



Terapia Cognitivo-Comportamental e políticas públicas
direcionadas a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual: Limites e possibilidades

Sabrina Rezende

Monografia Curso de Especialização em
Psicologia Cognitivo-Comportamental

Porto Alegre/RS, 2011.

Terapia Cognitivo-Comportamental e políticas públicas direcionadas a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual: Limites e possibilidades

Sabrina Rezende

Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Ênfase em Terapia Cognitiva-Comportamental sob orientação da Prof.^a Dr.^a Débora Dalbosco Dell' Aglio

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Porto Alegre, Dezembro de 2011.

SUMÁRIO

Resumo.....	4
Capítulo I	
Introdução	5
1.1 Violência sexual contra crianças e adolescentes: Definição e conseqüências.....	5
1.2. Políticas públicas e serviços direcionados ao enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes.....	6
Capítulo II	
2.1 A Terapia Cognitivo-Comportamental como um instrumental teórico e técnico no planejamento de intervenções nos CREAS.....	15
Capítulo IV	
Considerações Finais.....	19
Referências.....	22

RESUMO

O abuso sexual perpetrado contra crianças e adolescentes é um problema atual em nossa sociedade e vem sendo combatido nas diferentes esferas de políticas públicas através de serviços de enfrentamento a violência. Trata-se de um fenômeno multicausal, que perpassa diferentes classes sociais e etnias, e um sério problema de saúde pública devido a sua crescente notificação aos órgãos responsáveis. O presente trabalho teve como objetivo descrever e discutir as práticas psicológicas realizadas em um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), bem como refletir sobre a aplicação desse instrumental teórico e técnico no planejamento e intervenções nesse contexto. Destaca-se a importância dos profissionais que atendem essas situações estarem capacitados e oportunizarem intervenções efetivas, que auxiliem as vítimas e seus familiares a elaborarem essa situação.

Palavras-chave: Violência sexual; Abuso sexual; Intervenção; Terapia cognitivo-comportamental; CREAS.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Violência sexual contra crianças e adolescentes: Definição e conseqüências

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um feito de alta complexidade, atinge todas as idades, níveis sociais e econômicos, etnias, religiões e culturas, são descritos desde a antiguidade (Aded, Dalcin, Moraes, & Cavalcanti, 2006) e vem sendo combatido através de políticas direcionadas a partir da década de 90 quando houve efetividade do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990).

De acordo com o material divulgado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002), o abuso sexual compreende todo ato ou jogo sexual, de relação heterossexual ou homossexual, no qual o agressor esteja em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado do que a vítima, tendo como finalidade estimulá-la sexualmente e/ou para obter estimulação sexual, através de práticas impostas às crianças e adolescentes pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade. Pode variar desde atos que não existam contatos físicos, como por exemplo: assédios verbais, voyeurismo, exibicionismo, produção de fotos, exposição a materiais com conteúdos pornográficos; aos diferentes tipos de contato físico: sem penetração sexo oral, intercurso interfemural, carícias e toques genitais; ou com penetração: digital, com objetos, intercurso genital ou anal; englobando ainda exploração sexual, visando lucro como a prostituição e a pornografia.

Furniss (1993/2002) define em duas categorias o abuso sexual: de ordem extrafamiliar, quando o contexto de ocorrência se dá fora da família, o agressor é alguém desconhecido ou não configura vínculos familiares. E o de ordem intrafamiliar, o qual ocorre com maior freqüência, é quando o agressor está dentro do contexto familiar, podendo apresentar laços consangüíneos com a vítima ou não, fazendo uso da confiança e do papel de cuidador que a criança ou adolescente têm por ele.

Trata-se de um fenômeno multicausal com repercussões significativas ao longo da vida. A investigação e discussão sobre as conseqüências psicológicas nas vítimas tem-se apresentado como um foco de interesse a muitos pesquisadores (Amazarray & Koller, 1998; Cohen, 2000; Habigzang & Caminha, 2004). No que se refere ao processo de desenvolvimento cognitivo, afetivo, social e comportamental as crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual podem apresentar diferentes intensidades e sintomas com alterações e diferenças significativas. Algumas vítimas não apresentam

sintomas ou esses se manifestam de forma menos intensa, enquanto outras desenvolvem graves problemas emocionais, sociais ou psiquiátricos (Machado, 2005). Dentre esses efeitos, pesquisas destacam transtornos de humor, transtornos de ansiedade, transtornos disruptivos, transtornos alimentares, transtornos de personalidade, encoprese e enurese (Habigzang, 2006; Habigzang, Corte, Hatzenberger, Stroehrer, & Koller, 2008; Sanderson, 2005). No entanto, a psicopatologia mais decorrente do abuso sexual citada em pesquisas (Borges & Dell’Aglia, 2008; Cohen, 2001; Habigzang & Caminha, 2004; Knapp & Caminha, 2003; Serafim, Saffi, Achá, & Barros, 2011) é o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Esse transtorno é caracterizado pela *American Psychiatric Association* (2002) como uma resposta emocional comum após a vivência de um evento traumático, ocasionando a experiência contínua deste, pela forma de sonhos traumáticos, lembranças intrusivas, jogos repetitivos, angústia nas lembranças traumáticas; evitação e entorpecimento de pensamentos e lembranças do trauma, amnésia psicogênica, desligamento; e pela excitação aumentada, verificada por meio do transtorno do sono, irritabilidade, raiva, dificuldade de concentração, hipervigilância, resposta exagerada de sobressalto e resposta autônoma a lembranças traumáticas.

