gerado interferência nos resultados, apesar das técnicas cognitivo-comportamentais não terem sido utilizadas.

A efetividade deste modelo para a amostra que participou deste estudo aponta a importância de avaliar este modelo para meninos vítimas de abuso sexual. Também se fazem necessários estudos para avaliar intervenções com os cuidadores não-abusivos. Além disso, a capacitação de profissionais que atuam nos serviços públicos e que prestam acompanhamento psicológico para vítimas de abuso sexual é fundamental. O modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental avaliado neste estudo pode ser uma estratégia com boa relação custo-efetividade para atendimento às vítimas de abuso sexual oferecido pela rede de saúde pública ou assistência social.

REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA) (2007). *Relatório do sistema nacional de combate a exploração infanto-juvenil*. Rio de Janeiro: ABRAPIA.
- Aded, N. L. O., Dalcin, B. L. G. S., Moraes, T. M., & Cavalcanti, M. T. (2006). Abuso sexual em crianças e adolescentes: Revisão de 100 anos de literatura. *Psiquiatria Clínica*, 33(4), 204-213.
- Amazarray, M. R., & Koller, S. H. (1998). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 11(3), 546-555.
- Antônio, I. P. (2002). Posicionamento ético dos psicólogos no atendimento dos casos de crianças e adolescentes vitimizados. In D. C. A. Ferrari & T. C. C. Vecina (Eds.), *O fim do silêncio na violência familiar* (pp. 213-216). São Paulo: Editora Agora.
- Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática* (S. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1995)
- Beck, A., & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva* (M. C. Monteiro, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas (Original publicado em 1997)
- Biaggio, A. & Spielberger, C. D. (1983). *Inventário de ansiedade traço-estado-Idate-C Manual*. Rio de Janeiro: CEPA.
- Borges, J. L. & Dell’Aglío, D. D. (2008). Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 371-379.
- Brasil (1990). *Diário Oficial da União*. Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Brasília, DF.
- Braun, S. (2002). *A violência sexual infantil na família: do silêncio à revelação do segredo*. Porto Alegre: Age.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1205-1222.
- Brito, R. C., & Koller, S. H. (1999). Redes de apoio social e afetivo e desenvolvimento. In A. M. Carvalho (Ed.), *O mundo social da criança: natureza e cultura em ação* (pp. 115-130). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bryant, R. A. (2000). Cognitive behavioral therapy of violence-related posttraumatic stress disorders. *Aggression and Violent Behavior*, 5(1), 79-97.

- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*, 17-31.
- Carrion, V. G., Weems, C. F., Ray, R., & Reiss, A. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: The phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(2), 166-173.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T., Mill, J., Martin, J., Craig, I, Taylor, A., & Poulton, R. (2002). Evidence that the cycle of violence in maltreated children depends on genotype. *Science, 297*, 851-854.
- Celano, M. Hazzard, A. Campbell, S. K., & Lang, C. B. (2002). Attribution retraining with sexually abused children: Review of techniques. *Child Maltreatment, 7*(1), 64-75.
- Cloitre, M., Cohen, L. R., Koenen, K., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(5), 1067-1074.
- Cohen, C. (1997), O incesto. In M. A. Azevedo & V. N. A. Guerra (Eds.), *Infância e violência doméstica: Fronteiras do conhecimento* (pp. 212-225). São Paulo: Editora Cortez.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2000a). Incest. In R. J. Ammerman & H. Hersen (Eds.), *Cases studies in family violence* (pp.209-229). New York: Kluwer Academic/ Plinim.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2000b). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect, 24*(7), 983-994.
- Cohen, J. A, Mannarino, A. P., & Rogal, S. (2001). Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect, 25*, 123-135.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2002). Addressing attributions in treating abused children. *Child Maltreatment, 7*(1), 81-84.
- Cohen, J. A. (2003). Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. *Society of Biological Psychiatry, 53*, 827-833.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial of children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(4), 393-402.

- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: One year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29, 135-145.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, V. R., & Curry, J. (2004). Cognitive behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: An evidence-based medicine review. *Journal American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 930-959.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). Resolução para pesquisa com seres humanos. Resolução n. 016/2000, Brasília.
- Conselho Federal de Psicologia (2005). Código de ética profissional do psicólogo. Resolução n. 010/05, Brasília.
- Cordioli, A. (2003). Carta aos editores. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 56-58.
- Costa, M. C. O., Carvalho, R. C., Santa Bárbara, J. F. R., Santos, C. A., Gomes, W. A., Sousa, H. L. (2007). O perfil da violência contra crianças e adolescentes segundo registro dos Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações da violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5), 1129-1141.
- Coutinho, E. S. F., Huf, G., & Bloch, K. V. (2003). Ensaio clínico pragmático: Uma opção na construção de evidências em saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 19(4), 1189-1193.
- Cyr, M., Wright, J., McDuff, P., & Perron, A. (2002). Intrafamilial sexual abuse: brother-sister incest does not differ from father-daughter and stepfather-stepdaughter incest. *Child Abuse & Neglect*, 26, 957-973.
- Daignault, I. V. & Hébert, M. (2009). Profiles of school adaptation: Social, behavioral and academic functioning in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 33, 102-115.
- Danielson, C. K., Arellano, M. A., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., & Resnick, H. S. (2005). Child maltreatment in depressed adolescents: Differences in symptomatology based on history of abuse. *Child Maltreatment*, 10(1), 37-48.
- Dattilio, F. M., & Freeman, A. (1995). *Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises: tópicos especiais* (M. Lopes & M. Carbajal, Trad). São Paulo: Editorial Psy. (Original publicado em 1992)
- De Antoni, C., & Koller, S.H (2001), O psicólogo ecológico no contexto institucional: uma experiência com meninas vítimas de violência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(1), 14-29.
- Deblinger, E., & Heflin, A. H. (1995). Abuso sexual infantil. In F. M. Dattilio & A. Freeman (Eds.), *Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises: tópicos*

