

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA PARA MENINAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR

Luísa Fernanda Habigzang

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção
do grau de Mestre 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 2006

Dedico este trabalho a todas crianças e adolescentes
vítimas de violência sexual, principalmente
às meninas que participaram deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Desenvolver este trabalho foi uma tarefa que exigiu dedicação e um profundo envolvimento profissional e pessoal. Sem dúvida, esta tarefa não teria sido concluída sem a participação e o apoio de pessoas especiais que compartilharam comigo as alegrias e as angústias que surgiram ao longo deste caminho. Dessa forma, tenho muito a agradecer...

À minha mãe, Maria Cristina, que é meu porto seguro, sempre acompanhando com entusiasmo minha trajetória de vida, dando-me coragem para enfrentar os desafios e colo para chorar quando algo não dá certo. Te amo muito! Obrigada pela vida!!

À toda minha família, pelo amor e respeito, principalmente ao meu pai, Carlos, aos meus avós, Coral, Juan e Irma e aos meus irmãos Duda e Anderson. Vocês são fonte de inspiração por tudo que aprendi e continuo aprendendo convivendo com vocês;

À minha querida orientadora, Prof^a Sílvia Koller. É difícil expressar em palavras o quanto significas para mim. Trabalhar contigo é uma honra. Além da tua competência e sabedoria, és uma profissional ética e um ser humano maravilhoso. Obrigada por acreditar em mim, estimular meu crescimento e ser um exemplo de vida! Teu apoio e conhecimento foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho;

À equipe de pesquisa, Roberta, Israelisa, Fabiana e Fernanda, que se empenharam para oferecer um atendimento de qualidade às meninas que participaram deste estudo. Vocês são profissionais incríveis e foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Sei que além dos laços profissionais, também firmamos laços de amizade para a vida toda;

Aos colegas do CEP-RUA, que sempre estiveram presentes contribuindo com sugestões, referências e abraços quando a tarefa parecia difícil de ser realizada. Gostaria de fazer um agradecimento especial ao Vicente e ao Maylcon que me auxiliaram muito na análise dos dados e à Clarissa que me acolheu com muito carinho na família cepiana;

Aos meus amigos, que compreenderam minha falta de tempo e sempre me deram apoio e carinho. Lizandra, Tamara, Patrícia e Simone, vocês são muito importantes para mim;

Aos meus colegas de mestrado, principalmente a minha parceira Ana Carolina, que foram companheiros nesta caminhada;

Aos professores deste Curso de Pós-Graduação que contribuíram com seus conhecimentos para minha qualificação profissional;

Aos professores desta banca, Lisiane Bizarro, Renato Flores e Margareth Oliveira, pelo trabalho de relatoria e sugestões e críticas valiosas para a qualificação deste trabalho;

Ao CNPq que investiu em minha formação. O apoio financeiro foi fundamental para viabilizar este trabalho;

Ao Conselho Tutelar, Programa Sentinela e Secretaria da Assistência Social de Novo Hamburgo e ao Programa de Apoio a Meninos e Meninas (PROAME) de São Leopoldo que acreditaram nesta proposta de trabalho, contribuindo com encaminhamento de participantes e disponibilizando seu espaço físico para realização da pesquisa;

Às meninas que participaram deste estudo. Vocês foram fundamentais! Obrigada pela confiança!

SUMÁRIO

Lista de Tabelas	07
Lista de Figuras	08
Resumo	09
Abstract	10
Capítulo I	
Introdução	11
1. Abuso Sexual Intrafamiliar na Infância e Adolescência: Definição e Dinâmica	11
2. Dados Epidemiológicos	14
3. Conseqüências para o Desenvolvimento	17
4. Intervenção Psicológica para Vítimas de Abuso Sexual: Aspectos Gerais e Pesquisas Recentes	20
5. Terapia Cognitiva-Comportamental em Abuso Sexual Infantil	24
6. Considerações Éticas no Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso Sexual	29
Capítulo II	
Método	34
1. Participantes	34
2. Instrumentos	37
3. Procedimentos	39
3.1. Descrição das Sessões de Grupoterapia	42
Capítulo III	
Resultados e Discussão	46
1. Avaliação Clínica Inicial	46
2. Processo Terapêutico: A Intervenção	48
3. Impacto da Intervenção	63
Capítulo IV	
Considerações Finais	68
Referências	71

Anexos

Anexo A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	80
Anexo B. Entrevista Semi-Estruturada Inicial	82
Anexo C. <i>Children's Attributions And Perceptions Scale</i>	84
Anexo D. Entrevista para Avaliação Clínica de Transtorno do Estresse Pós-Traumático	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características Bio-sócio-demográficas das Participantes do Estudo	35
Tabela 2. Linha do Tempo das Atividades	63
Tabela 3. Média, Desvio Padrão e Mediana do Inventário de Depressão (CDI) e de Ansiedade (IDATE-C-Estado)	64
Tabela 4. Média, Desvio Padrão e Mediana da Escala de <i>Stress</i> Infantil (ESI)	64
Tabela 5. Média, Desvio Padrão e Mediana das Categorias de Sintomas de Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT)	65
Tabela 6. Frequência de crianças com transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) durante o pré-teste e pós-teste 3	66
Tabela 7. Média, Desvio Padrão e Mediana das Percepções das Participantes Relacionadas ao Abuso Avaliadas pela Entrevista CAPS	66

LISTA FIGURAS

Figura 1. Técnica de Construção do Agressor em Massa de Modelar	52
Figura 2. História em Quadrinhos sobre Situação-Problema	54
Figura 3. Botão de Emergência	55
Figura 4. Painel sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente	58

RESUMO

O abuso sexual contra crianças e adolescentes é um fenômeno complexo que envolve aspectos psicológicos, sociais e jurídicos. Esta forma de violência tem sido considerada um problema de saúde pública devido aos altos índices de incidência e ao impacto negativo para o desenvolvimento das vítimas. O presente estudo teve como objetivo aplicar e avaliar o efeito de um modelo de grupoterapia cognitiva-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar. Participaram do estudo 10 meninas com idade entre 09 e 13 anos. As participantes foram clinicamente avaliadas em três encontros individuais, nos quais foram aplicados instrumentos psicológicos que avaliaram sintomas de ansiedade, depressão, transtorno do estresse pós-traumático, *stress* infantil e crenças e percepções da criança em relação à experiência abusiva. Após a avaliação clínica, as participantes foram encaminhadas para a grupoterapia, constituída por 20 sessões semi-estruturadas. O processo terapêutico foi dividido em três etapas, segundo os objetivos e técnicas aplicadas, em: psicoeducação, treino de inoculação do estresse e prevenção à recaída. A reavaliação clínica foi realizada após cada etapa da intervenção e os resultados apontaram que as meninas apresentaram melhoras significativas nos sintomas de depressão, ansiedade e transtorno do estresse pós-traumático, bem como reestruturaram crenças disfuncionais sobre culpa, diferença em relação aos pares, percepção de credibilidade e confiança. Tais resultados sugerem que a grupoterapia foi efetiva, reduzindo a sintomatologia das participantes e proporcionando a elaboração de pensamentos funcionais em relação ao abuso sexual.

Palavras-chave: abuso sexual; infância; adolescência; terapia cognitiva-comportamental.

ABSTRACT

The sexual abuse against children and adolescents is a complex phenomenon, involving psychological, social and juridical aspects. This violence is considered a public health problem, due to the high epidemic incidence and negative impact to victim's development. The present study aims to assess the effectiveness of a cognitive-behavioral group therapy model with girls who were victims of intrafamilial sexual abuse. The sample was constituted by 10 girls aged 09-13 years old. The participants were evaluated in three individual encounters, when it was applied psychological tests that assessed anxiety, depression, post-traumatic stress disorder, and stress symptoms and child's beliefs and perceptions related to the abusive experience. After clinic evaluation, the participants were directed to the group therapy constituted by 20 semi-structure sessions. The therapeutic process was divided in three stages, according to specific goals and techniques. The clinic re-evaluation was developed after each stage of the intervention and the results pointed out to the significant improvement of the girls in depression, anxiety and post-traumatic stress disorder symptoms, and restructured dysfunctional cognitions about blame, differentiation with peers, and self trust perceptions. These results suggested that the group therapy model was effective, showing the reduction of symptoms and providing the elaboration of functional thoughts in relation to the sexual abuse.

Keywords: sexual abuse, childhood, adolescence, cognitive-behavior therapy.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O abuso sexual infantil tem sido considerado um grave problema de saúde pública e a literatura especializada aponta a existência, em vários países, de programas em desenvolvimento para estudo, prevenção e tratamento. No Brasil, apesar da intensificação de pesquisas que investigam a dinâmica e os efeitos desta forma de violência, constata-se a necessidade de estudos para verificar a efetividade de métodos de avaliação e intervenção terapêutica. O desenvolvimento de pesquisas sobre métodos de avaliação e tratamento para vítimas de abuso sexual é extremamente importante, devido à elevada incidência epidemiológica e aos sérios prejuízos para o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social decorrentes. A presente dissertação de mestrado tem como principais objetivos: aplicar e verificar o efeito de um método de avaliação e intervenção clínica para meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar. Estudos com esse objetivo podem contribuir para qualificar o funcionamento da rede de atendimento a crianças e a adolescentes vítimas de abuso sexual, que no Brasil ainda apresenta sérias dificuldades para desempenhar as políticas públicas definidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990).

O Capítulo I apresenta uma revisão da literatura sobre abuso sexual contra crianças e adolescentes. O objetivo da revisão é caracterizar o objeto de estudo, apresentando a definição e dinâmica dessa forma de violência, bem como dados epidemiológicos e consequências para o desenvolvimento das vítimas. A revisão também aborda questões sobre o tratamento psicológico, especificamente a terapia cognitivo-comportamental focada no abuso, e aspectos éticos relacionados com a intervenção nos casos de abuso sexual infantil.

1. Abuso Sexual Intrafamiliar na Infância e na Adolescência: Definição e Dinâmica

A infância e a adolescência são etapas fundamentais para o desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social do indivíduo. Dessa forma, crianças e adolescentes são considerados indivíduos em condição peculiar de desenvolvimento, necessitando cuidados especiais que garantam sua proteção e potencializem seu crescimento intra e interpessoal. Nesse sentido, toda a sociedade e o poder público são responsáveis pela garantia dos direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal nº 8.069, 1990).

A família desempenha um papel de destaque neste processo, uma vez que constitui o primeiro sistema social no qual o ser humano em desenvolvimento interage. Além do provimento de bens, sustento, educação informal e preparo à educação formal, os cuidadores são responsáveis pela transmissão de valores culturais de diversas naturezas, tais como, religiosos, morais, tradicionais e acadêmicos. A dinâmica do grupo familiar é poderosa no desenvolvimento dos

repertórios básicos de comportamento da criança. A família influencia o desenvolvimento do senso de cooperação e reciprocidade das crianças, quando se mostram sensíveis e responsivos às suas necessidades. Nesta perspectiva, o sentimento de pertencimento e a percepção de ser amada fortalecem a expectativa da criança de que suas necessidades serão atendidas, facilitando a busca de novos elos e de gratificação no seu ambiente de forma efetiva. Em situações de risco ou ameaça, a expectativa de apoio percebida e recebida dos cuidadores reduz a angústia da criança. As transações entre os cuidadores e a criança fortalecem o desenvolvimento de seus recursos internos para enfrentar com expectativa de sucesso as situações de risco (Brito & Koller, 1999).

Entretanto, nem sempre os cuidadores comportam-se de forma protetiva e as situações de risco experienciadas pela criança podem ocorrer dentro do sistema familiar. Pesquisas apontam que 80% das ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes são perpetradas no ambiente doméstico (Oliveira & Flores, 1999; Pires, 1999). Os termos abuso ou maus tratos contra crianças e adolescentes são utilizados para definir negligência, violência psicológica, física e sexual, de maneira repetitiva e intencional, perpetrado por um adulto ou alguém em estágio de desenvolvimento superior (idade, força física, posição social, condição econômica, inteligência, autoridade). O perpetrador utiliza-se do poder, da relação de confiança e/ou força física para colocar a criança e/ou adolescente em situações para as quais não possui condições maturacionais biológicas e psicológicas de enfrentamento (Ferreira & Schramm, 2000; Furniss, 1993; Grinblatt, Martins, Caminha, & Flores, 1994).

Dentre as categorias de maus tratos, o abuso sexual tem sido considerado um importante problema de saúde pública na infância e na adolescência. Essa forma de violência é definida 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. O abuso sexual infantil 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 (Organização Mundial da Saúde, 1999).

O abuso sexual também pode ser definido, de acordo com o contexto de ocorrência, em diferentes categorias. O abuso sexual extrafamiliar ocorre fora do ambiente doméstico, envolvendo situações de pornografia e exploração sexual (Amazarray & Koller, 1998; Koller, Moraes, & Cerqueira-Santos, 2005). No entanto, é dentro do contexto familiar que ocorre a maioria dos casos

de abuso sexual contra crianças e adolescentes, perpetrados por pessoas próximas, que desempenham um papel de cuidador. Nestes casos, o abuso sexual é denominado intrafamiliar ou incestuoso (Braun, 2002; Cohen & Mannarino, 2000a; Habigzang & Caminha, 2004; Koller & De Antoni, 2004). As relações sexuais, mesmo sem laços de consangüinidade, envolvendo uma criança e um adulto responsável (tutor, cuidador, membro da família ou familiar à criança) são consideradas incestuosas (Azevedo, Guerra, & Vaiciunas, 1997; Cohen & Mannarino; Thomas, Eckenrode, & Garbarino, 1997). Isto inclui madrastas, padrastos, tutores, meio-irmãos, avós e até namorados ou companheiros que morem junto com o pai ou a mãe, caso eles assumam a função de cuidadores (Forward & Buck, 1989).

O abuso sexual intrafamiliar é desencadeado e mantido por uma dinâmica complexa. O perpetrador utiliza-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 se torna mais explícito e que a vítima percebe a violência, o perpetrador utiliza recursos, tais como barganhas e ameaças para que a criança mantenha a situação em segredo. Este segredo é mantido, na maioria dos casos, por pelo menos um ano (Furniss, 1993; Habigzang & Caminha, 2004; Habigzang, Koller, Azevedo & Machado, 2005). A criança percebe-se vulnerável, acredita nas ameaças e desenvolve crenças de que é culpada pelo abuso, sentindo vergonha e medo de revelá-lo à família e ser punida. Dessa forma, a criança adapta-se à situação abusiva para manter as relações familiares (Cohen & Mannarino, 2000a; Gabel, 1997).

A presença de outras formas de violência intrafamiliar tais como negligência e abusos físicos e emocionais, é um fator freqüentemente associado ao abuso sexual que dificulta que sua dinâmica seja rompida. Os relatos das vítimas revelam ameaças e agressões físicas sofridas durante o abuso sexual, bem como sentenças depreciativas utilizadas pelo agressor. Estas também referem 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 que 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 (De Antoni & Koller, 2000a; Dong, Anda, Dube, Giles, & Felitti, 2003; Habigzang & Caminha, 2004; Kellog, & Menard, 2003).