O primeiro passo, para enfrentar o problema da violência sexual contra crianças e adolescentes, é o diagnóstico ou a identificação da situação, a qual crianças e adolescentes são expostos. É importante que os profissionais saibam observar e analisar os indícios que podem sugerir a ocorrência de abuso sexual (Pires & Miyazaki, 2005). Existem diversos trabalhos nacionais que discutem esses indicadores de violência (Azevedo & Guerra, 1989; Caminha, 2000; Flores & Caminha, 1994; Habigzang & Caminha, 2004; Pires & Miyazaki, 2005). Além disso, também é importante que os profissionais compreendam como o Brasil tem se articulado para combater esse problema.

Políticas públicas e serviços direcionados ao enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes

A partir da Constituição Federal de 1988, Art. 227, na qual referiu à necessidade do envolvimento de um trabalho interdisciplinar e atendimentos, em prol da defesa dos direitos e violações para crianças e adolescentes, entre profissionais em exercício pleno de suas atividades (Brasil, 1988), criou-se em 13 de Julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Instituído como Lei Federal nº 8.069 o ECA, busca atender e garantir efetivamente os direitos e deveres de cidadania de crianças, até 12 anos

incompletos, e dos adolescentes, de 12 a 18 anos completos, passando a serem vistos, como sujeitos de direitos, em pleno desenvolvimento, que necessitam de cuidados integrais, pela família, comunidade ou Estado (BRASIL, 1990).

Sendo estipulado no Art. 5º do ECA, que nenhuma criança ou adolescente pode ser objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, viabilizou-se novas formas de pensar e criar políticas direcionadas ao enfrentamento destas situações (Brasil,1990). Através de ações integradoras, sendo de iniciativas públicas e/ou sociais, conforme é referido na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), presente na Lei Federal nº 8742, de 7 de setembro de 1993, busca-se garantir o enfrentamento à pobreza, necessidades básicas, contingências sociais e universalização dos direitos, pela disponibilização de serviços. Esses serviços visam à proteção à família, em suas diferentes etapas do ciclo vital, na infância, adolescência, adultez e velhice; amparo a crianças e adolescentes carentes; promove integração ao mercado de trabalho; habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e aos idosos, caso não haja ou não possuam meios de fornecer manutenção própria ou obtê-la pela família (Brasil, 1993).

Porém, é no ano de 2004, que a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), é reeditada e institui-se como novo modelo de organização do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), permitindo implantar o trabalho, conforme os objetivos descritos na LOAS, pela integração das demais políticas setoriais (Brasil, 2004). E foi pela aproximação direta com as vulnerabilidades e fragilidades constituídas, contemplando uma nova proposta de três vertentes de proteção social: as pessoas, suas vivências e seu núcleo primário, chamado família (Brasil, 2004).

Atualmente, em termos de políticas públicas na realidade brasileira, destacam-se o Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro (PAIR), que desde 2002 tem se constituído uma metodologia de articulação de políticas e intervenção de redes, cujas ações estão baseadas no Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil (Amorim, Contini, & Meza, 2008; Brasil, 2006). Esse plano regulamentou e definiu pela Portaria nº 440, datado em 23 de agosto de 2005, o Serviço Sentinela, que apresentava como objetivo o acolhimento de crianças, adolescentes, famílias e agressores, que estivesse vivenciando diferentes formas de negligência, abuso e exploração, através de atendimentos sócio-familiar e psicológicos individuais e/ou em

grupo, de forma articulada com Conselhos Tutelares, Ministério Público, Varas de Família, Infância e da Juventude.

Porém, em Julho de 2005, com a aprovação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS), que vem a ser um marco de caráter referencial na estruturação da Política Pública de Assistência Social, as famílias em vulnerabilidade deixam o campo do voluntarismo e passam a ser contempladas através de uma política. Estabeleceu-se, portanto, uma nova lógica para compreender e trabalhar com essas situações inclusive uma nova lógica de financiamento, conforme a complexidade do atendimento. Nessa nova perspectiva que define responsabilidades de Ordem Federal, Estadual, Distrital e Municipal, os serviços socioassistenciais permanentes, projetos e benefícios, são reorganizados por nível de proteções e, também por três níveis de gestão: inicial, onde há alocação e execução pelos municípios, dos recursos financeiros próprios do Fundo de Assistência Social para a realização das ações; na básica os municípios assumem a gestão da proteção, organizam programas, projetos e serviços, ofertando-os a famílias a fim de fortalecer vínculos familiares e comunitários, pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), a chamada porta de entrada desta Política; e a plena, os municípios executam a gestão total das ações de assistência social.

Em 2006, quando ocorreu efetivamente a implantação do SUAS, o Sentinela se inseriu como serviço do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Sendo que, atualmente, os casos de violência sexual contra crianças e adolescentes são encaminhados aos serviços desse centro. Nessa experiência são prestados atendimentos especializados de acolhimento e proteção imediata, que articulam e interagem com o sistema de garantias de direito e com a rede de proteção especial (CNEVSCA, 2006).

Entretanto, definiu-se uma nova normatização dos serviços socioassistenciais através da tipificação nacional dos serviços socioassistenciais, resolução nº 109, datado em 11 de novembro de 2009. Essa normatização surgiu a partir da deliberação na IV Conferência Nacional de Assistência Social (Brasil, 2009), onde foi considerado o Plano Decenal de Assistência Social, que previa estabelecer bases de padronização nacional dos serviços e equipamentos físicos do SUAS e o processo de Consulta Pública coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

Essa tipificação organizou os serviços socioassistenciais de acordo com a complexidade do SUAS, na qual contempla três divisões: Proteção Social Básica,

Proteção Social Especial de Média Complexidade e Proteção Social de Alta Complexidade. A Proteção Básica ocorre através do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que presta seus atendimentos de forma continuada por três serviços de referência (Brasil, 2009), os quais são:

- a) **Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)**, que tem como objetivo trabalhar com famílias, continuamente, para fortalecer a função protetivas destas; prevenir a ruptura dos vínculos; promover seu acesso e usufruto de direitos e busca contribuir na melhoria da qualidade de vida, prevendo o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias por meio de caráter preventivo, protetivo e proativo. Porém não deve possuir caráter terapêutico.
- b) **Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos**, articulado com o Serviço PAIF, busca através de grupos garantir novas e contínuas aquisições aos seus usuários, de acordo com o ciclo de vida, reconstruindo suas histórias e vivências individuais e coletivas, na família e no território, contemplando o trabalho social e prevenindo a ocorrência de situações de risco social, por estratégias emancipatórias de enfrentamento a vulnerabilidade social.
- c) **Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosos**, que apresenta como finalidade a prevenção de agravos sociais, que possam ocasionar o rompimento de vínculos familiares e sociais, através da garantia de direitos, prevenindo a exclusão e o isolamento destes usuários, buscando contribuir com a promoção do acesso, convivência, fortalecimento de vínculos, bem como a toda rede socioassistencial e outros serviços de políticas públicas, como: educação, saúde, transporte especial, e etc.

A Proteção Social Especial de Média Complexidade, por sua vez, realiza os atendimentos aos usuários no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), para famílias com um ou mais membros em situação de ameaça ou violação de direitos (Brasil, 2009), pelos serviços chamados de:

- a) **Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI)**, busca orientar e acompanhar famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos, como: violência física, psicológica, sexual (abuso e/ou exploração), negligência, afastamento do convívio familiar, tráfico de pessoas, situação de rua e mendicância, abandono, trabalho infantil, discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça etnia. E compreende, por ações direcionadas, a promoção de direitos, a preservação e fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais.
- b) **Serviço Especializado em Abordagem Social**, ofertado de forma programada e continuada, com o objetivo de assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa para identificar, nos territórios, a incidência do trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescente, situação de rua e outros.
- c) **Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC)**, realiza acompanhamento a adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, determinadas pela Justiça. Busca contribuir para a ressignificação de valores, pessoais e sociais, se há a responsabilização pelo ato infracional cometido ou não, tendo seus direitos e obrigações assegurados.
- d) **Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias**, oferta atendimentos especializados a famílias com pessoas com deficiência e idosos com algum grau de dependência, que apresentarem suas limitações agravadas devido violações de direitos.
- e) **Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua**, ou seja, atende a pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência, buscando assegurar atendimentos e atividades que sejam propícias ao desenvolvimento de autonomia, que oportunizem resgate de vínculos familiares e a construção de novos projetos de vida.

E o Serviço de Alta Complexidade (Brasil, 2009), tem por característica prestar acolhimentos em diferentes equipamentos destinados a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral, através dos:

- a) **Serviço de Acolhimento Institucional**, divide-se em Instituições de Longa Permanência - ILP, destinadas para acolhimento de idosos; Albergues que prestam serviços continuados a adultos, idosos, pessoas com deficiência, migrantes e refugiados que se encontram em situação de rua, abandono e exclusão social; Casas Lares ou de Passagem, onde realizam acolhimento em residência constituída para abrigar pequenos grupos com cuidadores qualificados.
- b) **Serviço de Acolhimento em República**, no qual oferece proteção, apoio e condições de moradia subsidiada a grupos de jovens, adultos, idosos com deficiência;
- c) **Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora**, acolhimento destinado a indivíduos em situação de abandono e/ou risco social ou violação de direitos em residências de famílias acolhedoras;
- d) **Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências.**

Portanto, atualmente, crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e suas famílias são integradas no PAEFI (Brasil, 2009), através de encaminhamentos provindos de outros serviços socioassistenciais, de políticas públicas setoriais, órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e do Sistema de Segurança Pública, como por exemplo: Ministério Público, Conselho Tutelar municipal ou até mesmo demanda espontânea. Com o objetivo de prestar apoio, orientação e acompanhamento, promovendo o resgate à garantia dos direitos, preservação e fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais, visando autonomia dos usuários, romper e prevenir a reincidência de padrões violadores de direitos no interior da família.

Conforme a Norma Operacional Básica (NOB/SUAS, 2005), um município que desenvolve a Gestão Plena, necessita de uma equipe multidisciplinar, para atender a cada 80 indivíduos, e essa equipe deve estar constituída por um coordenador, dois assistentes sociais, dois psicólogos, um advogado, quatro profissionais de nível médio a fim de realizar a abordagem com os usuários e dois auxiliares administrativos.

Dessa equipe, os profissionais com formação técnica de nível superior devem desenvolver atividades essenciais como entrevistas de acolhida e avaliação inicial; atendimentos psicossociais (individual familiar ou grupos); construção de um Plano de Atendimento; orientação jurídica social; elaboração de relatórios técnicos sobre o

acompanhamento realizado; ações de mobilização e enfrentamento; acompanhamento dos encaminhamentos; visita domiciliar, quando necessário.

O atendimento psicossocial é um dos recursos utilizados pela equipe multidisciplinar, que atua juntamente às redes de proteção, e caracteriza-se por atendimentos especializados de apoio, de cunho terapêutico, com início, meio e fim, desenvolvidos de forma individual ou através de grupos. O CREAS deve ofertar e desenvolver estratégias psicossociais que contemplem o acolhimento, escuta, atendimento especializado, encaminhamentos e acompanhamento às crianças e adolescentes, bem como às suas famílias, criando assim, condições facilitadoras da inserção destes usuários a outros serviços de assistência social, saúde, educação, etc, garantindo o compromisso ético, político e multidisciplinar das ações (Conselho Federal de Psicologia, 2009).