- especiais* (pp. 229-253, M. Lopes & M. Carbajal, Trad.). São Paulo: Editorial Psy. (Original publicado em 1992)
- Deblinger, E., Stauffer, L. B., & Steer, R. A. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*, 6(4), 332-343.
- Deffenbacher, J. L. (1996). A inoculação do stress. In V. E. Caballo (Ed.), *Manual para o Tratamento Cognitivo Comportamental dos Transtornos Psicológicos* (pp. 557-580). São Paulo: Santos.
- Del Ben, C. M., Vilela, J. A., Crippa, J.A., Hallak, J. E., Labate, C. M., & Zuardi, A. W. (2001). Confiabilidade da entrevista estruturada para o DSM-IV - versão clínica traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 156-159.
- De Lorenzi, D. R. S., Pontalti, L., & Flech, R. M. (2001). Maus tratos na infância e adolescência: análise de 100 casos. *Revista Científica da AMECS*, 10(1), 47-52.
- DeVoe, E. R., & Faller, K. C. (1999). The characteristics of disclosure among children who may have been sexually abused. *Child Maltreatment*, 4(3), 217-227.
- Dobson: K. (2006). *Manual de terapias cognitivo-comportamentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Dong, M. Anda, R. F. Dube, S. R. Giles, W. H., & Felitti, V. J. (2003). The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect and household dysfunction during childhood. *Child Abuse & Neglect*, 27, 625-639.
- Duarte, J. C., & Arboleda, M. R. C. (2004). Sintomatologia, avaliação e tratamento do abuso sexual infantil. In V. Caballo (Ed.), *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente: Transtornos Gerais* (pp.293-321). São Paulo: Santos.
- Edwards, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D. F, Felitti, V. J, Williamson, D. F., & Wright, J. A. (2001). Bias assessment for child abuse survey: Factors affecting probability of response to a survey about childhood abuse. *Child Abuse & Neglect*, 25, 307-312.
- Elliott, A. N., & Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child Maltreatment*, 6(4), 314-331.
- Feiring, C., Rosenthal, S., & Taska, L. (2000). Stigmatization and the development of friendship and romantic relationships in adolescent victims of sexual abuse. *Child Maltreatment*, 5(4), 311-322.
- Feiring, C.,Taska, L., & Chen, K. (2002). Trying to understand why horrible things happen: Attribution, shame and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7(1), 25-39.
- Feiring, C., & Taska, L., (2005). The persistence of shame following sexual abuse: A longitudinal look at risk and recovery. *Child Maltreatment*, 10(4), 337-349.

- Ferreira, A. L., & Schramm, F. R. (2000). Implicações éticas da violência doméstica contra criança para profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 34(6), 659-665.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(5), 409-417.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and Youth: A comprehensive, national survey. *Child Maltreatment*, 10(1), 5-25.
- Finkelhor, D. & Jones, L. M. (2006). Why have child maltreatment and child victimization declined? *Journal of Social Issues*, 62(4), 685-716.
- Fromer, L. (2002). O abrigo: uma interface no atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência intrafamiliar. In D.C.A. Ferrari & T.C.C. Vecina (Eds.), *O fim do silêncio na violência familiar* (pp. 311-315). São Paulo: Ágora.
- Furniss, T. (1993). *Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gabel, M. (1997). *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo: Summus.
- Garbarino, J., & Scott, F. M. (1992). *What children can tell us: Eliciting, interpreting and evaluating critical information from children*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Glodich, A. & Allen, J. G. (1998). Adolescents exposed to violence and abuse: A review of the group therapy literature with an emphasis on preventing trauma reenactment. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 8(3), 135-154.
- Gold, S. N., Hyman, S. M., & Andrés-Hyman, R. C. (2004). Family of origin environments in two clinical samples of survivors of intra-familial, extra-familial and both types of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 28, 1199-1212.
- Gomes, R., Junqueira, M. F. P., Silva, C. O., & Junger, W. L (2002). A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2), 275-283.
- Gonçalves, H. S., & Ferreira, A. L. (2002). A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 18(1), 315-319.
- Goodman-Brown, T. B., Edelstein, R. S., Goodman, G. S., Jones, D. P. H., & Gordon, D. S. (2003). Why children tell: A model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27, 525-540.
- Habigzang, L.F., & Caminha, R.M. (2004). *Abuso sexual contra crianças e adolescentes: conceituação e intervenção clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Habigzang, L. F., Koller, S. H., Azevedo, G. A., & Machado, P. X. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 21*(3), 341-348.
- Habigzang, L. F. (2006). *Avaliação e intervenção clínica para meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS.
- Habigzang, L. F., Azevedo, G. A., Koller, S. H., & Machado, P. X. (2006). Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicologia: Reflexão & Crítica, 19*(3), 379-386.
- Habigzang, L. F., Hatzenberger, R., Dala Corte, F., Stroehler, F., & Koller, S. H. (2006). Grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual: Descrição de um modelo de intervenção. *Psicologia Clínica, 18*(2), 163-182.
- Habigzang, L. F. & Koller, S. H. (2006). Terapia cognitivo-comportamental e promoção de resiliência para meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar. In S. H. Koller, D. D. Dell'Aglio & M. A. M. Yunes (Eds.), *Psicologia positiva e resiliência: Teoria e pesquisa no Brasil* (pp. 233-258). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Habigzang, L. F., Stroehler, F., Dala Corte, F., Hatzenberger, R., Cunha, R. C., Ramos, M., & Koller, S. H. (2007). Integrando os cuidadores, a rede e os terapeutas: Potencializando a melhora clínica de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. In: M. L. P. Leal & R. M. C. Libório (Eds.), *Tráfico de pessoas e violência sexual*. Brasília: Violes.
- Habigzang, L. F., Dala Corte, F., Stroehler, F., Hatzenberger, R., & Koller, S. H. (2008a). Avaliação do efeito de um modelo de intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual. *Psicologia Teoria e Pesquisa, 24*, 067-076.
- Habigzang, L. F., Koller, S. H., Hatzenberger, R., Stroehler, F., Cunha, R. C., & Ramos, M. (2008b). Entrevista clínica com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estudos em Psicologia, 13*(3), 285-292.
- Habigzang, L. F., Borges, J. L., Dell'Aglio, D. D., & Koller, S. H. (submetido). Caracterização dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual. *Psicologia Clínica*.
- Haugaard, J. J. (2003). Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: Introduction. *Child Maltreatment, 9*(2), 123-130.