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 fatores 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 reestruturadas (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).

Além dos fatores de risco intrafamiliares, existem fatores extrafamiliares que contribuem para que o abuso sexual envolvendo 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 e a subestimar a severidade e a extensão do abuso sexual, devido ao fato de que esse significa a violação de tabus sociais, como o incesto, despertando então, sentimentos de raiva e desconforto nos próprios agentes de saúde e do poder judiciário. A criança é, então, duplamente vitimizada: primeiro pela violência sexual e dinâmica familiar e segundo pela incredulidade dos adultos (Furniss, 1993; Zavaschi, Telelbom, Gazal, & Shansis, 1991).

2. Dados Epidemiológicos

O abuso sexual contra crianças e adolescentes não é um fenômeno atual. Referências a atividades sexuais entre adultos e crianças podem ser encontradas nos registros de civilizações antigas e modernas. Tais registros históricos revelam reações sociais extremamente ambivalentes, variando desde a negação da existência de contato sexual entre adultos e crianças até a aceitação desse contato (Deblinger & Heflin, 1992/1995). No entanto, foi recentemente que o abuso sexual infantil passou a ser foco de pesquisas que têm documentado o impacto psicossocial desta experiência no desenvolvimento de crianças e adolescentes, bem como têm recebido atenção dos meios de comunicação (Amazarray & Koller, 1998). A real frequência dos abusos, possivelmente, permaneceu constante, mas o que parece estar aumentando é a atenção que é dada atualmente ao problema (Flores & Caminha, 1994).

As pesquisas desenvolvidas para investigar a incidência de abuso sexual apresentam resultados com variações consideráveis, em função da definição de abuso sexual empregada, pois algumas incluem comportamentos sem contato físico e outras incluem apenas comportamentos com contato físico. Outro fator que influencia os resultados dos estudos epidemiológicos é 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).

O *National Committee for the Prevention of Child Abuse* dos Estados Unidos aponta que a cada ano são relatados aproximadamente 150 a 200 mil novos casos de abuso sexual infantil nos Estados Unidos (Kaplan & Sadock, 1994/1997). Outro levantamento nacional realizado nos Estados Unidos, entre 2002 e 2003, 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).

No Brasil, algumas pesquisas vêm sendo conduzidas para estimar a epidemiologia de abuso sexual contra crianças e adolescentes. Em uma pesquisa desenvolvida na região metropolitana de Porto Alegre, entre 1997 e 1998, foram estudados 1.754 registros de crianças e adolescentes de zero a 14 anos que sofreram algum tipo de violência. Nesta foram consultadas 75 instituições que prestam atendimento a crianças e adolescentes, tais como conselhos tutelares, casas de passagem, hospitais, órgãos do Ministério Público, entre outros. Com relação aos abusos sexuais, os números apontaram que 79,4% das vítimas foram meninas e 20,6% foram meninos. Também foi investigado o local de ocorrência destes abusos e foi constatado que 65,7% ocorreram na residência da vítima, 22,2% na rua, 9,8% na residência de terceiros e 2,4% em instituições públicas (Kristensen, Oliveira, & Flores, 1999).

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 RS (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 está 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 referiram 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, 19% estavam sóbrios e 38% das fichas isto não foi informado. Com relação ao fato, foi verificada a especificação deste, sendo que em 46% dos casos houve estupro, 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).

Outro levantamento, realizado no Ambulatório de Maus Tratos de Caxias do Sul/RS, entre 1998 e 1999, constatou um significativo predomínio de abuso sexual (59%) e de vítimas do sexo feminino (77%). A maioria dos abusos ocorreu com crianças entre seis e nove anos de idade (35%), sendo o pai o responsável pelas agressões em 33% dos casos (De Lorenzi, Pontalti, & 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 (Habigzang, Koller, Azevedo & Machado, 2005). Esta análise apontou que a maioria das vítimas foi do sexo feminino (80,9%) e tinha 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.

Os dados epidemiológicos apontam que maioria dos abusos sexuais contra crianças e adolescentes ocorre dentro da casa da vítima e configura-se 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 bastante precoce, concentrando-se entre os cinco e os 10 anos de idade. A mãe é a pessoa mais procurada na solicitação de ajuda e a maioria dos casos é revelada pelo menos um ano depois do início do abuso sexual. 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 potencializar a eficácia de planos preventivos e terapêuticos de intervenção.

3. Conseqüências para o Desenvolvimento

A experiência de abuso sexual pode afetar o desenvolvimento de crianças e adolescentes de diferentes formas, uma vez que algumas apresentam efeitos mínimos ou nenhum efeito aparente, enquanto outras desenvolvem severos problemas emocionais, sociais e/ou psiquiátricos (Elliott & Carne, 2001; Heflin & Deblinger, 1996/1999; Runyon & Kenny, 2002; Saywitz, Mannarino, Berliner, & Cohen, 2000). O impacto da violência sexual está relacionado a três conjuntos de fatores: fatores intrínsecos à criança, fatores extrínsecos, envolvendo a sua rede de apoio social e afetiva, e fatores relacionados com a violência sexual em si.

Os fatores intrínsecos à criança envolvem a saúde emocional prévia, o temperamento, as experiências de vida anteriores e as crenças que esta desenvolve sobre a experiência abusiva. As crianças que apresentam crenças de que são diferentes de seu grupo de pares e responsáveis pela violência sexual, bem como pela dissolução da família apresentam níveis maiores de sintomatologia. A percepção da criança de que sua família e amigos não acreditaram em sua revelação sobre o abuso e o baixo nível de confiança interpessoal da vítima também contribuem para o desenvolvimento de sintomas de depressão e ansiedade (Cohen & Mannarino, 2000b, 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 social é definida como o conjunto de sistemas e de pessoas significativas que compõem os elos de relacionamento existentes e percebidos pela criança. A esse construto foi agregado o elemento afetivo, 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).

As características da violência sexual também podem ser associadas ao impacto desta experiência para o desenvolvimento da vítima. A idade da vítima 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 consequências negativas do abuso sexual (Furniss, 1993; Gabel, 1997; Mattos, 2002).

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 da violência sexual para a criança, esta experiência é considerada um importante fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologias (Saywitz et al., 2000). A literatura aponta que crianças ou adolescentes podem desenvolver quadros de depressão, transtornos de ansiedade, alimentares, enurese, encoprese, dissociativos, hiperatividade e déficit de atenção e transtorno do estresse pós-traumático (Briere & Elliott, 2003; Cohen, Mannarino, & Rogal, 2001; Duarte & Arboleda, 2004; Habigzang & Caminha, 2004; Heflin & Deblinger, 1996/1999; Runyon & Kenny, 2002).

Entretanto, 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 desenvolvem sintomas de TEPT (Cohen, 2003; Saywitz et al., 2000). As manifestações do TEPT são agrupadas em três categorias: 1) experiência contínua do evento traumático (lembranças intrusivas, sonhos traumáticos, jogos repetitivos, comportamento de reconstituição, angústia nas lembranças traumáticas); 2) evitação e entorpecimento (de pensamentos e lembranças do trauma, amnésia psicogênica, desligamento); e, 3) excitação aumentada (transtorno do sono, irritabilidade, raiva, dificuldade de concentração, hipervigilância, resposta exagerada de sobressalto e resposta autônoma a lembranças traumáticas) (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-IV-TR, 2002).

Além de transtornos psicopatológicos, crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual podem apresentar alterações comportamentais, cognitivas e emocionais. Entre as alterações

comportamentais destacam-se: conduta hipersexualizada, abuso de substâncias, fugas do lar, furtos, isolamento social, agressividade, mudanças nos padrões de sono e alimentação, comportamentos autodestrutivos, tais como se machucar e tentativas de suicídio. As alterações cognitivas incluem: baixa concentração e atenção, dissociação, refúgio na fantasia, baixo rendimento escolar e crenças distorcidas, tais como percepção de que é culpada pelo abuso, diferença em relação aos pares, desconfiança e percepção de inferioridade e inadequação. As alterações emocionais referem-se aos sentimentos de medo, vergonha, culpa, ansiedade, tristeza, raiva e irritabilidade (Amazarray & Koller, 1998; Cohen & Mannarino, 2000b; Cohen, Mannarino, & Rogal, 2001; Habigzang & Caminha, 2004; Haugaard, 2003; Jonzon & Lindblad, 2004; Rosenthal, Feiring, & Taska, 2003). 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 (Azevedo, Guerra, & Vaiciunas, 1997; Rouyer, 1997; Sanderson, 2005).

A longo prazo, as conseqüências decorrentes do abuso permanecem e, em muitos casos, agravam-se quando não há uma intervenção adequada. Em um estudo, no qual foi aplicado um questionário sobre a infância a todas as pessoas com idade a partir de 19 anos que freqüentavam um hospital para exames preventivos de saúde, foi verificado que 5,9% dos pacientes referiram ter histórico de abuso sexual na infância. Entre os que relataram história de abuso foi identificado que estes apresentavam 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).

As conseqüências da violência sexual são sempre sérias, mesmo que uma criança não apresente sintomas externos ou se esses são de pouca relevância, isto não significa que ela não sofra ou não venha a sofrer com os efeitos dessa experiência. As conseqüências podem estar ainda latentes e talvez se manifestem posteriormente, frente à resolução de uma crise evolutiva ou situacional frente ao estresse. Dessa forma, uma criança que sofreu violência sexual deve ser sempre considerada uma criança em situação de risco (Amazarray & Koller, 1998).

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 comumente encontrados em crianças e adolescentes sexualmente abusados. Além disso, esses profissionais também devem estar preparados para os encaminhamentos necessários para que as vítimas recebam atendimento legal, médico e psicológico adequados. O desenvolvimento e avaliação de modelos de tratamento psicológico para esta população são também fundamentais, tendo como alvo os problemas decorrentes do abuso citados pela literatura especializada.

4. Intervenção Psicológica para Vítimas de Abuso Sexual: Aspectos Gerais e Pesquisas

Recentes

A intervenção terapêutica em casos de abuso sexual em crianças e adolescentes é complexa e 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. Conforme apresentado anteriormente, as crianças e os adolescentes são impactados de forma singular por experiências sexualmente abusivas. Dessa forma, tratamentos em diferentes modalidades (individual, familiar, grupo, farmacológico), bem como diferentes níveis de cuidados, podem ser necessários para diferentes crianças ou pela mesma criança em diferentes tempos (Saywitz et al., 2000). Alguns aspectos gerais do tratamento e estudos recentes sobre a efetividade das intervenções estão brevemente apresentados a seguir:

Vínculo terapêutico e objetivos centrais do tratamento

No tratamento da criança ou adolescente, independentemente do referencial teórico que fundamenta a intervenção, é necessário criar um clima de segurança e aceitação para que a criança adquira confiança e comece a se comunicar. O terapeuta deve buscar reverter os sentimentos de desespero, desamparo, impotência, aprisionamento, isolamento e auto-acusação, freqüentemente apresentados pela criança. O resgate da auto-estima e da esperança é fundamental, pois o abuso distorce a visão da criança do que a vida pode lhe oferecer. O trabalho do terapeuta consiste em transformar o ocorrido em uma influência para a vida, ao invés de ser obstáculo, motivando a criança a crescer e ver o futuro com esperança. O processo de resolução do trauma implica que a criança ou adolescente relembre, repita e re-experencie o trauma (Zavaschi et al., 1991).

Tempo de tratamento

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). O tempo de intervenção clínica pode variar devido ao referencial teórico que a fundamenta e aos fatores relacionados com a história de abuso e 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 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).

Modalidades terapêuticas

Diversas modalidades terapêuticas podem ser utilizadas como recursos para a intervenção. A literatura aponta intervenções na modalidade individual, grupal e familiar (Cohen & Mannarino, 2000b; Deblinger, Stauffer, & Steer, 2001; Furniss, 1993; Hayde, Bentovim, & Monck, 1995; Saywitz et al., 2000). Dentre as modalidades de tratamento, as pesquisas apontam que o formato grupal tem obtido resultados positivos. O grupo oportuniza à criança verificar que não está sozinha e tem a função de oferecer apoio e alívio emocional individual, através da assimilação consciente dos episódios abusivos. Busca, também, modificar o autoconceito das vítimas, de autodesprezo para autovalorização. Os grupos devem ser constituído por participantes da mesma faixa-etária. Dessa forma, no período pré-escolar, o grupo auxilia a diminuir o isolamento e a melhorar as habilidades sociais apropriadas para a idade, sendo baseado em jogos. Nos grupos de crianças na latência, a capacidade de expressão verbal propicia que se fale sobre as mudanças ocorridas na vida com a revelação do abuso. Isto pode ser feito através de jogos apropriados para a idade e o uso de desenhos dirigidos (auto-retrato, desenho da família, de um sonho, de uma casa). Tais exercícios de desenho permitem um caminho não-verbal para quebrar o segredo que mantinha essas crianças isoladas e impotentes. Os grupos envolvem, em geral, até dez crianças. Na adolescência, o apoio social do grupo de iguais é importante, sendo útil como modalidade de tratamento. Em geral, tem seis a oito participantes e oferece ao adolescente um ambiente no qual pode discutir seus sentimentos e os problemas específicos da adolescência, como as mudanças no corpo, os papéis, as

escolhas, a sexualidade e o incesto. Nesta fase, em que as angústias são freqüentemente atuadas na conduta, as vítimas de abuso podem apresentar fugas de casa, abuso de drogas, tentativas de suicídio e promiscuidade, o que deve ser associado ao problema do abuso sexual. Nos grupos são trabalhados os conceitos (bom, ruim), o que é seguro fazer e o que não é seguro, a colocação de limites para si e na relação com as outras pessoas e, ainda, o autocontrole. São, também, estimuladas a comunicação verbal e a transformação de ação em sentimentos (Zavaschi et al., 1991).

Dessa forma, a grupoterapia para vítimas de abuso sexual apresenta-se como modalidade ótima para redução de sentimentos de diferença e auto-estigmatização das pacientes. O processo de grupo prioriza espaços para que as vítimas possam reestruturar pensamentos e sentimentos distorcidos, através do relato de sentimentos referentes ao abuso, da discussão das crenças de culpa pela experiência abusiva e do desenvolvimento de habilidades preventivas a outras situações abusivas. Essa modalidade terapêutica 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 tratamentos 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. Os autores utilizaram o *Quay Revised Behavior Child Checklist* (RBPC) e o *Eyberg Child Behavior Inventory* (ECBI) que avaliam alterações de comportamento antes e depois de seis meses da aplicação do programa de tratamento. Os pais ou cuidadores responderam aos dois instrumentos que avaliaram questões como auto-estima, vergonha, depressão, ansiedade, problemas de conduta, agressividade, dificuldade de concentração e comportamentos excessivamente sexualizados. 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 ser 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 combinação de diferentes componentes de tratamento também têm 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 nas avaliações 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).