Conforme o documento norteador dos psicólogos que atuam no âmbito das políticas públicas de assistência social, expedido pelo Conselho Federal de Psicologia (2009), não existe uma fórmula ou diretrizes específicas para o atendimento psicossocial especializado que deve ocorrer nos CREAS. Porém, o atendimento psicológico realizado deve ter caráter em atenção psicossocial, operacionalizado por procedimentos técnicos especializados, estruturando ações de atendimento, proporcionando a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, fortalecimento da autoestima, restabelecimento ao direito da convivência familiar e comunitária, possibilitando a superação da situação de violação de direitos, além de buscar reparar a violência sofrida.

Faz-se necessário que o psicólogo atuante em um fenômeno complexo, como da violência sexual, apresente: uma formação pessoal e profissional mais crítica, tendo conhecimento de todos marcos conceituais, lógicos e legais para subsidiar sua prática; a capacidade de reinventar-se enquanto profissional buscando permanente formação e novas estratégias interventivas; postura pró-ativa, questionadora, avaliativa, proporcionando trocas com a equipe multidisciplinar ou transdisciplinar, com o compromisso ético de proteger a criança e o adolescente acreditando sempre em sua palavra (Conselho Federal de Psicologia, 2009).

Ao que refere aos princípios éticos e legais, em âmbito mais específico, o Conselho Federal de Psicologia (2009) determina como atribuição do psicólogo: identificar, avaliar, problematizar a realidade que se encontra inserido, bem como a gravidade e probabilidade de risco em cada caso; desenvolver ações, planejamentos, promovendo interlocuções e práticas em rede com consonância as outras políticas

nacionais; refletir conceitualmente para que suas concepções, valores e emoções pessoais não repercutam em sua prática; considerar que suas ações têm como alvo a interrupção do ciclo de violência na família em sua dinâmica interna e externa; executar programas de atendimentos, sociais, psicológicos ou jurídicos, específicos as crianças, adolescentes e as famílias; agir conforme estabelece o ECA; potencializar a frequência e participação das crianças e adolescentes buscando sempre o envolvimento da família; caso haja constatação de maus-tratos, opressão ou abuso sexual por parte dos pais ou responsáveis, deve obrigatoriamente dar ciência à autoridade judiciária para determinar, como medida cautelar o afastamento do autor da moradia comum; e deve manter prontuários atualizados, com histórico de todo atendimento prestado, de forma a garantir a privacidade o sigilo e inviolabilidade dos registros.

Além disso, deve ocorrer o planejamento da intervenção através de ações integradas e articuladas, que consiste em identificar a demanda, podendo ser realizado tanto pelo Assistente Social da instituição ou pelo Psicólogo. E, posteriormente, estudos de caso, analisando a particularidade de cada integrante da família que se encontra em acompanhamento, pela equipe multidisciplinar. Após a operacionalização do atendimento, dá-se sequência do que fora direcionado no estudo de caso, e como registro, descrevem-se as técnicas ou procedimentos que serão realizados nos prontuários de atendimento (Conselho Federal de Psicologia, 2009).

As estratégias descritas em documentos técnicos (Conselho Federal de Psicologia, 2009) e que, na prática, vêm sendo utilizadas nos diferentes CREAS são: acolhimento e triagem, entrevistas iniciais e atendimentos psicossociais. No momento de acolhida da família ao serviço, processo fundamental para a permanência destes no CREAS, os usuários devem ser ouvidos e acreditados sem julgamentos, levando em consideração o quão difícil é aquele momento na qual a família encontra-se extremamente fragilizada.

As entrevistas psicológicas iniciais são realizadas pelo Psicólogo e compreendem o segundo passo deste processo. O responsável e a criança devem ser ouvidos em momentos distintos, de forma individual. Com o responsável, o objetivo desta avaliação inicial será de obter informações a respeito do cuidado, qual o seu papel em relação à criança, investigar o histórico de situações de violência na família, como lidam com a sexualidade neste contexto e os recursos desta família para suportar o processo judicial. Já com a criança e adolescente busca-se através de uma linguagem simples e clara, apresentar o Serviço de Proteção Especial. É o momento inicial no qual

se busca estabelecer o vínculo necessário para a realização satisfatória do trabalho. Cabe ao profissional psicólogo observar o período do desenvolvimento que crianças e adolescentes se encontram, respeitando o tempo de cada indivíduo, compreender a situação de violência, os possíveis impactos sobre a vida da vítima e de suas famílias e verificar qual abordagem psicossocial ou psicoterapêutica mais adequada ao caso (Conselho Federal de Psicologia, 2009).

Após este processo inicial de mapeamento do caso, inicia-se a terceira etapa que consiste em atendimentos psicológicos, sistemáticos de apoio e orientação referentes ao sofrimento emocional e psíquico decorrentes da violência sexual sofrida. O Psicólogo tem como papel fundamental propiciar escuta atenta, oportunizando significados e deverá exercer trabalhos direcionados ao resgate da auto-estima, reconstrução de relações afetivas, reconstrução de significados acerca da vivência, compreensão da dinâmica familiar, limites e cuidados necessários na família, ao desenvolvimento da sexualidade, entre outros. Quando identificados agravos, os casos devem ser encaminhados à saúde mental para a realização de psicoterapia, tendo em vista que o CREAS não deve possuir este caráter (Conselho Federal de Psicologia, 2009).

Os trabalhos em grupos de apoio também são realizados nesta etapa, podem ser coordenados tanto por Psicólogos quanto Assistentes Sociais, assim como quando necessário contar com outros profissionais da equipe. Esses trabalhos em grupos podem ser destinados às vítimas ou às famílias e tendem a propiciar um espaço de convivência e compartilhamento de experiências comuns, a fim de ampliar as possibilidades de expressões e reconstrução das relações e vínculos afetivos com a família, comunidade e grupo de pares (Conselho Federal de Psicologia, 2009).