- Hayde, C., Bentovim, A., & Monck, E. (1995). Some clinical and methodological implications of a treatment outcome study of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect, 19*(11), 1387-1399.
- Heflin, A. H., & Deblinger, E. (1999). Tratamento de um adolescente sobrevivente de abuso sexual na infância. In M. Reinecke, F. Dattilio, & A. Freeman (Eds.), *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: manual para a prática clínica* (pp.161-178, M. R. Hofmeister, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1996).
- Hetzl-Riggin, M. D., Brausch, A. M., & Montgomery, B. S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse & Neglect, 31*, 125-141.
- Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect, 32*, 797-810.
- Honor, G. (in press). Child sexual abuse: Consequences and implications. *Journal Pediatric Health Care*. DOI: 10.1016/j.pedhc.2009.07.003.
- Horowitz, L. A., Putnam, F. W., Noll, J. G., & Trickett, P. K. (1997). Factors affecting utilization of treatment services by sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect, 21*(1), 35-48.
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D., Hearst, N., Newman, T. B. (2003). *Delineando a pesquisa clínica: Uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Jones, L. M., Finkelhor, D., & Kopiec, K. (2001). Why is sexual abuse declining? A survey of state child protection administrators. *Child Abuse & Neglect, 25*, 1139-1158.
- Jones, L. M. & Finkelhor, D. (2003). Putting together evidence on declining trends in sexual abuse: A complex puzzle. *Child Abuse & Neglect, 27*, 133-135.
- Jonzon, E., & Lindblad, F. (2004). Disclosure, reactions and social support: Findings from a sample of adult victims of child sexual abuse. *Child Maltreatment, 9*(2), 190-200.
- Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1-27.
- Kessler, M.R. H., White, M. B. & Nelson, B. S. (2003). Group treatments for women sexually abused as children: A review of the literature and recommendations for future outcome research. *Child Abuse & Neglect, 27*, 1045-1061.
- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1962). The battered-child syndrome. *JAMA, 181*, 17-24.

- Knapp, P. (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Knell, S. M., & Ruma, C. D. (1999). Terapia do jogo com crianças sexualmente abusadas. In M. Reinecke, F. Dattilio, & A. Freeman (Eds.), *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: manual para a prática clínica* (pp.277-295, M. R. Hofmeister, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1996)
- Koller, S. H. (1999). Violência doméstica: Uma visão ecológica. In AMENCAR (Ed.), *Violência doméstica* (pp.32-42). Brasília: UNICEF.
- Koller, S. H., & De Antoni, C. (2004). Violência intrafamiliar: Uma visão ecológica. In S. H. Koller (Ed.), *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp.293-310). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Koller, S. H., Moraes, N. A., & Cerqueira-Santos, E. (2005). *Perpetradores de abuso sexual: um estudo com caminhoneiros*. Relatório Técnico de Pesquisa. World Childhood Foundation, Porto Alegre, RS.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Kristensen, C. H. (1996). *Abuso sexual em meninos*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS.
- Kristensen, C. H. (2005). *Estresse pós-traumático: Sintomatologia e funcionamento cognitivo*. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: UFRGS.
- Kruczek, T., & Vitanza, S. (1999). Treatment effects with an adolescents abuse survivor's group. *Child Abuse & Neglect*, 23(5), 477-485.
- Lanktree, C. B., & Briere, J. (1995). Outcome of therapy for sexually abused children: A repeated measures study. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1145-1155.
- Libório, R. M. C. (2005). Adolescentes em situação de prostituição: Uma análise sobre a exploração sexual comercial na sociedade contemporânea. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18(3), 413-420.
- Lisboa, C. S. M., & Koller, S. H. (2002). Considerações éticas na pesquisa e intervenção sobre violência doméstica. In C. Hutz (Ed.), *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção* (pp.186-212). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lisboa, C., Habigzang, L. F., & Koller, S. H., (2008). Ética em temas delicados: Pesquisas em psicologia com crianças e adolescentes e violência doméstica. In I. C. Z. Guerriero, M. L.