Poucos estudos controlados têm sido realizados para avaliar os resultados de tratamentos com crianças vítimas de abuso sexual, devido a uma série de obstáculos (Saywitz et al., 2000):

- 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 a 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 vêm acompanhada de outras formas de violência extra e intrafamiliar. Dessa forma, a melhoria das crianças não depende apenas da eficácia do tratamento, mas do funcionamento dos adultos cuidadores da criança. 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 melhoria.

Apesar dos obstáculos descritos, as pesquisas que utilizam a Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) como forma de tratamento têm apresentado melhores resultados quando comparada com outras formas de tratamento não-focais para crianças e adolescentes com sintomas de ansiedade, depressão e problemas comportamentais decorrentes de violência sexual (Cohen, Mannarino, & Knudsen, 2005; Deblinger, Stauffer, & Steer, 2001; Saywitz et al., 2000). Além disso, TCC focada no trauma tem apresentado alta eficácia na redução de sintomas do transtorno do estresse pós-traumático (Cohen, Mannarino, & Rogal, 2001; Cohen, 2003) e na reestruturação de crenças disfuncionais com relação à experiência abusiva (Celano, Campbell, & Lang, 2002).

5. Terapia Cognitiva-Comportamental em Abuso Sexual Infantil

A terapia cognitiva-comportamental foi desenvolvida por Aaron Beck no início da década de 60 e é definida como uma psicoterapia breve, estruturada, focal, orientada para o presente e que tem como objetivo modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais (Beck, 1995/1997). Esta modalidade psicoterapêutica baseia-se na compreensão de que o modo como o indivíduo estrutura suas experiências internamente determina em grande parte o modo como ele se sente e se comporta. Nesta perspectiva, a psicopatologia é considerada um exagero das respostas adaptativas normais (Freeman & Dattilio, 1992/1998).

A TCC difere das demais abordagens psicoterápicas por caracterizar-se como um processo cooperativo de investigação empírica, testagem da realidade e resolução de problemas entre terapeuta e paciente (Beck & Alford, 1997/2000). Esta enfatiza a interação entre cinco elementos: ambiente (incluindo história do desenvolvimento e cultura), biologia, afeto, comportamento e cognição. Isto significa que todos estes fatores são igualmente considerados nos modelos de intervenção. No entanto, as cognições são vistas como ponto chave para a intervenção na terapia

cognitiva. A reestruturação cognitiva é fundamental, uma vez que a teoria sustentadora da prática clínica afirma que as representações acerca de si, dos outros e do futuro (tríade cognitiva) são importantes para compreender o funcionamento emocional e os padrões de comportamento do indivíduo. Esta tríade cognitiva se estrutura ao longo da vida, através das interações do indivíduo com o seu meio (Dattilio & Padesky, 1990/1995).

O objetivo da TCC é auxiliar os pacientes a identificar esquemas cognitivo-comportamentais disfuncionais, testar seus pensamentos e comportamentos em relação à realidade e construir estratégias mais adequadas e funcionais para reagir, tanto inter, quanto intrapessoalmente. Portanto, o objetivo da terapia cognitiva não é curar, mas antes ajudar o paciente a desenvolver melhores estratégias de enfrentamento para lidar com sua vida (Dattilio & Freeman, 1992/1995). Neste sentido, a TCC pode ser um instrumento de promoção de resiliência e saúde.

A terapia cognitiva-comportamental vem sendo testada por diversos pesquisadores como método de intervenção para casos de abuso sexual infantil, tanto individualmente quanto no formato de grupo. Uma das razões pelas quais a TCC é potencialmente benéfica nestes casos é por incorporar no tratamento estratégias que têm como alvos sintomas específicos. As intervenções têm como alvos, principalmente, sintomas de TEPT (revivência do evento traumático com pensamentos ou *flashbacks*, esquiva de lembranças e excitação aumentada). A ansiedade e esquiva são trabalhadas com exposição gradual e dessensibilização sistemática, inoculação de estresse, treino de relaxamento e interrupção e substituição de pensamentos perturbadores por outros que recuperem o controle das emoções. Sintomas de depressão são trabalhados com treino de habilidades de *coping* e reestruturação de crenças distorcidas. Problemas comportamentais são trabalhados com técnicas de modificação de comportamento. Além disso, a TCC trabalha na prevenção de futuras revitimizações (Astin & Resick, 2002; Calhoun & Resick, 1993/1999; Celano, Hazzard, Campbell, & Lang, 2002; Cohen, 2003; Rangé & Masci, 2001; Saywitz et al., 2000).

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 cognitiva-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 (Cohen e Mannarino, 2000b).

Entre os resultados de Cohen e Mannarino (2000b), 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.

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 e o resultados 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.

A investigação das relações entre a exposição à terapia focada no abuso e as mudanças na sintomatologia em crianças sexualmente abusadas foi realizada também por Lanktree e Briere (1995). Os objetivos da pesquisa eram verificar se a sintomatologia 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 refere-se ao 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).

A descrição de estudos de caso também tem apontado os benefícios da TCC nos casos de abuso sexual infantil. A TCC permite à criança desenvolver uma sensação de controle dentro da estrutura estabelecida pelo terapeuta (Knell & Ruma, 1996/1999). A educação sobre o abuso sexual infantil é o primeiro passo dentro da intervenção terapêutica, que deve incluir sessões com a criança ou adolescente e com seu cuidador (Heflin & Deblinger, 1996/1999). A psicoeducação quanto o abuso, bem como o estabelecimento de uma relação entre as mudanças de comportamento e o trauma é fundamental, uma vez que se constata na prática clínica que a criança vítima de abuso sexual tende a apresentar severas distorções cognitivas (Heflin & Deblinger). O programa de tratamento ainda deve incluir técnicas como treinamento de habilidades para lidar com problemas, exposição gradual às lembranças traumáticas e educação sobre encontros, sexualidade e habilidades para a manutenção da segurança do corpo. O uso do jogo é um importante recurso terapêutico para expressão de pensamentos e sentimentos com relação ao abuso. Entre os dispositivos utilizados estão: brinquedo com bonecos e marionetes, biblioterapia, desenho e outras formas de expressão artística como esculturas em argila. Por fim, um dos objetivos mais importantes da TCC focada no abuso é ajudar a criança a generalizar para o ambiente natural as condutas aprendidas na terapia, bem como para a manutenção destas condutas funcionais depois do término do tratamento (Knell & Ruma).

A TCC no formato grupal apresenta algumas vantagens em relação ao formato individual, tais como: função da universalidade, função da coesão, interação com outras pessoas, aprendizado com outros que estão em situações semelhantes de crise (Sheldon, 1993/1996). O grupo proporciona uma ampla oportunidade de aprender como os outros enfrentam suas dificuldades individuais, compartilhando estratégias e recursos de enfrentamento. O terapeuta, em colaboração com os outros membros do grupo, pode auxiliar o paciente a construir respostas alternativas mais funcionais e adequadas frente às situações-problema (Courchaine & Dowd, 1992/1995). O formato grupal possibilita verificar sistemas de crenças e os comportamentos dos pacientes, especialmente os interpessoais, permitindo aprender novas interações em um contexto seguro, no qual se pode praticar e reforçar novos comportamentos. Além disso, os grupos possibilitam uma melhor relação custo/eficácia, uma vez que o terapeuta pode trabalhar com vários pacientes ao mesmo tempo (McCrone, Weeramanthri, Knapp, Rushton, Trowell, Miles, & Kolvin, 2005; Wessler, 1996).

Alguns estudos apontam que a TCC no formato grupal tem obtido resultados positivos no tratamento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, uma vez que oportuniza reduzir o sentimento de diferença em relação aos pares, bem como oferece espaços para que as vítimas possam relatar sentimentos referentes ao abuso; discutir crenças quanto à culpa pela experiência abusiva; integrar e reestruturar a memória traumática, desenvolver habilidades preventivas a outras situações abusivas; e, elaborar sentimentos de isolamento e estigmatização (Habigzang & Caminha, 2004; Kruczek & Vitanza, 1999; McCrone et al., 2005; McGain & McKinzey, 1995; Smith, 1993/1996).

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. Além disso, é importante que os pais sejam ajudados para que possam controlar seu sofrimento e oferecer o apoio afetivo e protetivo necessário aos filhos (Habigzang & Caminha, 2004; Deblinger, Stauffer, & Steer, 2001; Saywitz et al., 2000).

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 (Deblinger, Stauffer, & Steer, 2001). 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.

A TCC tem apresentado resultados positivos 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 (Cohen & Mannarino, 2000b; Habigzang & Caminha, 2004; Heflin & Deblinger, 1996/1999; Knell & Ruma, 1996/1999; Saywitz et al., 2000). 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).

6. Considerações Éticas no Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso Sexual

Até os últimos anos, a criança que fazia revelações de abusos sexuais era suspeita de fantasiar. Atualmente, os profissionais que conhecem essas situações e costumam trabalhar com crianças vítimas de violência, sabem que são raros os casos em que as crianças não dizem a verdade (Thouvenin, 1997). A revelação é um momento crucial que pode, por si só, representar um risco de trauma suplementar para a criança ou adolescente. Dessa forma, a denúncia do abuso aos órgãos de proteção e o acompanhamento do caso são fundamentais e os psicólogos precisam estar conscientes das implicações legais e éticas de suas intervenções (Saywitz et al., 2000).

No Brasil, 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 a 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 Lei Federal nº 8069/1990).

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. A identificação da violência nos serviços de saúde é ainda carregada de muitas incertezas. Além disso, esta questão não tem sido tratada na maioria dos currículos de graduação, logo, muitos profissionais não dispõem de informações básicas que permitam diagnosticá-la (Gonçalves & Ferreira, 2002).

As principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais foi foco do estudo de Gonçalves e Ferreira (2002). A análise concluiu que estas se dão pela necessidade de: a) esclarecimento da noção legal de maus-tratos e da concepção de suspeita; b) preparação de manuais técnicos de orientação; c) melhoria da infra-estrutura de serviços; d) realização de outros estudos sobre as conseqüências do ato de notificar, especialmente sobre a concepção de justiça que a notificação transmite a família brasileira. A principal dúvida dos profissionais é: o ato de notificar representa uma quebra do sigilo profissional? 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 psicólogo 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 psicólogo 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 seu paciente 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).

Na área da pesquisa em Psicologia foi homologada, em 2000, a Resolução n. 016 (Conselho Federal de Psicologia, 2000) que deve ser utilizada para embasar o posicionamento ético do psicólogo. Esse documento representa 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, caso necessário.

Os dados epidemiológicos e o impacto negativo que o abuso sexual pode desencadear, bem como as dimensões sociais, jurídicas e psicológicas que envolvem este complexo fenômeno sugerem que qualquer intervenção depende da ação coordenada de diferentes profissionais e instituições para que seja efetiva (Amazarray & Koller, 1998; Gomes, Junqueira, Silva, & Junger, 2002; Gonçalves & Ferreira, 2002; Habigzang & Caminha, 2004). Os órgãos de proteção à criança e ao adolescente, tais como os Conselhos de Direito, Conselhos Tutelares, Promotoria e Juizado da Infância e Adolescência, e demais instituições como escolas, postos de saúde, hospitais, abrigos, entre outras, compõem a rede de apoio social para as vítimas e suas famílias.

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 adequado. 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 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, no prelo).

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). 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 efetividade da intervenção nesses casos depende, em grande parte, da boa coordenação e comunicação entre os profissionais e serviços envolvidos. Uma vez o fato relatado, faz-se necessária a intervenção externa para reassegurar a criança e separar fisicamente o abusador da família. Profissionais habilitados devem coordenar esta intervenção para reduzir o trauma para a criança. É também necessário realizar o exame físico na suspeita de trauma genital ou himenial, doença venérea ou gravidez (Zavaschi et al., 1991).

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 (Grinblatt, Martins, Sattler, Caminha, & Flores, 1994). Dessa forma, a superação da condição de vulnerabilidade deve considerar, entre as possibilidades de encaminhamento, o abrigo da vítima como uma alternativa de salvaguardar 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 (Fromer, 2002).

Dessa forma, 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 do psicólogo 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).

A revisão teórica apresentada sobre abuso sexual infantil intrafamiliar aponta a complexidade deste problema, devido a sua dinâmica e aos altos índices de incidência. Além disso, o impacto negativo para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, tais como percepções distorcidas de culpa, auto-estigmatização e desconfiança, e transtornos psicológicos frequentemente associados, tais como depressão, ansiedade e transtorno do estresse pós-traumático, sugere a necessidade de estudos que proponham modelos de intervenção clínica e avaliação de sua efetividade. Atendendo a esta necessidade, o presente estudo tem como objetivo aplicar e avaliar o efeito do modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental proposto por Habigzang e Caminha (2004) para meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar. Objetivos específicos da pesquisa são: 1) Desenvolver um modelo de avaliação clínica para verificar principais alterações comportamentais e sintomas psicopatológicos decorrentes de abusos sexuais intrafamiliares em meninas entre nove e 14 anos; 2) Adaptar, para uso no Brasil, o instrumento *The Children's Attributions and Perceptions Scale* (CAPS) para avaliação clínica de meninas vítimas de abuso sexual; e, 3) Verificar o impacto cumulativo de diferentes técnicas cognitivas e comportamentais (psicoeducação, treino de inoculação do estresse e prevenção à recaída) na redução de sintomas de depressão, ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático e na reestruturação de crenças distorcidas com relação ao abuso sexual.

CAPÍTULO II

MÉTODO

O Capítulo II apresenta o método utilizado no estudo. O delineamento com medidas repetidas de um grupo experimental foi adotado para avaliação do efeito de um modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar. A intervenção 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, bem como à reestruturação de crenças disfuncionais em relação à experiência abusiva. O processo de seleção das participantes, os instrumentos de avaliação e os procedimentos empregados estão descritos a seguir.

1. Participantes

O estudo foi realizado com 10 meninas com idade entre nove e 13 anos que foram submetidas a pelo menos um episódio de abuso sexual intrafamiliar. Os critérios de inclusão para o estudo foram: presença de pelo menos um episódio de abuso sexual intrafamiliar, sexo feminino e idade entre nove e 14 anos. Os critérios de exclusão foram presença de sintomas psicóticos e retardo mental. Contudo, não houve encaminhamento de meninas com tais características.

Um breve relato dos casos das meninas¹ que participaram do estudo será descrito aqui, contendo aspectos relatados por elas durante a realização do estudo, para melhor conhecimento. A Tabela 1 apresenta um resumo dos dados sobre as participantes.

Fernanda, 10 anos, residia com a tia e a avó paternas, pois os pais perderam sua guarda. Foi vítima de abuso sexual perpetrado pelo irmão mais velho que tinha 17 anos, filho do primeiro casamento da mãe. Segundo a menina, a violência teve início quando ela tinha oito anos. Fernanda relatou que contava para os pais o que acontecia com o irmão e estes brigavam com ele, mas os abusos continuavam a acontecer. A tia de Fernanda ao tomar conhecimento da situação denunciou a violência ao Conselho Tutelar, que providenciou o abrigo da menina e de seus irmãos menores. O agressor foi encaminhado para um centro de reabilitação para meninos, onde ficou por alguns meses e depois retornou para a casa da mãe. A tia de Fernanda solicitou a guarda dos sobrinhos e atualmente é responsável por eles. Após ir para a casa da tia Fernanda não teve mais contato com o irmão agressor e recebe visitas dos pais supervisionadas pela tia. A menina estava aguardando atendimento psicológico há oito meses no Programa Sentinela, quando foi encaminhada para a equipe de pesquisa.