Muitas vezes o CREAS recebe casos apenas identificados como suspeita de abuso sexual, provindos de algum órgão de proteção ou pela própria família, através de demanda espontânea. Nessas situações os profissionais podem ser solicitados para conduzir uma entrevista com o objetivo de esclarecer o que, por ventura, possa estar acontecendo com a criança ou adolescente. A literatura tem definido esse tipo de entrevista como entrevista de revelação (Furniss 1993/2002), na qual o profissional reúne evidências que possam corroborar a suspeita de abuso sexual. Quando ocorre uma entrevista de revelação existe uma recomendação por parte do Conselho Federal de Psicologia (2009), que seja elaborado um parecer psicológico sobre o caso.

As políticas de enfrentamento às situações de violação de direitos a crianças e adolescentes foram e continuam sendo foco de constante discussão e reflexão. A

concepção de diretrizes e normas específicas, que criam e orientam ações, programas e serviços, representa um esforço do país para romper com esse ciclo de violências. Contudo, considerando a especificidade de cada campo de conhecimento e atuação o trabalho com essa população constitui-se um desafio. Nesse sentido, proporcionar discussões sobre a prática profissional do Psicólogo nesse contexto de assistência social pode contribuir para a construção ou ampliação de propostas de intervenção.

CAPÍTULO II

A Terapia Cognitivo-Comportamental como um instrumental teórico e técnico no planejamento de intervenções nos CREAS

A Terapia Cognitiva foi desenvolvida por Aaron Beck, na Universidade da Pensilvânia, na década de 60, inicialmente com casos de depressão e ansiedade (Beck, 1997) e, após foram desenvolvidos modelos comportamentais, por pesquisas de Bandura (Knapp & Beck, 2008), surgindo desta forma o modelo cognitivo e cognitivo-comportamental uma variedade de mais de 20 abordagens (Knapp, 2004). Tendo como principais influências o comportamentalismo ou *behaviorismo* (de Watson e Skinner) pelo condicionamento clássico e operante, as técnicas de modificação do comportamento, a Psicologia Cognitiva (Beck, 1964) nos processamento de informações e representações mentais, linguagem, memória e outras funções cognitivas, o Humanismo na aliança terapêutica, e o Darwinismo pela teoria da evolução e adaptação.

É um processo cooperativo, da interação dos cinco elementos: ambiente, biologia, afeto, comportamento e cognições, que se baseia em evidências empíricas substanciais, de testagem da realidade e resolução de problemas entre terapeuta e paciente (Beck, 1976), através de uma abordagem psicoterápica breve, estruturada, focal, orientada para o presente, cujo objetivo é modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais (Beck, 1997). Compreende que, o modo como o indivíduo estrutura suas experiências internamente determina, em grande parte modo como ele se sente e se comporta (Reinecke, Dattilio, & Freeman, 1999).

A TCC tem como objetivo capacitar o paciente para o processo de mudança, pois este necessita apreender a modificar seu pensamento e comportamento frente ao que vivência, buscando a construção de estratégias mais adequadas (Beck, 1997; Reinecke, Dattilio, & Freeman, 1999). Sua aplicabilidade se dá em diferentes modalidades, variando de atendimentos individuais a grupais, e nas diferentes faixas etárias, desde a infância até a velhice, contemplando diversos problemas psicológicos, como: Transtornos de Humor, Transtornos de Ansiedade, Transtornos Alimentares, Transtornos de Personalidade e dependências químicas, (Beck, 1997; Dobson, 2006; Rangé, 2001.).

Segundo Falcone (1998) algumas vantagens terapêuticas observadas na abordagem cognitivo-comportamental são: a) os pacientes vivenciam experiências mais

semelhantes ao seu cotidiano; b) maior variedade de ensaios comportamentais; c) maior disponibilidade de modelos de situações problemas e resolução de problemas e d) maior quantidade de feedback positivo, promovendo o reforçamento social. A psicoterapia baseada na abordagem cognitivo-comportamental busca proporcionar, a vítimas de abuso sexual, estratégias mais adaptativas para lidarem com o medo e a ansiedade relacionadas às lembranças traumáticas, através de um conjunto de técnicas comportamentais e cognitivas.

A criança ou adolescente que chega para o atendimento psicoterapêutico, normalmente vem encaminhado da escola, pelos pais ou outros membros da família, devido o pouco envolvimento de sua capacidade cognitiva e inexperiência comparadas aos adultos (Caminha & Caminha, 2007). A prevalência de alguns padrões de comportamentos na infância é intensa, como baixa interação verbal, ou ainda, de colaboração, demonstrando que a interação se dá mais a nível comportamental-cognitiva. Desta forma, demonstram alterações comportamentais, é necessário que o terapeuta leve em consideração as etapas do desenvolvimento infantil (Miller, 2008; Petersen & Weiner 2011), em decorrência de alguma conduta agressiva observada, hipersexualização nos casos de abuso sexual e negligência, distúrbios no sono ou alimentares, déficit de atenção e hiperatividade, Transtornos de Humor ou Ansiedade. (Caminha & Caminha, 2007).