- S. Shimidt, & F. Zicher (Eds.), *Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde* (pp.176-192). São Paulo: Hucitec.
- Lipp, M. E., & Lucarelli, M. D. M. (1998). *Escala de stress infantil – ESI: Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lynch, M. A., Glaser, D., Prior, V., & Inwood, V. (1999). Following up children who have been abused: Ethical considerations for research design. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 4(20), 68-75.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29, 647-657.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Berman, S. R. (1994). The children's attributions and perceptions scale: A new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(2), 204-211.
- Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais*, 4ª ed. revisada. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mayer, L. R. (2002). *Rede de apoio social e representação mental das relações de apego de meninas vítimas de violência doméstica*. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: UFRGS.
- McCrone, P., Weeramanthri, T., Knapp, M., Rushton, A., Trowell, J., Miles, G., & Kolvin, I. (2005). Cost-effectiveness of individual versus group psychotherapy for sexually abused girls. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(1), 26-31.
- McGain, B., & McKinzey, R. K. (1995). The efficacy of group treatment in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1157-1169.
- Ministério da Saúde (1996). *Informe Epidemiológico do SUS*. Resolução 196/96, Suplemento 3, Ano V, n. 2. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.
- Ministério da Saúde (2002). *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: Um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde.
- Moraes, N. A., & Koller, S. (2004). Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: Ênfase na saúde. In S. Koller (Ed.), *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp.91-107). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Mullen, P. E., Martin, J. L., Andreson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect*, 20(1), 7-21.
- Muthi, M. & Espelage, D. L. (2005). Childhood sexual abuse, social support, and psychological outcomes: A loss framework. *Child Abuse Neglect*, 29, 1215-1231.
- Oliveira, M. S., & Flores, R. Z. (1999). Violência contra crianças e adolescentes na grande Porto Alegre. In AMENCAR (Ed.), *Violência doméstica* (pp. 71-86). Brasília: UNICEF.
- Padilha, M. G. S. & Gomide, P. I. C. (2004). Descrição de um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 53-61.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*, 33, 331-342.
- Perrin, S., Smith, P., & Yule, W. (2000). Practitioner review: The assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(3), 277-289.
- Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Bizarro, L. A. (no prelo). Avaliação de Processo e Resultado em Psicoterapias: Uma revisão. *Psicologia em Estudo*.
- Pfeiffer, L. & Salvagni, E. P. (2005). Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 81(5), 197-204.
- Rodrigues, J. L., Brino, R. F., & Williams, L. C. A. (2006). Concepções de sexualidade entre crianças e adolescentes com e sem histórico de violência sexual. *Paidéia*, 16(34), 229-240.
- Romero, S., Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, T., Goldstein, B., Gill, M. K., Iosif, A. M., Strober, M. A., Hunt, J., Esposito-Smythers, C., Ryan, N. D., Leonard, H., & Keller, M. (2009). Prevalence and correlates of physical and sexual abuse in children and adolescents with bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 112, 144-150.
- Rouyer, M. (1997). As crianças vítimas, conseqüências a curto e médio prazo. In M. Gabel (Ed.), *Crianças vítimas de abuso sexual* (pp. 62-90). São Paulo: Summus.
- Runyon, M. K., & Kenny, M. C. (2002). Relationship of attributional style, depression and post trauma distress among children who suffered physical or sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7(3), 254-264.
- Safran, J. D. (2002). *Ampliando os limites da terapia cognitiva: O relacionamento terapêutico, a emoção e o processo de mudança*. Porto Alegre: Artmed.

- Sanderson, C. (2005). *Abuso sexual em crianças: fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais*. São Paulo: M. Books do Brasil.
- Sant'Anna, P. A., & Baima, A. P. S. (2008). Indicadores clínicos em psicoterapia com mulheres vítimas de abuso sexual. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28(4), 728-741.
- Santos, S. S. & Dell'Aglio, D. D. (2008). Compreendendo as mães das vítimas de abuso sexual: Ciclos de violência. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 595-606.
- Santos, S. S. & Dell'Aglio, D. D. (2009). Revelação do abuso sexual infantil: Reações maternas. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 25(1), 085-092.
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Cohen, J. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55(9), 1040-1049.
- Shipman, K., Zeman, J., Fitzgerald, M., & Swisher, L. M. (2003). Regulating emotion in parent-child and peer relationships: A comparison of sexually maltreated and nonmaltreated girls. *Child Maltreatment*, 8(3), 163-172.
- Shipman, K., & Taussig, H. (2009). Mental health treatment of child abuse and neglect: The promise of evidence-based practice. *Pediatric Clinics of North America*, 56(2), 417-428.
- Silvares, E. F. M., & Gongora, M. A. N. (1998). *Psicologia clínica comportamental: A inserção da entrevista com adultos e crianças*. São Paulo: Edicon
- Siqueira, A. C., Betts, M. K., & Dell'Aglio, D. D. (2006). A rede de apoio social e afetivo de adolescentes institucionalizados no Sul do Brasil. *Interamerican Journal of Psychology*, 40, 149-158.
- Smith, E. R. (1996). Psicoterapia de grupo com crianças sexualmente abusadas. In H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (Eds.), *Compêndio de psicoterapia de grupo* (pp.441-457, J. O. A. Abreu & D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1993).
- Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J., & Cross, H. (2003). Psychological sequelae of childhood sexual abuse: Abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse & Neglect*, 28,785-801.
- Swanston, H. Y., Parkinson, P. N., O'Toole, B. I., Plunkett, A. M., Shrimpton, S., & Oates, R. K. (2003). Juvenile crime, aggression and delinquency after sexual abuse. *British Journal of Criminology*, 43, 729-749.
- The Metropolitan Toronto Special Committee on Child Abuse (1995). *Child Sexual Abuse Protocol* (3rd. ed.). Toronto: Author.
- Thomas, M., Eckenrode, J., & Garbarino, J. (1997). Family sexual abuse. In J. Garbarino, & J. Eckenrode (Eds.), *Understanding abusive families: An ecological approach to theory and practice* (pp.114-130). San Francisco: Jossey-Bass.

- Ullman, S. E. & Filipas, H. H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29, 767- 782.
- Valle, A. L., & Silovsky, J. F. (2002). Attributions and adjustment following child sexual and physical abuse. *Child Maltreatment*, 7(1), 9-24.
- Vera, M. N., & Vila, J. (1996). Técnicas de relaxamento. In V. E. Caballo (Ed.), *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento* (pp. 147-166). São Paulo: Santos.
- Wathier, J. L., Dell’Aglia, D. D., & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do inventário de depressão infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84.
- World Health Organization (1999). Child Maltreatment. Disponível em http://www.who.int/topics/child_abuse/en/, acessado em novembro de 2009.
- Yunes, M. A. M., & Szymanski, H. (2001). Resiliência: Noção, conceitos afins e considerações críticas. In I. J. Tavares (Ed.), *Resiliência e educação* (pp.13-42). São Paulo: Cortez.
- Zavaschi, M. L. S., Telebom, M., Gazal, C. H., & Shansis, F. M. (1991). Abuso sexual na infância: um desafio terapêutico. *Revista de Psiquiatria/RS*, 13(3), 136-145.

ANEXOS

Anexo A

Entrevista com Crianças ou Adolescentes Vítimas de Abuso Sexual

Adaptação da entrevista proposta por The Metropolitan Toronto Special Committee on Child Abuse (1995), traduzida para o português por Kristensen (1996).