¹ Nomes fictícios foram atribuídos para proteção da identidade das participantes do estudo.

Tabela1. Características Bio-sócio-demográficas das Participantes do Estudo

Nome	Idade	Com quem residia durante o estudo	Escolaridade	Agressor	Idade no início do abuso
Fernanda	10	Tia e avó	1 ^a série	irmão	08
Elisa	12	Abrigo	5 ^a série	pai	08
Andréia	11	Pais	5 ^a série	tio	08
Juliana	11	Pais	5 ^a série	tio	10
Cristiane	09	Pais	3 ^a série	padrinhos	05
Daniela	12	Pais	6 ^a série	tio	05
Mariana	11	Abrigo	4 ^a série	pai	08
Paula	09	Abrigo	3 ^a série	avô	07
Luciana	11	Abrigo	4 ^a série	avô	09
Priscila	13	Abrigo	5 ^a série	avô	11

Elisa, 12 anos, foi vítima de abuso sexual perpetrado pelo pai. Segundo ela, os abusos iniciaram aos oito anos e teve duração de pelo menos um ano, quando conseguiu relatar a situação para a prima. Elisa morava sozinha com o pai, pois a mãe havia saído de casa. Após a denúncia da família ao Juizado da Infância e Adolescência, a guarda de Elisa passou a ser de sua mãe, com quem a menina residia quando foi estabelecido contato para participação na pesquisa. Durante a avaliação inicial, Elisa faltou a um atendimento e a equipe entrou em contato com a mãe, que informou que Elisa estava na casa do pai, pois não conseguia se entender com o padrasto. Imediatamente, a equipe denunciou a situação ao Conselho Tutelar, que providenciou o abrigo da menina, segundo determinação do Juizado da Infância e Juventude. Após o abrigo de Elisa, a equipe continuou a avaliação e o acompanhamento da menina.

Andréia, 11 anos, residia com os pais e havia sido vítima de abuso sexual pelo tio entre os oito e 10 anos. Segundo a menina, somente depois de contar a situação a uma amiga sentiu-se encorajada para contar aos pais a violência que vinha sofrendo. O pai, ao saber da situação, foi à delegacia denunciar o cunhado e de lá foi encaminhado para o Conselho Tutelar. Os pais afastaram Andréia do tio, mas não revelaram o abuso ao restante da família. O tio não foi intimado pela delegacia e a menina estava aguardando há sete meses atendimento psicológico no Programa Sentinela quando foi encaminhada para a pesquisa.

Juliana, 11 anos, também foi vítima de abuso sexual pelo tio. A menina relatou que o tio tentou agarrá-la, passando a mão em seus genitais. No mesmo dia Juliana contou ao pai o que havia acontecido e este revelou o abuso à mãe da menina. A mãe de Juliana era irmã do agressor e decidiu

ir à delegacia registrar uma ocorrência contra ele. Depois de sair da delegacia, a mãe foi até a casa do irmão para saber o que havia acontecido. Nesta visita, a mãe e o tio de Juliana discutiram e se agrediram fisicamente. O tio de Juliana pegou uma arma que tinha em casa e ameaçou a irmã. Segundo a mãe de Juliana, ela conseguiu tirar a arma do irmão e acertou um tiro nele. O tio de Juliana morreu e a mãe estava respondendo processo criminal. O Conselho Tutelar, que ainda estava acompanhando o caso, encaminhou Juliana para a pesquisa.

Cristiane, nove anos, foi vítima de abuso sexual e pornografia infantil pelo casal de padrinhos e residia com os pais. O caso foi descoberto, pois o casal fotografava a menina sem roupas e a loja de revelação de fotos denunciou o caso à polícia. Segundo Cristiane, os padrinhos fotografavam outras crianças e os abusos iniciaram quando ela tinha cinco anos. A menina disse que tinha medo das ameaças do padrinho que lhe mostrava uma arma e por esta razão não contou aos pais sobre a violência. O casal foi preso e condenado. Cristiane permaneceu residindo com os pais e foi encaminhada pelo Conselho Tutelar para a pesquisa.

Daniela, 12 anos, foi vítima de abuso sexual pelo tio. A violência iniciou quando a menina tinha cinco anos. Daniela contou o que acontecia para sua mãe, quando esta perguntou se havia algo de errado com a filha que tinha pesadelos diariamente. Os pais de Daniela denunciaram a violência ao Conselho Tutelar e romperam relações com o agressor. O tio foi absolvido por falta de provas e o caso estava arquivado no Conselho Tutelar. Daniela não foi encaminhada para atendimento psicológico e a equipe de pesquisa selecionou seu caso no levantamento realizado no arquivo do Conselho Tutelar e enviou uma correspondência convidando a menina para participar da pesquisa.

Mariana, 11 anos, foi vítima de estupro pelo pai. Os abusos sexuais iniciaram quando a menina tinha oito anos. Mariana já havia contado a situação para a mãe, mas esta não acreditou na revelação da filha. Depois do estupro, Mariana disse que procurou também a ajuda de uma vizinha e esta denunciou a violência ao Conselho Tutelar. O Conselho foi até a casa da menina e retirou a ela e a sua irmã de seis anos de lá. Mariana foi avaliada por um médico e foi constatado o rompimento de hímen. O Conselho encaminhou as meninas para a pesquisa e a equipe acolheu-as no dia em que foram retiradas de casa. A irmã de Mariana disse que ouvia o pai bater na irmã, mas que não fazia o mesmo com ela. Mariana confirmou o relato da irmã. As meninas foram abrigadas e Mariana participou do estudo. A irmã de Mariana não foi vítima de violência sexual e por esta razão não foi incluída na amostra.

Paula, nove anos, Luciana, 11 anos e Priscila, 13 anos são irmãs e foram abusadas sexualmente pelo avô. Inicialmente, as três meninas e seus dois irmãos haviam sido abrigados devido aos abusos físicos sofridos pelo pai. No entanto, o avô retirou-as do abrigo e solicitou a guarda ao Juizado da Infância e Juventude, quando as meninas tinham sete, nove e 11 anos, respectivamente, quando passou, então a abusar sexualmente das meninas. A violência foi

descoberta e denunciada pela escola, a partir de suspeita da diretora, pois Priscila e Luciana apresentaram problemas no rendimento escolar. A diretora, então, conversou com as meninas e estas confirmaram sua suspeita. As meninas foram novamente abrigadas e encaminhadas pelo Conselho Tutelar para a pesquisa.

2. Instrumentos

Os instrumentos utilizados neste estudo foram:

- 1) Termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A)
- 2) Entrevista semi-estruturada inicial constituída por duas partes: na primeira parte, o objetivo é estabelecer um vínculo terapêutico com a participante, criando um espaço seguro baseado em uma relação de confiança. A segunda parte está 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 tem como principal objetivo obter o relato da participante com relação ao abuso sexual, bem como mapear a frequência e a dinâmica dos episódios abusivos. Durante a entrevista foram coletados alguns dados biosociodemográficos (Anexo B).
- 3) *Children's Attributions and Perceptions Scale* (CAPS): foi desenvolvido para mensurar questões específicas do abuso em crianças sexualmente abusadas (Mannarino, Cohen, & Berman, 1994). O instrumento é uma entrevista semi-estruturada constituída por 18 itens, sendo que a criança responde cada item através de cinco respostas [escala *Likert*, que varia entre nunca (0) e sempre (4)]. Quatro aspectos são avaliados em quatro subescalas: sentimentos de diferença com relação aos pares; confiança nas pessoas; auto-atribuição dos eventos negativos (auto-culpabilização pelo abuso); e, percepção de credibilidade dos outros em si. Escores mais altos refletem maior sentimento de diferença com relação aos pares, maior auto-atribuição por eventos negativos, menor percepção de credibilidade e de confiança interpessoal, respectivamente. Os itens da entrevista foram traduzidos para o português por um pesquisador bilíngüe e depois traduzidos de volta para o inglês por outro. As versões foram comparadas, ajustadas e aplicadas em cinco meninas com idade entre 10 e 13 anos para verificar a compreensão do instrumento (Anexo C).
- 4) Inventário de Depressão Infantil (CDI): foi elaborado por Kovacs (1992), adaptado do *Beck Depression Inventory* para adultos. O objetivo do CDI é detectar a presença e a severidade do transtorno depressivo. Destina-se a identificar alterações afetivas em crianças e adolescentes dos sete aos 17 anos de idade. Este inventário é composto por 27 itens, cada um com três opções de resposta. A criança/adolescente deve escolher a opção que melhor descreve o seu estado nos últimos tempos. As opções são pontuadas de 0 a 2 e o teste pode

ser aplicado individualmente ou coletivamente. A consistência interna descrita por Kovacs mostrou-se adequada ($\alpha=0,86$), e o ponto de corte do CDI foi estabelecido em 19 pontos. O CDI já foi adaptado, para uso no Brasil, por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995) e vem demonstrando características psicométricas adequadas. Este instrumento também foi utilizado em pesquisas no Rio Grande do Sul (Giacomoni, 1998) apresentando um *alpha* de Cronbach = 0,82 e uma correlação negativa com nível de satisfação de vida ($r= -0,25$).

- 5) Escala de Estresse Infantil (ESI): A escala é composta por 35 itens relacionados às seguintes reações do estresse: físicas, psicológicas, psicológicas com componente depressivo e psicofisiológica, em crianças entre seis e 14 anos. A resposta ao item é feita por meio de uma escala *Likert* de cinco pontos, na qual a criança pinta um círculo dividido em quatro partes, conforme a frequência com que os participantes experimentam os sintomas apontados pelos itens (Lipp & Lucarelli, 1998).
- 6) Inventário de Ansiedade Traço-Estado para crianças (IDATE-C): O inventário é constituído de duas escalas do tipo auto-avaliação, que visam 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 indica como a criança se sente em um determinado momento do tempo, medindo estados transitórios de sentimentos subjetivos, conscientemente percebidos de apreensão, tensão e preocupação, que variam em intensidade, enquanto a escala de ansiedade-traço avalia como a criança geralmente se sente, medindo diferenças individuais relativamente estáveis em susceptibilidade à ansiedade. Cada escala é composta por 20 itens e cada item é constituído por três afirmações que representam diferentes intensidades do sintoma. No presente estudo, apenas a escala de ansiedade-estado foi aplicada e analisada.
- 7) Entrevista estruturada com base no DSM IV/SCID para avaliação de transtorno do estresse pós-traumático: Os critérios diagnósticos estabelecido pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) são utilizados como base para identificação da presença dos sintomas que compõem o transtorno (re-experienciação do evento traumático; esquiva de estímulos associados com o trauma; e, sintomas de excitabilidade aumentada). A tradução para o português desta entrevista foi desenvolvida 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, 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, mudanças no corpo, e pegar no sono”. Além de verificar a presença dos sintomas, a entrevista avalia a intensidade e a frequência de cada um deles (Anexo D).

- 8) Técnicas cognitivas e comportamentais utilizadas no processo grupoterápico: A descrição das técnicas utilizadas aparece detalhada nos procedimentos.
- 9) Registro clínico da evolução de cada participante no processo terapêutico: foi realizado no final de cada sessão do grupo e composto pelo relato clínico do terapeuta e pelas produções gráficas (desenhos e monitoramentos) de cada participante.
- 10) Máquina fotográfica, massa de modelar, recursos gráficos, tais como folhas de ofício, lápis de cor, canetas hidrocor, cartolina, papel pardo e balões.

3. Procedimentos

Inicialmente o projeto desta pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Após a aprovação do projeto pelo Comitê, foi realizado o treinamento teórico-metodológico e ético da equipe que auxiliou na pesquisa. A equipe foi constituída por quatro alunas de graduação de Psicologia e o treinamento consistiu em seis seminários teóricos sobre abuso sexual infantil e psicoterapia cognitiva-comportamental. 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 informações a serem prestadas aos cuidadores não-abusivos e às participantes. Ao longo de toda a coleta e análise de dados, a equipe realizou encontros semanais para planejamento, discussão e supervisão com a coordenadora da equipe. Em seguida, o contato com o Conselho Tutelar e Programa Sentinela foi estabelecido para os encaminhamentos. Outros órgãos, tais como abrigos, Promotoria da Infância e Juventude, PROAME e Secretaria da Educação foram visitados pela equipe para a divulgação da pesquisa.

A seleção das participantes ocorreu através do contato com o Programa Sentinela e o Conselho Tutelar do Município de Novo Hamburgo e com o Programa de Apoio a Meninos e Meninas (PROAME) de São Leopoldo. O Programa Sentinela encaminhou oito casos para a pesquisa. Destes, apenas dois foram incluídos no estudo, uma vez que três casos configuravam-se como abuso sexual extrafamiliar e o restante não residia mais no endereço informado e não foi

possível localizar. Os casos que não foram incluídos no estudo foram re-encaminhados para o Programa Sentinela. O Conselho Tutelar permitiu que a equipe de pesquisa realizasse um levantamento em seu arquivo para selecionar participantes. Foram selecionados casos denunciados entre 2000 e 2004, totalizando 17. O contato foi estabelecido através de correspondência, na qual foi oferecido atendimento psicológico gratuito. Apenas uma menina compareceu ao atendimento agendado. Cinco correspondências foram devolvidas, pois a família não residia mais no endereço informado. A equipe enviou um segundo convite para atendimento através do Conselho Tutelar para as outras 11 meninas, mas elas não compareceram. Os conselheiros tutelares encaminharam seis casos de abuso sexual que ainda estavam sendo acompanhados e estes foram incluídos na amostra. O Programa de Apoio a Meninos e Meninas (PROAME) de São Leopoldo encaminhou uma menina e esta também foi incluída na pesquisa.

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 A). Além das meninas, os cuidadores responsáveis também foram consultados sobre a participação dessas no estudo. Cabe ressaltar que de acordo com a Resolução nº 016/2000 (Conselho Federal de Psicologia, 2000), para a realização de pesquisa não é exigência ética a obtenção do consentimento livre e esclarecido de pais que não tenham contato sistemático com seus filhos, guardiões legais que não tenham condições cognitivas para avaliar as consequências da participação das crianças na pesquisa e, ainda, pais ou guardiões que tenham abusado, negligenciado ou sido conivente com o abuso de seus filhos. Contudo, o consentimento foi solicitado a responsáveis não abusivos os responsáveis legais pelas meninas concordaram com a participação destas na pesquisa. É, igualmente, importante salientar que todas as meninas estavam protegidas de abusos sexuais durante o estudo. O caso de Elisa, no qual ela ainda estava em risco, foi denunciado pela equipe de pesquisa 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). A denúncia foi seguida do acompanhamento do caso junto ao Conselho pela equipe.