Para reduzir os principais sintomas desenvolvidos em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, tem se destacado a aplicabilidade da TCC como uma das formas mais eficazes devido a sua estrutura focal, direcionada à resolução de problemas e à reestruturação cognitiva (Dancu & Foa, 1998; Ito & Roso, 1998; Petersen & Wainer, 2011). Estudos têm divulgado experiências de atendimento às vítimas estruturadas em atendimento grupal (Habigzang, 2006, Habigzang, Borges, Dell’Aglia, & Koller, 2010; Padilha & Gomide, 2004;). A experiência de grupo, para Padilha e Gomide (2004), permite as vítimas romperem o segredo e o isolamento, bem como dividirem sentimentos de culpa, vergonha, e perda da confiança. Estas autoras propuseram um modelo de atendimento psicológico em grupo a adolescentes meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar. O processo terapêutico ocorreu ao longo de quinze sessões e foi dividido em quatro etapas: 1) Preparação – dessensibilizar para facilitar a auto-exposição; 2) Revelação e exposição de sentimentos; 3) Aceitação – aceitar a experiência de abuso e seu lugar na história de vida da adolescente e 4) Prevenção –

facilitar a aprendizagem de comportamentos que visam a autoproteção e impeçam a revitimização.

Nas vítimas de abuso e em suas famílias, se fazem comuns sentimentos negativos relacionados à culpa (Passarela, 2010). Diante disso a TCC utiliza algumas técnicas que podem ser facilitadoras para a redução de angústia frente ao trauma (autores). Trata-se de monitoramento das emoções, psicoeducação, reestruturação cognitiva (inoculação do estresse; dessensibilização sistemática; exposição; inundação), treinamento de relaxamento e respiração e modificação a comportamentos tidos de risco.

O monitoramento das emoções é o primeiro passo da terapia, que tem como objetivo inicial identificar os principais sentimentos ou emoções, que a criança ou adolescente tem presentes em sua vida, por registros preenchidos com o auxílio do terapeuta ou em outro ambiente, como o de casa, contando com a ajuda dos pais, ou muitas vezes quando a criança já apresenta uma maior independência, sozinho (Caminha & Caminha, 2007). A utilização de formulários coloridos e ilustrados, para a interação criativa entre criança e terapeuta, se faz necessário, uma vez que é um facilitador das expressões e emoções (Caminha & Caminha, 2007). Sugere-se o uso do baralho das emoções (CITAR), como uma ferramenta de trabalho, onde juntamente é introduzido uma folha de monitoramento, com carinhas ao lado de todos os dias da semana, para que a criança possa escolher nos diferentes turnos (manhã, tarde ou noite) podendo se repetir, buscando o que mais parece consigo, pintando-as e identificando sua intensidade. Ou pode-se fazer uso de bonecos, fantoches, personagens conhecidos.

A psicoeducação é uma técnica utilizada na TCC, que busca educar quanto ao transtorno, ou situação vivenciada, no caso do abuso sexual, pode-se utilizar através de *quis*, de perguntas e respostas, possibilitando acesso as crenças disfuncionais, bem como ao modelo da terapia cognitivo-comportamental, principalmente ao que se refere a ligação entre pensamento, emoção e comportamento, encorajando-os a aplicar suas habilidades adquiridas com essa técnica, possibilitando a identificação de situações abusivas futuras, por exemplo (Beck, 1997; Caminha & Caminha, 2007.)

A reestruturação cognitiva possibilita construir novas alternativa aos problemas, com resultados significativos a curto e médio prazo, assim como o alívio dos sofrimentos eminentes (Caminha & Caminha, 2007). Em vítimas de violência sexual, essa técnica tem sido aplicada para auxiliar a construir ou reformular compreensões sobre a experiência traumática em si.

O relaxamento e respiração, comumente utilizada em situações de ansiedade, com crianças pode-se fazer uso de balões, ou uso de imagem, como por exemplo, cheirar uma flor e soprar uma vela, possibilitando através do componente lúdico a prática de relaxamento (Caminha & Caminha, 2007; Petersen & Wainer, 2011).

Dessensibilização sistemática requer que o terapeuta conheça todas as situações que gerem medo na criança, para que possa pontuar e classificar, junto ao paciente, através da atribuição de uma nota que varia, por exemplo, de um a 10 numa escala de classificação do medo, criando desta forma novos repertórios positivos para o pareamento desses estímulos. Posteriormente estimula-se a criança a desenhar e através do *role-play* interpretando as situações com o objetivo de revivê-la, alternando com a técnica de substituição de memória positivas e negativas. Sempre é acompanhada da técnica de relaxamento e deve-se iniciar com uma situação positiva ou agradável, para após introduzir a situação aversiva (Caminha & Caminha, 2007). No abuso sexual, é o momento no qual a criança ou adolescente faz um relato mais detalhado das situações abusivas, escrito ou verbal.

E, por fim, o treino de habilidade social focadas em medidas de proteção, a fim de introduzir um aprendizado de um novo repertório de respostas, frente à situação abusiva, composto a partir da modelação, ensaio comportamental e reforçamento. Este treinamento vai ocorrendo a medida que a habilidade ensinada inicialmente, por meio dos materiais de psicoeducação, *role-play*, *feedback* e aprimoramento a ser adquirida pela criança (Caminha & Caminha, 2007).

A pesquisa sobre a eficácia de programas de tratamento do abuso sexual em criança, a partir da Terapia Cognitivo-Comportamental, vem crescendo nas últimas duas décadas, sugerindo uma forte evidência que técnicas cognitivas e comportamentais proporcionaram melhora na sintomatologia do TEPT (Feeny, Foa, Treawell, & March, 2004; Lucânia, Valério, Barison, & Miyazaki, 2009). A aplicação da TCC em um contexto de acompanhamento psicossocial às vítimas de violência sexual, pode ser um recurso interessante para muitos psicólogos, não apenas em função de seu caráter estrutural e focal, mas principalmente, tendo em vista as evidências científicas de que efetivamente proporciona resultados positivos, individuais ou em grupo, aproximando a família deste contexto terapêutico, pois busca trabalhar alvos específicos de forma gradual, através de estratégias/ planos de ação com início, meio e fim, promovendo ações de preventivas que possibilitam as vítimas e seus familiares a diminuição da incidência de futuras revitimizações.