Início – Rapport

1. Como é todo seu nome?
2. Meu nome é....Sou psicóloga. Você já conversou com uma psicóloga antes? Sabe o que uma psicóloga faz?

Breve explicação sobre o trabalho do psicólogo

Questões gerais

3. Quantos anos você tem?
4. Com quem você mora?
5. Você estuda?
6. Em que série você está?
7. Você tem amigos na escola? E perto da sua casa?
8. O que você costuma fazer quando não está na escola?
9. Que atividades gosta de fazer?

Pergunta de transição – Agora que já nos conhecemos um pouco, gostaria de saber se você sabe por que está aqui hoje?

Obs. As crianças muitas vezes já introduzem o tema do abuso. Caso digam que não sabem o entrevistador pode apontar o assunto da entrevista. Sugestão “eu soube que você teve alguns problemas na sua família (caso seja intrafamiliar) e eu gostaria de saber de ti o que foi que aconteceu. Será que podemos conversar um pouco sobre isso?”

Questões sobre o abuso

Algumas destas questões não precisam ser formuladas porque a criança trás em seu relato livre. Quando conta sobre o abuso e entrevistador pode dizer “Isso que você está me contando tem um nome. Chama-se abuso sexual. Eu preciso conhecer um pouco dessa história”.

4. Como acontecia o abuso? (aqui investigar quem, onde, rituais de entrada e saída)
5. Os abusos deixaram de acontecer ou ainda acontecem?
6. Que idade você tinha quando o abuso aconteceu pela primeira vez?
7. Que idade você tinha quando o abuso deixou de acontecer?
6. O abuso aconteceu mais de uma vez?
7. Você contou que isso estava acontecendo para alguém?
8. Para quem você contou?
10. Você sofreu algum tipo de ameaça para não contar sobre o abuso?
11. Fulano(nome do agressor) alguma vez bateu em você ou te xingou?
12. E o que aconteceu depois que você contou sobre o abuso?
13. Como sua família reagiu/o que ela fez depois que você contou sobre o abuso?
14. Você foi à delegacia ou ao Conselho Tutelar falar sobre o abuso?
15. Me conta como foi ir a estes lugares.
16. E o que aconteceu depois?
17. Como está sua vida agora?

Questões finais

- 1) Eu gostaria de te agradecer por ter confiado em mim para contar sua história. Sei o quanto é difícil falar sobre isso.
- 2) Gostaria que soubesses que acredito em tudo o que me falaste e que farei o que estiver ao meu alcance para te ajudar. A partir de agora tu podes contar comigo (dar telefone pessoal ou do local de trabalho para que o entrevistado possa fazer contato, caso necessite).
- 3) Eu já conversei com outras pessoas que passaram por experiências parecidas com a tua e algumas me disseram que sentem culpa pelo que aconteceu. Você se sente culpado?
- 4) Explicar que o responsável pelo abuso é o adulto que tem condições de avaliar o que é certo e errado. Apontar que o entrevistado não tem culpa pelo acontecido.
- 5) Eu gostaria de saber como você está se sentindo agora depois de ter me contado sobre o abuso (certificar-se se a criança está bem para encerrar a entrevista).

Observações:

Não prometer sigilo sobre as informações.

Ser empático com o sofrimento da criança. Cuidado para não perguntar detalhes desnecessários sobre o abuso que podem tornar a entrevista abusiva.

Oferecer para as crianças com dificuldades para o relato oral, bonecos ou material de desenho para que possa encenar, ou escrever e desenhar a situação de abuso.

O entrevistador pode facilitar o relato das crianças com resistentes a falar sobre o abuso, contando sobre sua experiência em atender essas situações, dizendo “eu já ouvi histórias muito parecidas com o que aconteceu contigo e sei que é difícil falar. Sei que algumas pessoas sentem vergonha e tristeza quando precisam contar sobre isso. Você está se sentindo assim? Quero te dizer que este é um espaço seguro para conversarmos sobre o que aconteceu e que a forma que tenho de poder te ajudar é tu me contando sobre isso. Vamos tentar? Eu vou te fazendo umas perguntas e tu vai tentando responder. Não precisa ter vergonha”.

ANEXO B

Escala de Atribuições e Percepções de Crianças (CAPS)

Autores: Mannarino, Cohen & Berman (1994)

Traduzido e adaptado para o Português por Habigzang & Koller

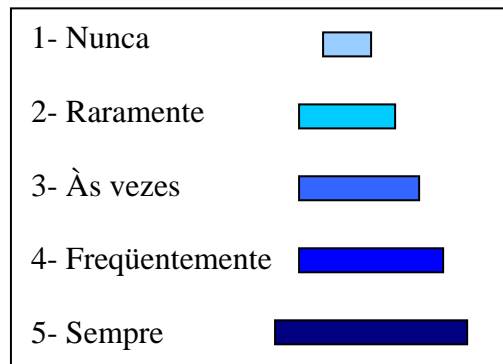
Nome: _____

Idade: _____

Data: _____

Instruções dadas para a entrevista: Estas questões são sobre algumas coisas que você pode ter sentido nos últimos seis meses. Não existem respostas certas ou erradas.

Para o entrevistador: Explique cuidadosamente os valores da escala para a criança.