Os atendimentos foram realizados em uma sala cedida pela Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo, através de um convênio estabelecido entre o Centro de Estudos Psicológicos sobre Meninos e Meninas de Rua (CEP-RUA) do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Secretaria da Assistência Social de Novo Hamburgo. A avaliação clínica individual foi realizada pelas assistentes de pesquisa. Foi composta por três encontros com duração de uma hora cada e com frequência semanal. Os encontros foram supervisionados pela autora da dissertação em reuniões semanais com a equipe, nas quais os casos e procedimentos eram discutidos. A ordem de aplicação dos instrumentos foi alterada aleatoriamente na segunda e terceira

entrevistas para evitar o efeito de ordem nos resultados. Em cada encontro, foram aplicados os seguintes instrumentos:

1ª encontro: Entrevista semi-estruturada inicial. Esta foi gravada e transcrita.

2ª encontro: Inventários de depressão (CDI), ansiedade (IDATE-C) e entrevista semi-estruturada (CAPS).

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

Após a avaliação clínica individual, as participantes foram encaminhadas para a intervenção grupoterápica. Foram formados dois grupos de acordo com o turno que as meninas freqüentavam a escola. O grupo da manhã foi formado por Fernanda, Andréia, Juliana, Cristiane e Paula. O grupo da tarde foi composto por Priscila, Luciana, Mariana, Daniela e Elisa. Os grupos foram coordenados pela autora desta dissertação, que é psicoterapeuta cognitivo-comportamental, com experiência no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual e por uma assistente de pesquisa (co-coordenadora).

A grupoterapia é um modelo de intervenção grupal cognitivo-comportamental testado experimentalmente foi uma adaptação do modelo proposto por Habigzang e Caminha (2004). Este foi composto por 20 sessões com freqüência semanal. As sessões tiveram atividades semi-estruturadas, com duração de uma hora e trinta minutos. Todas as sessões foram relatadas por escrito pela co-coordenadora do grupo e os relatos foram supervisionados pela coordenadora. Os objetivos da intervenção foram: reestruturar pensamentos, emoções e comportamentos disfuncionais relacionados à experiência de violência sexual; reduzir sintomas de transtorno do estresse pós-traumático, estresse, depressão e ansiedade; e, aprender habilidades de autoproteção para prevenir futuras revitimizações. O processo grupoterápico foi dividido em três etapas conforme as técnicas empregadas: Etapa 1 -Psicoeducação (sete sessões); Etapa 2 -Treino de inoculação do estresse (cinco sessões); e, Etapa 3 -Prevenção à recaída (oito sessões). A descrição de cada sessão está apresentada a seguir no item 3.1 Descrição das Sessões da Grupoterapia. Além do processo terapêutico desenvolvido com as meninas, ocorreram, paralelamente, quatro encontros, com freqüência mensal, de psicoeducação para os cuidadores não-abusivos das participantes. O objetivo destes encontros foi compartilhar com os cuidadores informações relevantes sobre o abuso sexual e conseqüências para o desenvolvimento das crianças, bem como construir estratégias de proteção e fortalecer o apoio afetivo destes com as meninas. A idéia de realizar estes encontros surgiu após um mês do início da grupoterapia com as meninas, uma vez que os cuidadores procuravam as coordenadoras para perguntar como agir com as meninas quando elas falavam sobre o abuso e apresentavam dúvidas sobre os processos judiciais sobre a guarda das meninas e responsabilização

dos agressores. Além disso, foi verificado, através dos relatos das meninas, que as reações negativas dos pais influenciavam o estado de humor das crianças.

As participantes foram reavaliadas clinicamente ao término de cada etapa da grupoterapia. A reavaliação clínica ocorreu em um encontro individual com a mesma assistente de pesquisa que realizou a avaliação inicial em horário diferente do grupo. Nesta, foram aplicados os mesmos instrumentos da avaliação inicial, com ordem aleatória, para verificar sintomas de depressão, ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático e crenças disfuncionais com relação ao abuso.

Além disso, a evolução clínica das participantes foi registrada semanalmente. Foi construído para cada participante um protocolo, no qual foram arquivadas todas as suas produções gráficas (desenhos, registros escritos, automonitoramentos e fotografias dos materiais que elas levaram para casa, tais como cartões de enfrentamento e produções em massa de modelar). As terapeutas realizavam um relato sobre as dificuldades e os progressos terapêuticos de cada participante no término de cada sessão. As meninas também realizaram na última sessão de grupo uma auto-avaliação, na qual registraram mudanças percebidas desencadeadas pelo processo terapêutico.

3.1. Descrição das Sessões da Grupoterapia

As sessões de Grupoterapia serão brevemente descritas neste Capítulo. Para melhor compreensão, será apresentada uma descrição detalhada de cada uma das etapas e sessões acompanhada dos dados obtidos no Capítulo dos Resultados e Discussão.

Primeira etapa - Psicoeducação

1ª Sessão

- Dinâmica de entrevista entre as participantes e apresentação para o grupo;
- Estabelecimento do contrato terapêutico (combinações sobre horários, frequência, duração);
- Discussão sobre a identidade do grupo;
- Mapeamento das expectativas das participantes. Dispositivo: construção de um cartaz com as expectativas;
- Discussão e estabelecimento dos objetivos do grupo.

2ª Sessão

- Dinâmica de grupo para desenvolver a confiança. Dispositivo: técnica da caminhada em duplas com olhos vendados (Smith, 1993/1996);
- Relato das situações abusivas de cada participante;
- Isenção da culpa;
- Abordar terapêuticamente o impacto afetivo da revelação no grupo.

3ª Sessão

- Abordar as reações da família e demais pessoas significativas depois da revelação e construir um 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).

4ª Sessão

- Psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental - abordagem de estados emocionais. Dispositivo: jogo das emoções, no qual as participantes relacionam situações e emoções correspondentes, contribuindo para que estas aprendam a nomear seus sentimentos;
- Abordagem terapêutica dos sentimentos com relação ao abusador. Dispositivo: construção do abusador com massa de modelar e *role-play* entre cada participante com o boneco, no qual cada uma possa expressar seus sentimentos em um ambiente seguro (Knell & Ruma, 1996/1999);
- Entrega do automonitoramento, no qual será solicitado o registro de situações-problema e sentimentos identificados.

5ª Sessão

- Discussão dos registros de automonitoramentos;
- Psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental - abordagem dos pensamentos e sua relação com sentimentos;
- Identificação de pensamentos com relação ao abuso (tríade cognitiva) e reestruturação cognitiva de pensamentos disfuncionais;
- Entrega do automonitoramento, no qual será registrado: situações-problema, pensamentos e sentimentos relacionados.

6ª Sessão

- Discussão dos registros de automonitoramentos;
- Psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental - abordagem dos comportamentos e sua relação com pensamentos e sentimentos;
- Mapeamento escrito das principais mudanças de comportamentos, pensamentos e sentimentos decorrentes das experiências abusivas;
- Psicoeducação quanto ao problema (estabelecimento de relações entre abuso/trauma com as mudanças identificadas no mapeamento)

7ª Sessão

- Psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental - abordagem de reações físicas que podem estar associadas a pensamentos, sentimentos e comportamentos;

- Aprendizagem de técnicas de relaxamento muscular e de respiração para controle da ansiedade (Vera & Vila, 1996);
- Discussão dos automonitoramentos e construção de histórias em quadrinhos a partir de situações registradas, nas quais apareçam os sentimentos, pensamentos, comportamentos e reações físicas para integrar o modelo cognitivo-comportamental (Knell & Ruma, 1996/1999);
- Entrega do automonitoramento.

Segunda Etapa: Treino de Inoculação do estresse (Deffenbacher,1996)

8ª Sessão

- Treino de inoculação de estresse (o TIE é utilizado como dispositivo para ativar a memória traumática e detalhar os estímulos desencadeantes de lembranças intrusivas, possibilitando às participantes uma sensação de controle da intensidade das emoções associadas). Nesta técnica cada participante apresentam, de forma gradual, as situações abusivas experienciadas através do relato oral ou por escrito;
- Reestruturação cognitiva das memórias traumáticas, na qual as participantes possam elaborar explicações funcionais para o evento traumático e romper o ciclo entre estímulos relacionados ao abuso e a re-experienciação deste.

9ª Sessão

- Treino de inoculação de estresse
- Reestruturação cognitivo-comportamental (construção do “botão de emergência” com estratégias cognitivas e comportamentais para lidar com lembranças intrusivas do abuso).

10ª Sessão

- Treino de inoculação de estresse
- Reestruturação cognitivo-comportamental

11ª Sessão

- Treino de inoculação de estresse
- Reestruturação cognitivo-comportamental

12ª Sessão

- Treino de inoculação de estresse (relato do pior momento);
- Reestruturação cognitivo-comportamental (aprendizagem da técnica cognitiva das “caixas de memórias positivas e negativas” que existem em nossas cabeças e que podem ser contrapostas).

Terceira etapa: Prevenção à recaída

13ª Sessão

- Oficina educação sexual, na qual são abordadas questões referentes ao autocuidado, mudanças físicas da puberdade e métodos contraceptivos.

14ª sessão

- 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).

15ª Sessão

- Oficina sobre o Estatuto da criança e do adolescente (discussão dos direitos fundamentais e leis previstas em casos de abuso sexual);
- Dramatização de audiência (abordar a possibilidade de participação de audiências, esclarecendo dúvidas e preparando as participantes para tal situação).

16ª Sessão

- Oficina de psicomotricidade (será convidado um profissional da educação física para conduzir a atividade)

17ª Sessão

- *Feedback* da oficina de psicomotricidade;
- Prevenção à recaída (retomada as estratégias cognitivas e comportamentais aprendidas no contexto grupal através da dramatização de situações-problema)

18ª Sessão

- Prevenção à recaída;
- Escolha de um adulto-referência para solicitar ajuda em situações de risco.

19ª Sessão

- Abordar as perspectivas com relação ao futuro das participantes e reestruturar possíveis crenças distorcidas.

20ª Sessão

- 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.

CAPÍTULO III

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Capítulo III apresenta os principais resultados encontrados no estudo sobre a efetividade do modelo adaptado de grupoterapia cognitiva-comportamental proposto por Habigzang e Caminha (2004) para meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar e a discussão destes com base na literatura consultada. O capítulo está constituído pelos resultados da avaliação clínica inicial, do processo terapêutico e do impacto da intervenção.

1. Avaliação Clínica Inicial

A avaliação clínica individual permitiu compreender a dinâmica do abuso sexual dos casos encaminhados, bem como identificar sintomas psicopatológicos e alterações cognitivas, emocionais e comportamentais. Todas as meninas revelaram a situação abusiva na primeira entrevista. Contudo, a quantidade de informações sobre o abuso sexual variou entre as participantes, sendo que algumas relataram o fato com riqueza de detalhes e outras apenas afirmaram que haviam sido vítimas desta forma de violência. A história de abuso sexual relatada pelas meninas estava em consonância com os fatos relatados pelos cuidadores não-abusivos. As participantes estabeleceram forte vínculo afetivo com a equipe, principalmente com a pesquisadora responsável pela avaliação, confirmando que o estabelecimento de um espaço seguro, no qual a criança percebe a atenção, a disponibilidade e a credibilidade dos entrevistadores é fundamental para que esta se sinta à vontade para relatar o abuso, uma vez que este relato pode desencadear emoções intensas (Habigzang & Caminha, 2004; Zavaschi et al., 1991). Com relação aos instrumentos aplicados, não foram identificadas dificuldades de compreensão. As meninas demonstraram empenho e atenção para respondê-los, o que pode também ser atribuído ao bom vínculo estabelecido com a equipe.

Na entrevista foi identificado que a idade do início do abuso sexual variou entre cinco e 11 anos, sendo que das dez participantes, cinco meninas estavam entre sete e oito anos. O perpetrador da violência foi: pai biológico (dois casos), tio (três casos), avô (três casos), irmão (um caso) e casal de padrinhos (um caso). Dos 10 casos, nove participantes foram vítimas de mais de um episódio de abuso sexual e a violência teve duração de pelo menos um ano. O tipo de abuso sexual variou entre os casos, sendo que em sete ocorreram toques, manipulação de genitais e assédio e em três casos relações sexuais com penetração. Uma das participantes foi vítima de pornografia infantil. Também foi verificado que oito meninas foram vítimas de abusos psicológicos e físicos e todas sofreram ameaças para manter o abuso sexual em sigilo. A idade precoce de início do abuso e a presença de outras formas de violência também são freqüentemente verificados em casos de abuso sexual (Cohen & Mannarino, 2000a; Furniss, 1993; Kellog & Menard, 2003).

Os relatos evidenciaram rituais de início e fim dos episódios abusivos, como por exemplo, o caso de Mariana (11 anos), no qual o pai aguardava a mãe sair pela manhã para o trabalho e chamava a filha para passar uma camisa. Durante esta tarefa a menina era vítima dos abusos sexuais. Depois que o pai vestia a camisa, este dizia para Mariana que se contasse para alguém a queimaria toda com o ferro e, então, ele saía para o trabalho. Este episódio e vários outros mostram que uma dinâmica de segredo, mantida por ameaças, pode sustentar uma situação abusiva por muito tempo. Os agressores eram em todos os casos do sexo masculino e houve a participação de uma mulher no caso que envolveu pornografia infantil. Todos os agressores possuíam vínculos iniciais de cuidado e afeto com as vítimas. Alguns fatores de risco foram mapeados nas oito famílias, tais como: abuso de álcool (quatro casos); desemprego ou subemprego (quatro casos); presença de outras formas de violência (sete casos); mães com depressão ou ansiedade (quatro casos); dificuldades conjugais (seis casos); dificuldades econômicas (sete casos); e, baixa escolaridade (cinco casos). Além disso, dos nove agressores, seis havia vitimizado sexualmente outras crianças ou mulheres. Estes fatores de risco são comumente encontrados em famílias incestuosas (Braun, 2002; Cyr et al., 2002; Habigzang, Koller, Azevedo, & Machado, 2005; Thomas, Eckenrode, & Garbarino, 1997).

A revelação dos casos de abuso sexual foi feita para a diretora da escola (um caso), vizinha (um caso), mãe (um caso), outros familiares (três casos) e amiga (um caso). O caso de pornografia infantil foi denunciado à polícia pela loja que revelou as fotografias da menina. A denúncia da violência aos órgãos de proteção foi realizada pelas pessoas para quem as crianças revelaram o abuso sexual (seis casos). Em duas situações, as meninas já haviam tentado revelar o abuso sexual para a mãe, mas esta não tomou nenhuma medida de proteção e, então, as crianças pediram ajuda para outras pessoas que efetivaram a denúncia.