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência sexual contra crianças e adolescentes é uma questão de alta complexidade, que vem sendo combatida através de serviços de atendimentos direcionados. É um problema que perpassa os diferentes níveis socioeconômicos, como também as diversas políticas públicas ofertadas através das redes de: saúde, educação, assistência social, entre outras.

Um levantamento sobre os atendimentos aos casos de abuso sexual infantil realizado por Souza, Assis e Alzuguir (2002) verificou que a maioria da produção científica envolvia estudos teóricos e epidemiológicos e que focalizavam aspectos relacionados à situação de diagnóstico e à ausência de uma visão integral do atendimento. Especificamente em relação à produção nacional, as autoras observaram uma tendência a explorar a questão da denúncia e o registro de evidências. Assim, pode-se observar uma carência de estudos que se propõem a discutir aspectos relacionados à prática de atendimento a essas situações. Dessa forma, salienta-se a importância de investigações no que se refere à qualificação dos profissionais que atuam nas redes de enfrentamento a violência sexual.

Possibilitar a discussão das principais dificuldades que os profissionais se deparam na prática permite refletir sobre aspectos necessários à formação desses profissionais. Propicia, também, estabelecer conexões entre o que é exigido pelo Conselho Federal de Psicologia, o que é trabalhado nos cursos de graduação e o que efetivamente é utilizado na prática. Comumente, durante a graduação, poucos Psicólogos estiveram em contato com esta temática ou mesmo com essa prática em seus estágios, o que reforça a idéia de que alguns profissionais apresentam embasamento limitado para trabalhar com questões referentes ao abuso sexual.

Ressalta-se, portanto, a importância de um maior aporte teórico técnico; o constante contato com as redes de proteção; capacidade interpessoal para o trabalho multidisciplinar; flexibilidade, bem como postura pessoal e interesse em manter-se atualizados sobre esta demanda crescente de abuso sexual. Para isso, se faz necessária a busca de cursos, com objetivo de capacitar o profissional, nas ações realizadas neste *setting* diferenciado do usual, no qual o Psicólogo executa sua função, muitas vezes fora do ambiente CREAS, ou seja, amplia seu fazer em visitas domiciliares, projetos e ações continuadas visando à garantia dos direitos dos usuários. Desta forma, percebe-se que a

TCC possibilita ao profissional uma postura mais ativa e atuante, mantendo-se em contato constante com as redes de proteção de crianças e adolescentes, o que de alguma forma se aproxima ao que estabelece o Conselho Federal de Psicologia, quanto à atuação de Psicólogos na Assistência Social.

A TCC possibilita atuar nas crenças disfuncionais e sentimentos de culpa, inferindo diretamente em novas alternativas comportamentais e aumentando o repertório destas crianças e adolescentes, como o de seus familiares, evitando revitimizações. No contexto de políticas públicas pode ser, portanto, uma ferramenta teórica e técnica importante, pois de uma forma estruturada e objetiva procura trabalhar com as vítimas e suas famílias a elaboração dessa experiência, assim como sua reinserção social e comunitária. Políticas públicas no âmbito da prevenção terciária às crianças e adolescentes vitimados tornam-se fundamentais para a garantia de um desenvolvimento mais adaptativo, bem como assegurar os direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990).

Por fim, esta revisão bibliográfica da literatura, destaca a necessidade de novas pesquisas no âmbito da prática/atuação do profissional Psicólogo em Políticas Públicas de atenção a vítimas de abuso sexual e suas famílias, particularmente no contexto da Assistência Social, tratando-se das recentes modificações de normatização dos serviços ofertados a este público alvo. Nesse sentido, pontua-se a importância de explorar a percepção dos profissionais da rede de proteção, assim como a percepção dos gestores públicos, que atuam nesse contexto, sobre os limites e as possibilidades de suas ações. Outro aspecto relevante, que pode complementar e ampliar a visão sobre as intervenções no contexto da Assistência Social é explorar a percepção dos próprios usuários e seus familiares quanto à efetividade do serviço oferecido. Tem-se, portanto, algumas propostas de pesquisas que quando combinadas podem auxiliar na formulação de estratégias de intervenções eficazes e efetivas. Oportunizar as vítimas e seus familiares um atendimento de qualidade é um compromisso ético, que perpassa todos os profissionais, independente dos níveis de proteção e de gestão que atuam.

Referências

- Aded, N., Dalcin, B., Moraes, T., & Cavalcanti, M. (2006). Abuso sexual em crianças e adolescentes: uma 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, 559-578.
- Amorim, S. M. F., Contini, M. L. J., & Meza, E. R. (2008). *Avaliação do processo de implantação do PAIR*. Campo Grande: Editora da Universidade de Minas Gerais. Brasil, 2006.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^a ed. revised). Washington, DC: APA.
- Azevedo, M. A., & Guerra, V. N. A. (1989). *Crianças vitimizadas: A síndrome do pequeno poder*. São Paulo: IGLU.
- Beck, A. (1964). Thinking and Depression II. Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Brasil (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.
- Brasil (1990). *Diário Oficial da União. Estatuto da criança e do adolescente*, Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990, Brasília. DF.
- Brasil (1993). Presidência da República. *Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS, Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, publicada no DOU de 8 de dezembro de 1993)*.
- Brasil (2002). *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: Um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2004). *Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Política Nacional de Assistência Social*. Brasília: MDS.
- Brasil (2005). *Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social (Nob/Suas)*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social.
- Brasil (2005). *Guia do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