_____ 1. Você alguma vez já se sentiu com uma idade diferente da sua (mais velha ou mais jovem do que você é)?

_____ 2. Você pensa que as pessoas tratam você como se você fosse mais velha do que realmente é?

_____ 3. Você se sente diferente de outras meninas/meninos da sua idade?

_____ 4. Você age diferente das outras meninas/meninos da sua idade?

_____ 5. Você sente que faz coisas ruins acontecerem para outras pessoas?

_____ 6. Se alguma coisa ruim acontece, você pensa que a culpa é sua?

_____ 7. Você se culpa quando as coisas dão errado?

_____ 8. Você sente que faz ou diz coisas que causam problemas para outras pessoas?

_____ 9. Você pensa que as pessoas acreditam em você quando você conta a elas alguma coisa?

- _____ 10. Alguma vez as pessoas sentiram que você não estava contando a verdade sobre algo?
- _____ 11. Alguma vez as pessoas sentiram que você fantasiou ou imaginou alguma coisa que na verdade ocorreu?
- _____ 12. Alguma vez as pessoas duvidaram do que você estava lhes contando?
- _____ 13. Alguma vez as pessoas o acusaram de mentir?
- _____ 14. Você alguma vez já sentiu que é difícil confiar em outras pessoas (que não são seus amigos)?
- _____ 15. Você alguma vez já sentiu que não pode contar com ninguém?
- _____ 16. Você alguma vez já sentiu que não pode confiar em seus amigos ou membros da sua família?
- _____ 17. Você sente que confiar nas pessoas pode ser arriscado?
- _____ 18. Você alguma vez já sentiu que as pessoas nas quais você confia fizeram coisas para te prejudicar?

ANEXO C

Inventário de Depressão Infantil (CDI)

Nome: _____

Sexo: () M () F Idade: _____ anos

Por favor, responda aos itens assinalando com um “X” a opção que você julga ser a mais apropriada. Nenhuma opção é certa ou errada. Depende realmente de como você se sente, do que você realmente acha.

Veja o seguinte exemplo:

- 00 - () Eu sempre vou ao cinema
 () Eu vou ao cinema de vez em quando
 () Eu nunca vou ao cinema

Se você vai muito ao cinema, deve marcar com um “X” a primeira alternativa. Se você vai ao cinema de vez em quando, deve marcar a segunda alternativa. Se é muito raro você ir ao cinema, marque a terceira alternativa. **Marque só uma alternativa em cada questão.**

Se você tem alguma dúvida, pergunte agora. Caso contrário, vire a página e comece a responder.

Seja sincero(a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

- 1 - () Eu fico triste de vez em quando
 () Eu fico triste muitas vezes
 () Eu estou sempre triste
- 02 - () Para mim tudo se resolverá bem
 () Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim
 () Nada vai dar certo para mim
- 03 - () Eu faço bem a maioria das coisas
 () Eu faço errado a maioria das coisas
 () Eu faço tudo errado
- 04 - () Eu me divirto com muitas coisas
 () Eu me divirto com algumas coisas
 () Nada é divertido para mim
- 05 - () Eu sou mau (má) de vez em quando
 () Eu sou mau (má) com frequência
 () Eu sou sempre mau (má)
- 06 - () De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer
 () Eu temo que coisas ruins me aconteçam
 () Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão

- 07 - Eu gosto de mim mesmo
 Eu não gosto muito de mim
 Eu me odeio
- 08 - Normalmente, eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem
 Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa
 Tudo de mau que acontece é por minha culpa
- 09 - Eu não penso em me matar
 Eu penso em me matar
 Eu quero me matar
- 10 - Eu sinto vontade de chorar de vez em quando
 Eu sinto vontade de chorar freqüentemente
 Eu sinto vontade de chorar diariamente
- 11 - Eu me sinto preocupado de vez em quando
 Eu me sinto preocupado freqüentemente
 Eu me sinto sempre preocupado
- 12 - Eu gosto de estar com pessoas
 Freqüentemente, eu não gosto de estar com pessoas
 Eu não gosto de estar com pessoas
- 13 - Eu tomo decisões facilmente
 É difícil para mim tomar decisões
 Eu não consigo tomar decisões
- 14 - Eu tenho boa aparência
 Minha aparência tem alguns aspectos negativos
 Eu sou feio (feia)
- 15 - Fazer os deveres de casa não é um grande problema para mim
 Com freqüência eu tenho que ser pressionado para fazer os deveres de casa
 Eu tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa
- 16 - Eu durmo bem à noite
 Eu tenho dificuldade para dormir algumas noites
 Eu tenho sempre dificuldades para dormir à noite
- 17 - Eu me canso de vez em quando
 Eu me canso freqüentemente
 Eu estou sempre cansado (cansada)
- 18 - Eu como bem
 Alguns dias eu não tenho vontade de comer
 Quase sempre eu não tenho vontade de comer

- 19 - Eu não temo sentir dor nem adoecer
 Eu temo sentir dor e ficar doente
 Eu estou sempre temeroso de sentir dor e ficar doente
- 20 - Eu não me sinto sozinho (sozinha)
 Eu me sinto sozinho (a) muitas vezes
 Eu sempre me sinto sozinho (sozinha)
- 21 - Eu me divirto na escola freqüentemente
 Eu me divirto na escola de vez em quando
 Eu nunca me divirto na escola
- 22 - Eu tenho muitos amigos
 Eu tenho muitos amigos e gostaria de ter mais
 Eu não tenho amigos
- 23 - Meus trabalhos escolares são bons
 Meus trabalhos escolares não são tão bons como eram antes
 Eu tenho me saído mal em matérias em que costumava ser bom (boa)
- 24 - Sou tão bom quanto outras crianças
 Se eu quiser, posso ser tão bom quanto outras crianças
 Não posso ser tão bom quanto outras crianças
- 25 - Eu tenho certeza que sou amado(a) por alguém
 Eu não tenho certeza se alguém me ama
 Ninguém gosta de mim realmente
- 26 - Eu sempre faço o que me mandam
 Eu não faço o que me mandam com freqüência
 Eu nunca faço o que me mandam
- 27 - Eu não me envolvo em brigas
 Eu me envolvo em brigas com freqüência
 Eu estou sempre me envolvendo em brigas

ANEXO D

Inventário de Ansiedade Traço e Estado para Crianças (IDATE-C)



INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO

IDATE – FORMA C

QUESTIONÁRIOS DE AUTO-AVALIAÇÃO

PARTES C-I e C-II

Tradução e Adaptação de ANGELA M. B. BIAGGIO

Nome	Nº
Idadea.....m Data do nascimento/...../.....	Data da Prova/...../19.....
Naturalidade..... Sexo.....	Pontos
Escola	Examinador

INSTRUÇÕES

Nas páginas seguintes há dois Questionários para você responder.