Após a denúncia do abuso sexual, seis meninas foram afastadas do convívio com os pais, sendo que cinco meninas foram abrigadas e uma residia com a tia. As outras quatro participantes permaneceram com os pais, que se organizaram de forma protetiva, afastando as meninas dos agressores. Com relação à penalização dos agressores, apenas o casal de padrinhos está cumprindo pena, devido à presença de evidências pelas fotografias que constituíram a prova material do crime. O irmão de uma das meninas também foi considerado culpado, mas cumpriu pena por um curto período. Um dos agressores foi morto pela mãe da vítima, após o desvelamento do abuso, e o restante permanece impune. A prevalência do afastamento da vítima e a impunidade do agressor na maioria destes casos foram fatos também verificados em uma análise de processos jurídicos da Promotoria da Infância e Juventude (Habigzang, Azevedo, Koller, & Machado, no prelo). Tal situação tende a fortalecer a crença da criança de que foi culpada pelo abuso e está sendo castigada pelo abrigamento e porque o agressor em geral fica impune.

Os sintomas decorrentes da violência sexual foram constatados, nesta avaliação inicial, através do uso de instrumentos psicológicos. Sete meninas apresentavam diagnóstico de TEPT e outras três os critérios de revivência e hipervigilância. Além disso, quatro meninas revelaram indicadores de depressão. Também foram identificados sintomas de ansiedade e crenças de diferença em relação aos pares, culpa pelo abuso e baixa percepção de confiança interpessoal. Outro aspecto identificado foi o baixo rendimento escolar em oito meninas, sendo que quatro estavam repetindo o ano escolar. Os sintomas identificados nas participantes estão em consonância com os achados da literatura, que apontam a prevalência de sintomas de TEPT em vítimas de abuso sexual, bem como sintomas de depressão, ansiedade e crenças distorcidas em relação à violência (Briere & Elliott, 2003; Cohen, 2003; Habigzang & Caminha, 2004; Runyon & Kenny, 2002). Três meninas foram encaminhadas para tratamento psicológico com a equipe de pesquisa (grupos terapia) imediatamente após a denúncia. As demais participantes foram submetidas à intervenção depois de terem revelado o abuso há pelo menos seis meses. A passagem do tempo não ocasionou a remissão ou a redução de sintomas nas participantes do estudo.

2. Processo Terapêutico: A Intervenção

Após a avaliação clínica individual, as meninas foram encaminhadas para a grupos terapia cognitivo-comportamental. Conforme apresentado brevemente, na seção de Método (Capítulo II), a grupos terapia foi constituída por 20 sessões semi-estruturadas, com frequência semanal e duração de uma hora e trinta minutos. Nesta seção serão descritas as três etapas da grupos terapia e cada uma das sessões realizadas com os grupos em detalhe, enfatizando as atividades e os resultados obtidos em cada uma delas.

Todas as meninas permaneceram em atendimento pela equipe de pesquisa até a conclusão do processo terapêutico. A assiduidade das participantes foi satisfatória e verificou-se o engajamento de todas no processo, bem como o estabelecimento de um forte vínculo terapêutico com as psicoterapeutas. A assiduidade e a permanência das participantes durante todo o processo é um resultado positivo desta intervenção com a equipe de pesquisa, pois altos índices de perda de participantes são verificados em pesquisas sobre psicoterapia para crianças vítimas de abuso sexual (Cohen, Mannarino, & Knudsen, 2005; Deblinger, Stauffer, & Steer, 2001; Horowitz et al., 1997).

Cada grupo foi constituído por cinco participantes, conforme o turno no qual estavam matriculadas na escola. No grupo da manhã, a idade das participantes variou entre nove e 11 anos, sendo composto por Paula, Cristiane, Juliana, Andréia e Fernanda. Neste grupo apenas Paula estava abrigada, enquanto as demais residiam com familiares. O grupo da tarde apresentava características diferentes, uma vez que apenas Daniela residia com a família e as demais estavam abrigadas no mesmo local. A idade das participantes do grupo da tarde concentrou-se entre os onze e treze anos e

foi formado por Priscila, Luciana, Mariana, Daniela e Elisa. A coesão, ou seja, a atração e o estabelecimento de uma relação de apoio e de aceitação entre as participantes de cada grupo ocorreu facilmente já nos primeiros encontros. Contudo, no grupo da manhã foram verificadas diferentes demandas conforme a faixa etária, pois as meninas mais velhas já apresentavam questões relacionadas à adolescência, tais como o ficar e namorar. Essas diferenças foram acolhidas e trabalhadas no contexto grupal e não impediram o vínculo entre as participantes.

O processo terapêutico foi dividido em três etapas: psicoeducação, treino de inoculação do estresse e prevenção à recaída. As sete sessões de psicoeducação tiveram como foco desenvolver a confiança entre os membros do grupo, estabelecer as metas terapêuticas, discutir o que é abuso sexual, como este ocorre e quais são as conseqüências para as vítimas e as famílias, compartilhar o modelo cognitivo-comportamental, mapeando pensamentos, emoções e comportamentos relacionados ao abuso e à percepção de si, do perpetrador e das mudanças na configuração familiar.

Na primeira sessão as terapeutas propuseram uma dinâmica de apresentação para ambos os grupos, na qual as meninas entrevistaram umas às outras, em duplas e trios e depois cada participante apresentou ao grupo a menina que havia entrevistado. As meninas enfocaram em suas entrevistas a idade, série, escola, atividades e programas de televisão favoritos, esportes que praticavam, com quem residiam, etc. Após a dinâmica de apresentação, as terapeutas exploraram as expectativas com relação aos próximos encontros. As meninas construíram um painel, no qual escreveram suas expectativas. As principais expectativas foram: conversar sobre o abuso, desabafar, fazer novas amizades e entender porque pessoas de quem gostavam abusaram delas. Durante a confecção dos cartazes, as meninas conversaram sobre novelas, escola e família. Elas fizeram desenhos umas das outras e colocaram seus nomes no painel. A partir das expectativas mapeadas pelas participantes, as terapeutas explicaram que o grupo seria um espaço seguro, no qual poderiam conversar sobre a experiência de abuso sexual e construir formas de lidar com as conseqüências dessa experiência. O grupo da tarde escolheu o nome “grupo da vida” para identificarem-se, enquanto o grupo da manhã não chegou a um consenso e não quiseram colocar nome em seu grupo. O contrato terapêutico foi retomado no primeiro encontro, mesmo tendo sido proposto no final da avaliação inicial, sendo que o número de sessões, horário e importância de comparecer a todos as sessões foram reforçadas.

A segunda sessão iniciou com a dinâmica “caminhada em confiança” (Smith, 1996), que teve como objetivo desenvolver a confiança entre as participantes de ambos os grupos. As meninas dividiram-se em duplas e uma delas formou grupo com a co-coordenadora. Em seguida, uma menina de cada dupla vendou os olhos e a outra a conduziu em uma caminhada. Depois os papéis foram invertidos. As meninas demonstraram muito cuidado na condução de quem estava vendada. Cristiane pegou Paula no colo para que não caísse nas escadas. As meninas divertiram-se durante a

dinâmica e depois contaram no grupo como se sentiram durante a brincadeira. Mariana disse que é difícil não enxergar, mas que não ficou com medo de ser conduzida por Priscila. Juliana disse sentir-se responsável por Fernanda, enquanto esta não enxergava. Depois de explorar as percepções das meninas, as coordenadoras reforçaram a idéia de que o grupo constituía um espaço seguro para expor situações da vida delas e convidaram as participantes a relatar o que havia acontecido em suas famílias e que as tinham levado a participar da intervenção. As meninas compartilharam com o grupo as experiências sexualmente abusivas com maior facilidade e detalhes do que na entrevista inicial. Este fato pode ter tido relação com a função da universalidade, ou seja, a percepção que o formato grupal lhes propiciava de não estarem sozinhas frente ao problema, mas que existiam outras pessoas que experienciaram problemas semelhantes (Sheldon, 1993/1996). As participantes identificaram semelhanças e diferenças entre suas experiências e perguntaram sobre abuso sexual, estupro e o que acontece com os adultos que cometem estas formas de violência. As coordenadoras explicaram para as meninas o que é abuso sexual e estupro e informaram que isto é um crime e que os adultos agressores devem responder judicialmente por este crime. Contudo, salientaram as dificuldades do sistema judiciário para efetivar a lei. No grupo de Cristiane (nove anos), ela então, contou que seus padrinhos foram presos e quis saber o que aconteceu com os demais agressores. Ao saber que nenhum havia sido preso Cristiane ficou indignada, dizendo *“não acredito, isso é muito injusto, eles deveriam ficar presos para sempre”*. As coordenadoras ao perceberem algum sentimento de culpa em algumas meninas, perguntaram diretamente se elas sentiam culpa pelo que aconteceu e, com exceção de Mariana que disse firmemente que seu pai era culpado, as demais meninas manifestaram sentir culpa por não terem contado logo a violência que estavam sofrendo. No final da sessão de ambos os grupos, as terapeutas questionaram como as meninas estavam se sentindo após a revelação da experiência de abuso e estas apontaram que se sentiam aliviadas por contar o ocorrido e perceber que outras meninas passaram por situações semelhantes.

A terceira sessão teve como objetivo abordar as reações da família e demais pessoas significativas depois da revelação e construir um mapeamento das possíveis mudanças na configuração familiar em ambos os grupos. A confecção do livro *“Minha família antes e depois”* foi utilizada como dispositivo para as meninas expressarem as mudanças na configuração familiar. As principais conseqüências foram o afastamento entre os familiares e o abrigamento de algumas participantes. O relato a seguir ilustra as mudanças na família: *“Antes, todo domingo nós freqüentávamos a casa do meu dindo e toda nossa família comia churrasco e era meu dindo que fazia. Eu lembro que os vizinhos comentavam como nossa família era unida. Ele era meu dindo predileto e sempre me dava bastante presentes. Eu ia lá todo dia, eles moravam bem pertinho da minha casa. Depois que eu contei para minha mãe ela chorou muito porque sempre que nós precisávamos de alguma coisa ou até dinheiro, ele emprestava e agora não tem mais isso. Acabou*

o churrasco na casa dele e minha mãe não deixa eu nem chegar perto dele, muito menos ir na casa dele”(Andréia, 11 anos). Considerando o relato dessa participante ficam evidentes fatores da dinâmica do abuso, tais como: as barganhas do abusador, os sentimentos ambivalentes da criança em relação ao abusador e o sentimento de culpa da vítima pela desorganização familiar que têm sido citados também na literatura sobre o tema (Furniss, 1993; Gabel, 1997).

A percepção de culpa apontada pelas participantes em sessão anterior foi retomada no terceiro encontro. As meninas perceberam que mantiveram a situação em segredo por medo das ameaças sofridas, das brigas na família e de não acreditarem nelas. Daniela (12 anos) disse *“não me sinto tão culpada porque eu só tinha cinco anos e não entendia o que estava acontecendo, mas ele era adulto e sabia o que estava fazendo”*.

A quarta sessão teve como objetivos iniciar a psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental, no qual o enfoque foi aprender a identificar diferentes estados emocionais e, depois, explorar os sentimentos das meninas com relação ao agressor. O jogo “o que são emoções” foi utilizado como dispositivo para a psicoeducação. Nesse jogo, as meninas relacionavam situações cotidianas com reações emocionais. Um painel com afirmações que retratavam situações agradáveis e desagradáveis, tais como “ganhei um presente”, “fui convidada para a festa da minha amiga”, “tirei nota baixa na escola”, “briguei com alguém de quem gosto muito”, “lembrei do abuso” foi apresentado para as meninas e cartões com bonecos com diferentes expressões emocionais foram distribuídos. As meninas liam a afirmação e escolhiam o cartão que correspondia à emoção que sentiriam em tal situação. As meninas identificaram com facilidade as emoções em ambos os grupos.

Depois do jogo sobre emoções, as terapeutas sugeriram conversar sobre o que as participantes sentiam em relação aos agressores. Tais sentimentos foram abordados no grupo, através de uma técnica, pela qual as meninas construíram o agressor com massa de modelar. Depois da construção por cada menina houve um espaço para que dissessem ao agressor tudo o que pensavam e sentiam sobre o abuso sexual que haviam sofrido. A maioria das meninas falou sobre a decepção, pois gostavam e confiavam neles e na raiva que sentiam pelo que fizeram. Depois do *role-play* com o boneco de massa, foi informado às meninas que elas podiam fazer o que quisessem com este. Com exceção de Fernanda (10 anos) que quis levar o boneco (que representava seu irmão) para casa, dizendo que iria cuidar dele para não estragar, todas as demais meninas destruíram o boneco, externalizando sentimento de raiva. A Figura 1 ilustra um dos agressores confeccionados com esta técnica. No final deste encontro as meninas receberam um automonitoramento como tarefa de casa, no qual deveriam registrar situações importantes da semana e a emoção que tivessem em tais situações.



Figura 1. Técnica de construção do agressor em massa de modelar

A quinta sessão teve como objetivo psicoeducar os grupos para identificar pensamentos em relação ao abuso e compreender a relação existente entre situação, emoção e pensamento. O automonitoramento realizado pelas meninas como tarefa de casa foi utilizado como dispositivo para o jogo “detetive de pensamentos”. Cada menina leu as situações que havia registrado no monitoramento e a emoção correspondente. Depois as terapeutas explicaram que os pensamentos são idéias, imagens, lembranças que passam pela cabeça e que estão relacionadas com as emoções. Em seguida, as meninas foram convidadas a brincar que eram detetives de pensamentos e foram desafiadas a tentar descobrir os pensamentos que estavam relacionados com as situações e as emoções que haviam registrado no automonitoramento.

Os pensamentos das meninas sobre o abuso foram mapeados e apareceram crenças distorcidas sobre si mesmas e sobre o abuso, tais como a atribuição de culpa pelo abuso e pelos conflitos familiares decorrentes da revelação. Outras crenças distorcidas identificadas foram as idéias de que são diferentes de outras meninas da mesma idade e de que devem elas desconfiar de todos os homens que se aproximam delas. As meninas, ainda, apontaram que as pessoas sabem que elas foram vítimas de abuso sexual pela aparência. No grupo da tarde, por exemplo, Priscila (13 anos) disse: -“*Quando saio na rua sei que as pessoas olham para mim e sabem que fui abusada*”. Daniela (12 anos), então, completou: -“*As pessoas não tem como saber disso se não contarmos, quer ver?*” e levantou-se convidando Priscila a encenar uma situação. Continuou: -“*Vamos fazer de conta que nunca nos vimos e nem conversamos e estamos passeando na rua e nos cruzamos*”. Elas passaram uma pela outra e ficaram se olhando. Daniela perguntou: - “*Tu achas que saberias que eu fui vítima de abuso?*” e Priscila logo respondeu que não. Então, Daniela concluiu: -“*Isso serve para*

ti também, as pessoas não têm como saber isso só olhando para a gente". A situação encenada flexibilizou a crença disfuncional, permitindo que a menina considerasse a explicação alternativa proposta pela outra.