- Brasil (2005). *Política Nacional de Assistência Social (PNAS)*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria Nacional de Assistência Social.
- Brasil (2006). *Guia de Orientação do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Brasil (2009). *Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais*. Texto da resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Publicado no Diário Oficial da União em 25 de novembro de 2009.
- 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.
- Caminha, R. M. (2000). A violência e seus danos à criança e ao adolescente. In Amencar (Ed.), *Violência Doméstica* (pp. 43-60). Brasília: UNICEF.
- Caminha, R. M., & Caminha, M. (2007). *A prática cognitiva na infância*. São Paulo: Roca.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Rogal, S. S. (2001). Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder. *Child, Abuse & Neglect, 25*(1), 123 – 136.
- Cohen, C. (2000). O incesto. In M. A. Azevedo & V. N. A. Guerra (Eds.), *Infância e violência doméstica: Fronteiras do conhecimento* (pp. 211-225). São Paulo: Cortez.
- Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (CNEVSCA) (2006). *Plano nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil: Relatório do monitoramento 2003-2004*. Brasil: UNICEF. Disponível em http://www1.direitoshumanos.gov.br/spdca/publicacoes/.arquivos/.spdca/plano_nac_parte1.pdf, acessado em janeiro de 2011.
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2009). *Serviço de proteção social a criança e adolescentes vítimas de violência, abuso e exploração sexual e suas famílias: Referências para a atuação do psicólogo*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Dancu, C. V., & Foa, E. B. (1998). Distúrbio do estresse pós-traumático. In A. Freeman & F. Dattilio (Eds.), *Compreendendo a Terapia Cognitiva* (pp. 97-107). São Paulo: Editorial PSY.
- Dobson, K. S. (2006). *Manual de Terapias Cognitivo-Comportamental*. Porto Alegre: Artmed.

- Falcone, E. M. O. (1998). Grupos. In B. Range (Ed.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp.159-169). São Paulo: Editorial Psy.
- Feeny, N. C., Foa, E. B., Treadwell, K. R. H., & March, J. (2004). Posttraumatic stress disorder in young: A critical review of the cognitive and behavioral treatment outcome literature. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 466-476.
- Flores, R. Z., & Caminha, R. M. (1994). Violência sexual contra crianças e adolescentes: Algumas sugestões para facilitar o diagnóstico correto. *Revista de Psiquiatria do RS*, 16, 158-167.
- Furniss, T. (2002). *Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar: manejo, terapia e intervenção legal integrados*. (M. A. V. Veronese, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original work published 1993).
- Gonçalves, R., Lages, A. C., Rodrigues, H., Pedrozo, A. L., Coutinho, E. S. F., Neylan, T., Figueira, I., & Ventura, P. (2011). Potenciais biomarcadores da terapia cognitivo-comportamental para o transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão sistemática. *Psiquiatria Clínica*, 38(4), 55-160.
- Habigzang, L. F., Borges, J. L., Dell'Aglio, D. D., & Koller, S. H. (2010). Caracterização dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual. *Psicologia Clínica*, 22(2) 27-44.
- Habigzang, L. F. (2006). *Avaliação e intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar*. Unpublished master's thesis, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- 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., Corte, F. D., Hatzenberger, R., Stroehel, F., & Koller, S. H. (2008). Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 21(2), 338-344.
- Ito, L. M., & Roso, M. C. (1998). Transtorno do estresse pós-Traumático. In L. M. Ito (Ed.), *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Knapp, P. (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Knapp, P., & Beck (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Psiquiatria Clínica*, 30(2) 54-64.
- Knapp, P., & Caminha, R. M. (2003). Terapia Cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. *Psiquiatria Clínica*, 25(1) 31-6.
- Lucânia, E. R., Valério, N. I., Barison, S. Z. P., & Miyazaki, M. C. O. S. (2009). Intervenção Cognitivo-Comportamental em violência sexual: um estudo de caso. *Psicologia em Estudo*, 14(4) 817-826.
- Machado, C. (2005). Avaliação da credibilidade de alegações de abuso sexual: Consensos e controvérsias. *Psicologia, Educação e Cultura*, IX, 513-534.
- Miller, K. (2008). *Educação infantil. Como lidar com situações difíceis*. Porto Alegre: Artemed.
- 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.
- Passarela C. M., Mendes, D. D., & Mari, J. J. (2010). Revisão sistemática para estudar a eficácia de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes abusadas sexualmente com transtorno de estresse pós-traumático. *Psiquiatria Clínica*, 37(2) 60-65.
- Petersen, C., & Weiner, R., Habigzang, L. Koller, S. (2011). *Terapia Cognitivo Comportamental para crianças e adolescentes. Ciência e Arte*. Porto Alegre: Artemed.
- Pires, A. L. D., & Miyazaki, M. C. O. S. (2005). Maus tratos contra crianças e adolescentes: Revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 12(1), 42-49.
- Rangé, B. (2001). Programa de Treinamento a distância para tratamento do transtorno de pânico e da agorafobia. *Psiquiatria Clínica*, 28(6) 331-339.
- Reinecke, M. A, Dattilio, F. M, & Freeman, A. (1999). *Terapia Cognitiva em Crianças e Adolescentes: Manual para a prática clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sanderson, C. (2005). *Abuso sexual em crianças: Fortalecendo pais e profissionais para proteger crianças de abusos sexuais*. (F. de Oliveira, Trans.). São Paulo: M. Books do Brasil.
- Serafim, A. P., Saffi, F., Achá, M. F. F., & Barros, D. M. (2011). Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Psiquiatria Clínica*, 38(2) 143-7.

Souza, E. R., Assis, G. S., & Alzuguir, F. C. V. (2002). Estratégias de atendimento aos casos de abuso sexual infantil: um estudo bibliográfico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2(2), 105-116.