Trata-se de algumas afirmações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais.

Não há respostas certas ou erradas.

Leia com toda atenção cada uma das perguntas da Parte C-I e assinale com um X um dos quadrinhos de cada questão, à direita de cada pergunta, de acordo com a Instrução do alto da página.

Quando terminar, passe para a Parte C-II e proceda do mesmo modo, depois de ler o seu cabeçalho.

NÃO VIRE A PÁGINA ANTES DE RECEBER ORDEM
TRABALHE RÁPIDO POREM SEM PRECIPITAÇÃO

52.01

Direitos reservados – reprodução proibida
Pt.

CEPA - CENTRO DE PSICOLOGIA APLICADA LTDA.
Rua Senador Dantas, 118 – 9º andar
20031 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil

Questionário "Como estou me sentindo"

FORMA C-1

Instruções: Abaixo aparecem várias frases que meninos e meninas usam para indicar como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e decida como você se sente **agora, neste momento**. Ponha um X no quadrinho em frente à palavra ou frase que melhor descreve como você se sente. Não há resposta certa ou errada. Não gaste tempo demais numa frase. Lembre-se, marque a frase que melhor descrever como você se sente **agora, neste momento**.

- 1 -- Eu me sinto **muito calmo**
 Eu me sinto **calmo**
 Eu **não** me sinto calmo
- 2 -- Eu me sinto **muito aborrecido**
 Eu me sinto **aborrecido**
 Eu **não** me sinto aborrecido
- 3 -- Eu me sinto **muito contente**
 Eu me sinto **contente**
 Eu **não** me sinto contente
- 4 -- Eu me sinto **muito nervoso**
 Eu me sinto **nervoso**
 Eu **não** me sinto nervoso
- 5 -- Eu me sinto **muito agitado**
 Eu me sinto **agitado**
 Eu **não** me sinto agitado
- 6 -- Eu me sinto **muito assustado**
 Eu me sinto **assustado**
 Eu **não** me sinto assustado
- 7 -- Eu me sinto **muito descansado**
 Eu me sinto **descansado**
 Eu **não** me sinto descansado
- 8 -- Eu me sinto **muito à vontade**
 Eu me sinto **à vontade**
 Eu **não** me sinto à vontade
- 9 -- Eu me sinto **muito preocupado**
 Eu me sinto **preocupado**
 Eu **não** me sinto preocupado

- 10 — Eu me sinto **muito satisfeito**
Eu me sinto **satisfeito**
Eu **não** me sinto satisfeito
- 11 — Eu me sinto **muito apavorado**
Eu me sinto **apavorado**
Eu **não** me sinto apavorado
- 12 — Eu me sinto **muito feliz**
Eu me sinto **feliz**
Eu **não** me sinto feliz
- 13 — Eu me sinto **muito seguro**
Eu me sinto **seguro**
Eu **não** me sinto seguro
- 14 — Eu me sinto **muito bem-humorado**
Eu me sinto **bem-humorado**
Eu **não** me sinto bem-humorado
- 15 — Eu me sinto **muito perturbado**
Eu me sinto **perturbado**
Eu **não** me sinto perturbado
- 16 — Eu me sinto **muito chateado**
Eu me sinto **chateado**
Eu **não** me sinto chateado
- 17 — Eu me sinto **muito bem**
Eu me sinto **bem**
Eu **não** me sinto bem
- 18 — Eu me sinto com **muito medo**
Eu me sinto com **medo**
Eu **não** me sinto com medo
- 19 — Eu me sinto **muito confuso**
Eu me sinto **confuso**
Eu **não** me sinto confuso
- 20 — Eu me sinto **muito alegre**
Eu me sinto **alegre**
Eu **não** me sinto alegre



Questionário "Como eu geralmente me sinto"

FORMA C-2

Instruções: Abaixo aparecem várias frases que meninos e meninas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase e decida se é verdadeira a respeito de você quase nunca, às vezes ou mais vezes. Ponha um X no quadrinho em frente da palavra que parece descrever você melhor. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste tempo demais em uma frase. Lembre-se, escolha a palavra que parece descrever melhor **como você geralmente se sente**.

- | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 1 -- Eu fico preocupado de não fazer erros
quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 2 -- Tenho vontade de chorar
quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 3 -- Eu me sinto infeliz
quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 4 -- Tenho dificuldade de olhar meus problemas
quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 5 -- Tenho dificuldade de resolver o que é que eu quero
quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 6 -- Eu me preocupo demais
quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 7 -- Eu me aborreço em casa
quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 8 -- Sou tímido
quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 9 -- Eu me sinto perturbado
quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 10 -- Fico pensando em coisas sem importância
quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 11 -- Eu me preocupo com coisas da escola
quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 12 -- Tenho dificuldade para resolver o que vou fazer
quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 13 -- Eu noto que meu coração bate depressa
quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 14 -- Fico com medo mas não digo a ninguém
quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 15 -- Eu me preocupo com meus pais
quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 16 -- Minhas mãos ficam suadas
quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 17 -- Eu fico preocupado com coisas que podem acontecer
quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 18 -- É difícil para mim pegar no sono de noite quando vou para cama
quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 19 -- Fico com dor na barriga quando estou nervoso
quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 20 -- Eu me preocupo com o que os outros acham de mim
quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |

ANEXO E

Entrevista para Avaliação Clínica do Transtorno do Estresse Pós-Traumático

A. Exposição a um evento traumático

1. Durante a vida algumas pessoas passam por situações ruins. Estas situações podem ser: desastre grave, acidente muito sério ou incêndio; ser fisicamente agredido ou abusado sexualmente, ver outra pessoa ser assassinada ou morrer, ser gravemente ferido, ou receber a notícia sobre algo terrível que aconteceu com alguém que é importante para você. Alguma vez na sua vida alguma destas situações aconteceu com você? Quais delas aconteceram? Qual foi a mais difícil para você?