As distorções cognitivas das vítimas em relação ao evento abusivo têm sido apontadas atualmente pela literatura especializada como desencadeadoras e mantenedoras de sintomas psicopatológicos. Tais percepções podem contribuir para o desenvolvimento de sintomas de depressão e ansiedade e a rigidez destas crenças podem manter tais sintomas (Cohen & Mannarino, 2002; Heflin & Deblinger, 1996/1999; Runyon & Kenny, 2002; Valle & Silovsky, 2002). Dessa forma, a reestruturação de crenças disfuncionais das meninas, em ambos os grupos, foi prioridade na fase de psicoeducação, através do questionamento de evidências e da construção de explicações alternativas.

A sexta sessão de psicoeducação explorou a relação entre pensamento, emoções e comportamentos, através do automonitoramento realizado como tarefa de casa, e mapeou as principais mudanças percebidas pelas meninas após o abuso sexual. Foi construído um painel com tais mudanças, em cada grupo. As meninas destacaram: dificuldade para dormir, dificuldade de prestar atenção na aula, maior irritabilidade e brigas com outras pessoas, presença de sentimentos de medo, culpa, vergonha e raiva, e isolamento social. Estas mudanças foram relatadas, também, por vítimas de abuso sexual em outros estudos (Azevedo, Guerra, & Vaiciunas, 1997; Briere & Elliott, 2003; Habigzang & Caminha, 2004), o que confirma que tais alterações de comportamento possam ser fortes indicadores de violência sexual no processo de diagnóstico destes casos.

A sétima e última sessão de psicoeducação abordou as reações físicas que podem estar associadas aos pensamentos, emoções e comportamentos com as meninas em ambos os grupos. Juliana (11 anos) disse que sempre sentia falta de ar quando ficava nervosa. Luciana (11 anos) disse que em dia de prova sente dor de barriga. As meninas compreenderam com facilidade a relação entre os elementos emoções, pensamentos, comportamentos e reações físicas, abordados na psicoeducação. Com o objetivo de integrar esta compreensão, as terapeutas sugeriram que as meninas construíssem uma história em quadrinhos, que retratasse uma situação problema da semana. Depois que cada menina apresentou sua história ao grupo, as produções gráficas foram trocadas e cada uma recebeu como desafio pensar em uma estratégia alternativa para a resolução do problema apresentado na história. Por fim, cada menina recebeu sua história e avaliou a estratégia alternativa sugerida. A Figura 2 ilustra esta técnica.

No segundo momento da sessão, as terapeutas trabalharam técnicas de relaxamento muscular e de respiração (Vera & Vila, 1996). Tais técnicas têm como objetivo auxiliar no controle da ansiedade. As meninas, em ambos os grupos, apresentaram, inicialmente, dificuldades para se concentrar na realização das técnicas, mas logo aprenderam a respiração diafragmática e relaxaram.

No final do encontro, Luciana (11 anos) disse que usaria as técnicas aprendidas nos dias de prova na escola. Cristiane (nove anos) disse que tentaria fazê-las quando acorda à noite com pesadelos e tem dificuldade para dormir. As terapeutas incentivaram estas iniciativas e solicitaram que as meninas relatassem estas experiências nos próximos encontros.



Figura 2. História em quadrinhos sobre situação-problema

Nas cinco sessões seguintes, desenvolveu-se com cada grupo a técnica de treino de inoculação do estresse (Deffenbacher, 1996). Esta técnica foi utilizada como dispositivo para ativar a memória traumática e detalhar os estímulos desencadeantes de lembranças intrusivas, possibilitando às participantes uma sensação de controle da intensidade das emoções associadas.

Na oitava e nona sessão as participantes apresentaram, de forma gradual, as situações abusivas experienciadas através do relato oral ou escrito. Alguns exemplos de relatos escritos das meninas: *“Quando aconteceu o abuso foi na minha casa. Quando eu estava dormindo e o meu pai me chamou para mim passar roupa e quando eu vi ele estava mandando eu tirar a roupa. Quando aconteceu o abuso minha mãe estava trabalhando. Ele disse que se eu não tirava a roupa ele ia me queimar e me bater e eu fiquei com muito medo. O meu pai mandava eu tirar a roupa e ele tirou o pênis para fora para botar na minha vagina e eu fiquei com medo do meu pai. Até que um dia eu falei para minha melhor amiga e ela me ajudou muito. No dia em que eu contei ela ficou muito triste. Eu pensei que o meu pai não ia fazer isto comigo. E daí a minha amiga falou para a mãe dela e a mãe dela ligou para o conselho e daí o conselheiro tutelar foi lá na minha casa e daí conversou comigo e com a minha amiga que me ajudou. E daí o conselheiro deixou um papel para os pais irem no conselho conversar sobre o que aconteceu. A minha mãe ficou muito triste com o*

que aconteceu comigo. A minha mãe ficou muito triste porque ela nunca pensou que ia acontecer comigo!!! Eu não quero ver o meu pai nunca mais na minha vida. Eu estou com muita saudade da minha família e da minha amiga” (Mariana, 11 anos).

Elisa (12 anos) descreveu: “Tudo começou quando meu pai começou a entrar no meu quarto quando estava com a minha prima. Nós duas saímos do banheiro e íamos para o quarto colocar minha roupa. Ele entrava como se não tivesse ninguém dentro do quarto. Também quando ia dormir, ele tirava a calça na minha frente e ficava só de cueca. Me lembro quando ele pegou e tirou a minha calcinha e disse para mim se eu colocasse a mão no pênis dele e eu disse não e ele puxou minha mão e colocou. E eu me lembro também quando ele disse para mim se eu tivesse vontade de transar com ele era para mim subir em cima dele e abrir as pernas para ele penetrar o pênis na vagina. Também ele pegou a minha irmã e disse na frente do meu irmão que era mentira o que ele tinha feito com ela. E disse na minha frente que eu menti só para não precisar apanhar dele e também disse que eu tava com muito medo porque eu apanhava e ele disse que eu queria sair dali, porque ele não deixava brincar com meninos”.

Na nona sessão, os grupos ainda construíram seu “Botão de Emergência” que reuniu estratégias para lidar com lembranças intrusivas sobre a violência sexual. Alguns exemplos de estratégias sugeridos nos grupos foram: brincar, assistir TV, pensar no grupo, respirar fundo, conversar com amigos, conversar consigo mesma, cantar e dançar. Cada menina escreveu em um cartão amarelo as estratégias construídas e levou o botão de emergência para casa. Elisa (12 anos) disse que guardaria o seu dentro do estojo para utilizá-lo na aula. As meninas também quiseram construir um painel com o botão de emergência para enfeitar a sala de atendimento. A Figura 3 ilustra o painel construído pelas meninas com o botão de emergência.

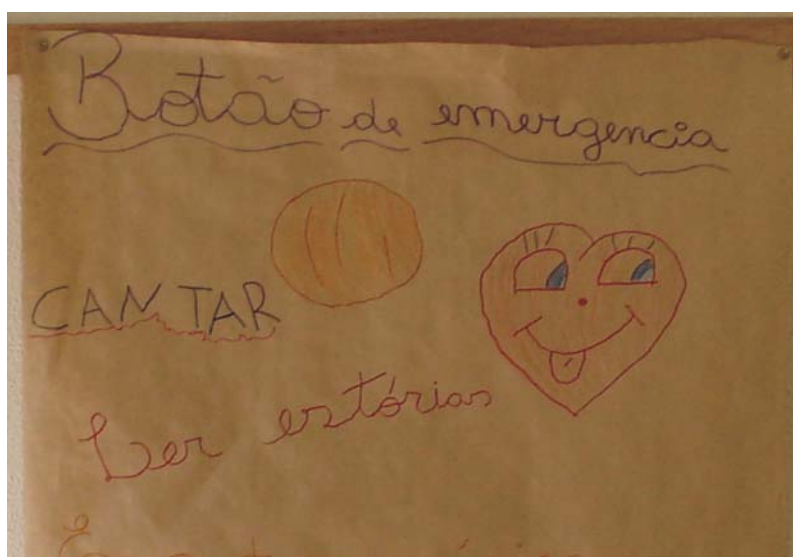


Figura 3. Botão de emergência

Na décima e décima primeira sessão, o registro escrito das situações abusivas continuou a ser realizado e as meninas traziam a cada sessão mais detalhes. Depois de escrever sobre a situação as meninas liam para o grupo. As meninas demonstravam apoio àquela que lia seu registro, segurando as mãos e oferecendo abraços. Juliana (11 anos), por exemplo, disse que foi interessante lembrar que o tio a abordou na cozinha, enquanto lavava louças, pois entendeu porque se sentia mal quando estava neste local da casa.

Na décima segunda sessão foi realizado o jogo da memória para que as meninas compreendessem o funcionamento da memória e como é possível substituir lembranças de episódios negativos por outras de episódios positivos. Inicialmente, as terapeutas perguntaram para as meninas se elas já haviam ouvido falar sobre memória. Daniela (12 anos) imediatamente respondeu que a memória *“está dentro da cabeça de cada pessoa e que guarda tudo o que já aconteceu na vida da gente”*. Aproveitando a idéia de Daniela, a coordenadora disse que a memória é como uma caixa cheia de gavetas que está na cabeça e que em cada gaveta está guardada uma situação já experienciada. Então, foi sugerido que as meninas fechassem os olhos e imaginassem a caixa da memória e depois escolhessem uma situação boa que estivesse guardada dentro de uma gaveta. Em seguida, solicitou que as meninas detalhassem tal situação em sua cabeça, pensando em seus detalhes. Após visualizar mentalmente a situação, cada menina desenhou o que havia pensado. Depois disto, as terapeutas pediram que as meninas fechassem novamente os olhos e abrissem a gaveta com a pior lembrança que tinham do abuso e pensassem na situação com detalhes. As meninas também desenharam ou escreveram a situação. Por fim, a terapeuta explicou que é possível substituir lembranças ruins por lembranças boas e treinou a substituição de imagens, solicitando que as meninas fechassem os olhos e pensassem na situação ruim, depois na boa e, assim, sucessivas vezes até que todas participantes conseguissem realizar a substituição. Luciana (11 anos) fazia com a mão um movimento na cabeça que simulava a abertura e o fechamento de gavetas.

Durante as sessões de treino de inoculação do estresse, a frequência e a intensidade das lembranças traumáticas das meninas de ambos os grupos foram mapeadas e identificou-se que todas apresentaram redução deste sintoma. No início de cada sessão, as meninas comumente relatavam quantas vezes haviam lembrado do abuso e demonstravam a emoção que acompanhava estas lembranças ocorridas na semana entre os encontros com a equipe. Ao longo da intervenção, o número de lembranças foi diminuindo a cada nova sessão e as reações emocionais foram apresentadas de forma menos intensa. Além disso, as meninas relataram a utilização das estratégias aprendidas na grupoterapia em seu cotidiano, sendo que o botão de emergência e as gavetas da memória foram os recursos mencionados como mais explorados por elas. A redução da frequência e intensidade de lembranças intrusivas e das reações emocionais através da ativação e reconstrução da memória traumática é um resultado também encontrado em outros estudos (Cohen, Mannarino, &

Rogal, 2001; Deffenbacher, 1996; Habigzang & Caminha, 2004; Zavaschi et al., 1991). Esse processo possibilitou às meninas perceberem, no contexto seguro, que uma lembrança não significa que a situação está ocorrendo novamente. Assim foi possível reduzir o medo que tais lembranças geram a elas.

A última etapa da grupoterapia, denominada prevenção à recaída, constituída por oito sessões, teve como objetivos construir e fortalecer medidas de autoproteção, bem como retomar as técnicas e as estratégias aprendidas no contexto grupal para lidar com sintomas, pensamentos, emoções e comportamentos decorrentes do abuso sexual, em outras etapas da intervenção.

Na décima terceira sessão ocorreu a oficina sobre sexualidade em cada grupo, com o objetivo de esclarecer as dúvidas das meninas sobre mudanças no corpo decorrentes da puberdade, ficar, namorar, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis. As meninas escreveram suas dúvidas em tiras de papel, que foram dobradas e colocadas em uma caixa. Depois a caixa passava de mão em mão, enquanto tocava uma música e quando esta parava, a menina que estava com a caixa tirava uma pergunta e o grupo discutia a resposta. Alguns exemplos de perguntas foram: *“Como é ficar com um menino?”*, *“Como as meninas engravidam?”*, *“O que acontece quando ficamos ‘mocinhas’?”*, *“Por que as meninas se apaixonam pelos meninos e não tiram eles da cabeça quando estão apaixonadas?”*, *“Por que tem homens que abusam de meninas e meninos?”*. As psicoterapeutas levaram figuras ilustrativas sobre o corpo humano e métodos anticoncepcionais para facilitar algumas explicações. A questão do autocuidado foi explorada neste encontro, sendo que informações sobre métodos anticoncepcionais e a utilização de preservativos para evitar doenças sexualmente transmissíveis foram salientados. Os cuidados com a higiene também foram abordados na oficina, tendo sido lembrados pelas próprias meninas. Juliana (11 anos) disse que *“é importante trocar o absorvente a cada duas horas para evitar fungos”*. Contou que aprendeu isso com sua mãe. Cristiane (nove anos) ensinou as meninas que *“não se pode sentar no vaso sanitário de lugares públicos para não contrair doenças”*. As meninas mostraram-se muito atentas e participativas, compartilhando seus conhecimentos e experiências com seus grupos.

A décima quarta sessão abordou os direitos das crianças e adolescentes, através da oficina sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, em cada grupo. O objetivo desta oficina foi proporcionar às meninas o conhecimento da lei que as protege, dos órgãos a quem podem recorrer quando sentirem-se em risco e, principalmente, dos direitos que possuem enquanto cidadãs. Dessa forma, foram discutidos a lei de proteção integral e os artigos relacionados com maus-tratos e pornografia infantil. Também foi conversado sobre os órgãos de proteção e a função de cada um deles. As meninas relataram suas experiências com o Conselho Tutelar e Juizado, contando sobre as audiências que participaram e construíram painéis com as informações que consideraram importantes sobre o Estatuto. A Figura 4 ilustra o painel de um dos grupos.

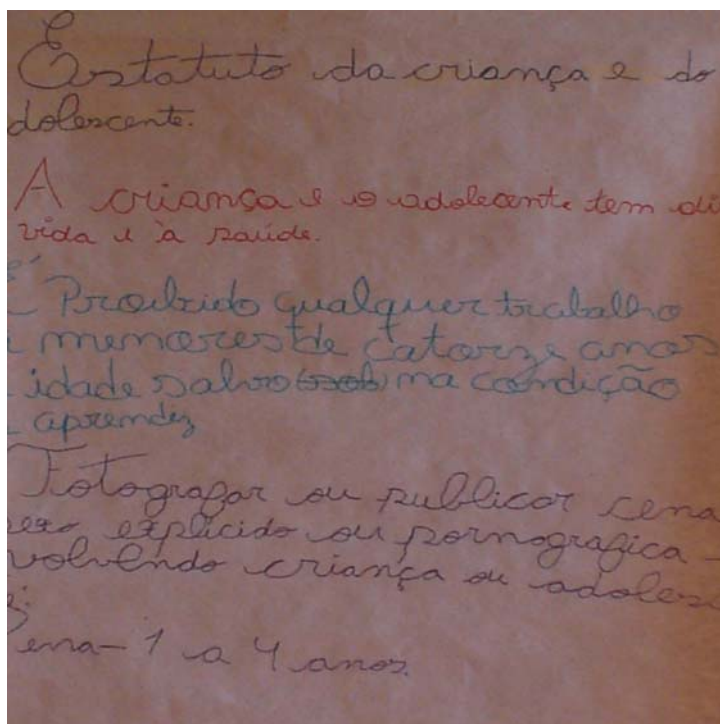


Figura 4. Painel sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente

Na décima sexta sessão foi realizada uma oficina de psicomotricidade, com as meninas em ambos os grupos. A oficina constituiu-se como um espaço para brincadeiras que visavam à reintegração do esquema corporal, explorando sensações de prazer/desprazer, bem como a diferenciação entre toques abusivos e não abusivos. Atividades tais como: dança da cadeira, nó-humano, identificação por sinais e sons de animais, espelho, massa de modelar, estátua, entre outras, foram sugeridas e logo aceitas e desenvolvidas pelas participantes. As meninas demonstraram confiança entre si e divertiram-se muito durante as atividades. As participantes não apresentaram dificuldades de expressão corporal e a oficina foi finalizada com uma roda de dança.