2. Você sentiu muito medo ou teve a sensação de que não poderia fazer nada para mudar o que estava acontecendo?

B. Re-experienciação do evento traumático

1. Você lembra muito do abuso sexual, mesmo quando você não quer lembrar ou pensar sobre ele? Essas lembranças vêm a tua cabeça muitas vezes? Quantas vezes? E como você se sente quando isso acontece? (dê uma nota de 0-10)

2. Você tem sonhos sobre o abuso? Quantas vezes isso acontece em uma semana? Como você se sente quando estes sonhos acontecem? (dê uma nota de 0-10)

3. Você tem a sensação de que o abuso está acontecendo de novo mesmo quando ele não está acontecendo na realidade? Conta como isso acontece. Essa sensação acontece muitas vezes no mesmo dia? Como você se sente? (dê uma nota de 0-10)

4. O que acontece quando alguma coisa te faz lembrar do abuso? Que coisas te fazem lembrar o abuso? Isso acontece muitas vezes no dia? Como você se sente? (nota de 0-10)

5. Você percebe alguma mudança no teu corpo como, por exemplo, ficar suado, coração bater forte ou acelerado ou dificuldade para respirar quando alguma coisa lembra o abuso? Isso acontece muitas vezes no dia? (dê uma nota de 0-10)

C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma (não presentes antes do trauma)

1. Você faz algum esforço para não pensar ou falar sobre o abuso? Dê uma nota de 0-10.

2. Você deixa de fazer alguma atividade, ir a algum lugar ou encontrar pessoas que te fazem lembrar do abuso?

3. Existe alguma coisa sobre o abuso que você não consegue lembrar?

4. Você diminuiu seu interesse ou participação em atividades que antes eram importantes para você? Que atividades foram essas?

5. Você se sente sozinha mesmo quando tem gente ao seu redor? Isso acontece muitas vezes?

6. Você tem dificuldade em sentir emoções ou tem dificuldade de ter sentimentos sobre qualquer coisa ou pessoas?

7. Houve alguma mudança nos seus planos para o futuro depois que o abuso aconteceu? Que mudanças foram essas?

D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma)

1. Você tem dificuldade para pegar no sono e dormir a noite toda? Isso acontece muitas vezes?

2. Você tem estado mais irritada ou tem sentido mais raiva do que antes? (dê uma nota de 0-10).

3. Você tem dificuldade para se concentrar, prestar atenção? Dê uma nota de 0-10 para o quanto você consegue prestar atenção.

4. Você fica alerta mesmo quando não tem motivo? Isso acontece muitas vezes?

5. Você se assusta facilmente com barulhos inesperados?

D. Duração da perturbação

1. Há quanto tempo você vem sentindo todas essas coisas?

E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo

1. O que mudou na sua vida depois do abuso? Você se sente chateado por isso?

ANEXO F

Carta de Aprovação do Comitê de Ética



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO

pro.pesq

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2005526


Título : Avaliação e intervenção psicológica para meninas vítimas de violência sexual

Pesquisador (es) :

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPACÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
SILVIA HELENA KOLLER	PESQ RESPONSÁVEL	kollersh@ufrgs.br	33165246
LUISA FERNANDA HABIGZANG	PESQUISADOR	luisa.h@terra.com.br	

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 3 , ata nº 69 , de 13/04/2006 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, quarta-feira, 19 de abril de 2006


LUIZ CARLOS BOMBASSARO
Coordenador do CEP-UFRGS

ANEXO G

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Avaliação e intervenção psicológica para meninas vítimas de violência sexual

Coordenação: A pesquisa é coordenada pela psicóloga Luísa Fernanda Habigzang sob orientação da Prof^a Dr^a Sílvia Helena Koller

1. Natureza da pesquisa - Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a efetividade de um tratamento psicológico para meninas que tenham sido vítimas de violência sexual.
2. Participantes da pesquisa - Participarão 40 meninas com idade entre 09 e 16 anos que tenham sido vítimas de violência sexual.
3. Envolvimento na pesquisa - As crianças e adolescentes participarão de três entrevistas (uma por semana). Nestas entrevistas, a pesquisadora perguntará sobre a violência sexual e aplicará questionários para verificar conseqüências que podem ocorrer depois da violência na vida das meninas. Depois destas entrevistas, as meninas receberão atendimento psicológico em grupo que terá duração de 20 semanas. Durante e depois do tratamento, as meninas serão novamente entrevistadas para avaliar se o tratamento está trazendo melhoras para a vida delas. As entrevistas e os atendimentos psicológicos poderão ser gravados ou filmados. As crianças e adolescentes têm a liberdade para não querer participar da pesquisa e podem ainda deixar de participar a qualquer momento. Sempre que quiserem, as meninas poderão pedir mais informações sobre a pesquisa. Poderão entrar em contato com a coordenadora telefone 91242847.
4. Riscos e desconforto - A participação nesta pesquisa não traz complicações, talvez, apenas, um pequeno sentimento de timidez que algumas pessoas sentem quando estão tendo suas declarações gravadas ou filmadas. As entrevistas e o tratamento psicológico não oferecem risco a saúde psicológica e física das meninas. Nenhum dos procedimentos oferece riscos a dignidade das participantes.
5. Confidencialidade - Todas as informações coletadas (inclusive gravações e filmagens) neste estudo são confidenciais, ou seja, apenas os pesquisadores farão uso das informações. Garantimos que em nenhum momento o nome ou a imagem das meninas serão revelados.
6. Benefícios - Ao participar desta pesquisa, as meninas serão beneficiadas pelo atendimento psicológico de uma equipe especializada. Além disso, este estudo poderá contribuir para melhorar o atendimento psicológico oferecido a outras meninas vítimas de violência sexual.
7. Pagamento - As meninas não terão que pagar pelo atendimento psicológico e também nada será pago por sua participação.

Tendo em vista as informações acima apresentadas, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa.

Assinatura da participante

Assinatura do responsável legal da participante

Luísa Fernanda Habigzang
Coordenadora da pesquisa