A décima sétima sessão teve como objetivo retomar as estratégias para lidar com as lembranças abusivas e a elaboração de outras de enfrentamento para situações de risco. A identificação de comportamentos e de potenciais situações de risco é fundamental, devido aos altos índices de revitimizações que ocorrem entre meninas vitimizadas sexualmente (Knell & Ruma, 1996/1999; Smith, 1993/1996). As terapeutas sugeriram que as meninas pensassem em situações que consideravam de risco e escolhessem uma delas para ser dramatizada. As meninas rapidamente se organizaram, escolhendo uma situação, distribuindo os papéis e ensaiando a cena para ser apresentada e discutida com as terapeutas. Os grupos apresentaram boa capacidade de organização e realização da tarefa sugerida. As meninas da manhã dramatizaram uma cena na qual Andréia (11 anos) encontrava o tio que abusou dela na casa da avó. Na cena, Andréia ficava o tempo todo ao lado da avó e ligava para o pai vir buscá-la. O grupo da tarde dramatizou uma situação, na qual Daniela (12 anos) estava sozinha em casa com o irmão menor e um estranho bateu na porta, dizendo

que sua mãe havia pedido para arrumar a pia da cozinha que estava estragada. Daniela não abriu a porta e pediu à pessoa que retornasse mais tarde depois que sua mãe chegasse em casa. Além de aprender a identificar situações de risco, as meninas receberam instruções sobre os locais onde podem solicitar ajuda e escolheram um adulto-referência para quem recorreriam nestas situações. A principal estratégia apontada pelas meninas foi contar imediatamente o que aconteceu para o adulto-referência, pois segundo elas, “*manter o segredo prolonga e piora a situação*”. As pessoas apontadas como referência pelas meninas foram os seus pais não-abusivos e as terapeutas. Elas, ainda, ressaltaram a importância de não andarem sozinhas em lugares pouco movimentados e não conversarem ou abrirem a porta de casa para estranhos. Com relação aos agressores, as participantes enfatizaram a importância de não ficar sozinhas com eles.

Na décima oitava sessão, todas as meninas estavam de férias escolares e solicitaram um encontro dos dois grupos para que pudessem se conhecer. A idéia partiu de Andréia (11 anos) e logo foi aceita pelas demais meninas. Fernanda (10 anos) deu a sugestão de levarem lanches e Priscila (13 anos) sugeriu que as meninas trouxessem CDs com as músicas que gostavam. Juliana (11 anos) solicitou a presença das assistentes de pesquisa. O encontro foi uma festa com a participação das dez meninas e de toda equipe de pesquisa. As meninas de cada grupo logo se apresentaram às do outro e propuseram às terapeutas realizarem as atividades que haviam sido feitas na oficina de psicomotricidade (dança, etc.). Depois das brincadeiras, todas sentaram-se para lanche, compartilhando os alimentos e bebidas que trouxeram. Durante o lanche, as meninas relataram como estavam utilizando as estratégias aprendidas em grupoterapia para controle da ansiedade e pensamentos intrusivos sobre o abuso.

A décima nona sessão abordou as expectativas das meninas, agora em seus grupos de origem, com relação ao futuro, através do jogo “máquina do tempo”. O jogo sugeria que elas imaginassem a si mesmas no futuro, dentro do período de um ano, cinco, dez e trinta anos. As meninas apresentaram expectativas positivas para o futuro, salientando a importância de estudar para obter melhores condições de trabalho, ter um bom emprego, e casar e ter filhos. Muitas meninas falaram de suas expectativas sobre namoro e casamento e revelaram a importância do respeito nestas relações. Algumas afirmaram que não querem “*maridos que bebam e que batam nos filhos*”. Todas as meninas falaram sobre ter filhos e disseram que querem “*trabalhar para que eles possam estudar, ter brinquedos e roupas boas*”. Também salientaram que querem “*brincar com os filhos e levá-los para passear*”. Os projetos de vida das meninas revelaram o desejo de constituir uma família sem violência, na qual os pais sejam afetivos e protetivos com os filhos. Tais projetos para o futuro apontam a tentativa de superar os eventos negativos da vida. Expectativas de superação e idealização da família também foram encontradas no estudo realizado por De Antoni e Koller (2000b) com meninas que sofreram violência intrafamiliar.

Na última sessão foi solicitada às meninas, de ambos os grupos, uma auto-avaliação por escrito sobre a participação no grupo. Alguns exemplos destas auto-avaliações estão apresentados a seguir: *“Muitas coisas mudaram em mim depois do grupo. Antes eu tinha muitos pesadelos com o meu dindo. Agora não tenho mais pesadelos e mesmo se tivesse usaria a gaveta da memória, que foi outra coisa legal que aprendi e que me faz esquecer de tudo que passei. Me sinto mais segura em relação ao meu tio. Aprendi com o grupo sobre gravidez, sexo e meu corpo. Antes do grupo olhava para o lado e lembrava do tio, tinha pesadelos horríveis e me sentia muito diferente de minhas amigas, mas agora, além de conhecer pessoas, fiz ótimas amizades”* (Andréia, 11 anos).

“Antes do grupo eu era uma menina mal comportada, mas quando vim para o grupo mudei muito meu comportamento e parei um pouco de brigar. Também comecei a me abrir mais com as pessoas e a conversar mais. Antes eu não me abria muito com as pessoas. Gostei muito do grupo e o que mais gostei foi das nossas conversas. Parei de conversar na sala de aula. Antes eu não fazia nada na escola porque só ficava pensando no que havia acontecido comigo” (Priscila, 13 anos).

“Antes do grupo eu era uma menina muito esquisita e falava coisas que não devia. Agora eu sou mais educada e não falo coisas que não devo falar. Faço mais coisas do que antes, brinco mais e falo coisas que as pessoas riem. Antes eu não queria nada com nada na escola, mas agora me acho uma menina muito esperta e quero ter uma profissão. Eu também lembrava bastante daquelas horríveis cenas, mas agora só lembro de estar de bem com a vida e não lembro mais daquelas cenas. Eu era uma menina muito mal atenciosa nas coisas de casa e das coisas de aula, mas quando comecei a vir ao grupo isso melhorou muito. Por todas estas coisas e por ter me ajudado bastante eu adoro o grupo” (Mariana, 11 anos).

As auto-avaliações das participantes sugerem que a intervenção contribuiu para melhorar a auto-estima, as relações interpessoais e a retomada de atividades, tais como brincar e estudar, que haviam sido abandonadas em decorrência dos episódios de violência sexual. As meninas escreveram sobre as estratégias funcionais para lidar com a experiência de abuso e que elas têm utilizado no seu cotidiano. O grupo revelou seu papel significativo na rede de apoio social e afetiva das meninas, representando um espaço seguro para compartilhar experiências e sentimentos, bem como para aprender novas formas de lidar com situações adversas.

Durante o processo terapêutico observou-se a influência de alguns fatores no humor das meninas. Tais fatores foram: conflitos familiares e reações emocionais dos pais, situação de abrigo e visita dos cuidadores não-abusivos no abrigo, e depoimentos em delegacias e Juizado. As reações emocionais negativas dos pais não-abusivos e a dissolução de laços familiares representaram ter um impacto negativo nas meninas. Este fator vem sendo apontado como um importante risco para a manutenção de sintomas de depressão e ansiedade (Cohen & Mannarino, 2000b). O abrigo não foi avaliado como situação negativa por todas as meninas. As três irmãs

que estavam no abrigo relataram estarem mais felizes lá do que eram em casa, pois fizeram amizades e se sentem seguras. Contudo, nas semanas que a mãe não compareceu ao horário da visita, estas demonstravam tristeza, saudade e decepção. Mariana (11 anos) e Elisa (12 anos), que também estavam abrigadas, apresentavam maior inconformidade com a situação, solicitando o retorno para casa. Ao longo do processo, o Juizado definiu que a guarda de Elisa seria de um casal de tios, que demonstrou interesse em cuidar da menina e Mariana passou a freqüentar a casa da mãe nos finais de semana. A equipe de pesquisa acompanhou estes processos, bem como esteve presente com as meninas aos depoimentos no Juizado da Infância e Juventude, uma vez que essas situações geravam ansiedade. No caso de Cristiane (nove anos), por exemplo, a terapeuta entrou com ela na sala do juiz e acompanhou seu depoimento. Durante seu relato, os advogados de defesa dos padrinhos perguntaram várias vezes porque a menina não denunciou o abuso antes. Cristiane ficou nervosa e começou a chorar, segurando com força a boneca que sempre brincava. A juíza então sugeriu que a terapeuta sentasse ao lado da menina. Aos poucos, Cristiane se acalmou e conseguiu concluir seu depoimento. Outro exemplo foi o acompanhamento dado à mãe de Mariana nas audiências para a separação do marido e recuperação da guarda das meninas, manifestado durante os encontros dos cuidadores. O acompanhamento às audiências foi oferecido pela terapeuta às meninas e aos seus cuidadores não-abusivos. O acompanhamento e a participação dos terapeutas nos processos jurídicos foi fundamental, pois cumpriram com o dever ético do profissional, bem como fortaleceram o vínculo de confiança com a criança. O Juizado e o Conselho Tutelar também solicitaram pareceres da equipe quanto à avaliação dos casos.

Considerando o impacto do comportamento dos cuidadores não-abusivos sobre o humor e a ansiedade das crianças foram realizados quatro encontros de psicoeducação com estes. Os encontros tiveram como objetivo discutir o que é abuso sexual, os fatores de risco associados e a dinâmica desta forma de violência. Alguns cuidadores demonstraram não compreender o que era considerado abuso sexual e o pai de Andréia contou que quando descobriu que a filha havia sido abusada pelo cunhado buscou informações na *internet* e descobriu que a incidência desta forma de violência era muito alta. Ele perguntou à terapeuta o que era Transtorno do Estresse Pós-Traumático, pois em sua pesquisa também descobriu que este é o principal problema que as vítimas podem enfrentar. A terapeuta explicou aos cuidadores os principais sintomas deste transtorno e como estes seriam trabalhados na grupoterapia com as meninas.

Além de informações sobre violência sexual, foi ressaltada a importância do apoio afetivo e protetivo dos cuidadores para a melhora clínica das meninas. Os cuidadores conversaram sobre o seu sentimento de culpa, por não terem evitado o abuso, e sobre como estão lidando com as meninas e a família depois da revelação. A mãe de Mariana disse “*não se conformar por não haver acreditado na filha e temia que esta não a perdoasse*”. A mãe de Daniela declarou que também se

sentiu culpada por “*não haver percebido logo que seu irmão estava abusando da filha, mas que com o tempo superou este sentimento, buscando cuidar bem da filha*”. Os encontros proporcionaram um movimento de auto-ajuda entre os cuidadores, que compartilharam sentimentos, preocupações e estratégias para proteger as crianças de possíveis revitimizações. Os cuidadores também buscaram informar-se e trocar experiências sobre os processos contra os agressores. A mãe de Cristiane sugeriu para a mãe de Juliana que consultasse o advogado que estava cuidando do caso de sua filha. Ela disse que “*se os padrinhos da filha não estivessem presos, talvez cometeria um ato semelhante ao da mãe de Juliana que matou o irmão*”.

A presença dos cuidadores nos encontros não foi regular. Os cuidadores de Fernanda, Mariana e Daniela participaram de todos os encontros, os de Cristiane, Juliana e Andréia participaram de alguns e a mãe das três irmãs Paula, Priscila e Luciana, embora convidada, não compareceu a nenhum encontro. A repercussão dos encontros com os cuidadores não-abusivos foi positiva para as meninas. Mariana (11 anos) contou no grupo que a mãe disse “*que se sentia mais segura tendo um lugar para conversar sobre o que aconteceu*”. Nas visitas iniciais que ela vinha fazendo à filha no abrigo chorava o tempo todo. No grupo ela percebeu que “*não aproveitava o tempo de visita com as filhas e as deixava ainda mais tristes*”. Depois de constatar este fato procurou “*comportar-se de forma mais positiva*”, o que foi logo notado e comentado pela sua filha. Cristiane (nove anos) também disse que “*a mãe gostava de participar do grupo e deixou de chorar pela casa*”. Os relatos das meninas apontaram a importância dos cuidadores possuírem um espaço seguro para aliviar a angústia.

O término do processo grupoterápico foi experienciado com angústia por algumas participantes. As meninas expressaram sentir falta dos encontros do grupo. Na última sessão, algumas meninas trouxeram cartas de despedida para as outras e para as terapeutas. Na carta para a terapeuta, Andréia (11 anos) escreveu que “*seria difícil ficar sem o grupo*”. Cristiane (nove anos) passou a apresentar pesadelos relacionados com o abuso diariamente nas três últimas semanas do grupo e no início de cada encontro informava às demais meninas o número de sessões restantes. Diante destas situações, foi definido que o grupo teria encontros com frequência mensal durante um ano, uma vez que este passou a ocupar um importante papel na rede de apoio das participantes. Além disso, a equipe de pesquisa percebeu o compromisso ético assumido com as meninas e a importância de desligá-las gradativamente da pesquisa. Dessa forma, também será possível acompanhar o desenvolvimento das meninas e investigar se os efeitos da intervenção serão mantidos por um ano. A proposta do acompanhamento mensal foi aceita pelas participantes e pelos cuidadores. As meninas mantêm a assiduidade nos encontros mensais que vêm ocorrendo após o término da grupoterapia, nos quais relatam fatos ocorridos entre uma sessão e outra, propõem brincadeiras e trocam experiências.

3. Impacto da Intervenção

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

Tabela 2. Linha do Tempo das Atividades

Pré-teste	Pós-teste 1	Pós-teste 2	Pós-teste 3
Antes do início da intervenção	Após Psicoeducação 7 semanas	Após Treino de Inoculação do estresse 12 semanas	Após Prevenção a Recaída 20 semanas

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, o desvio padrão e a mediana de cada instrumento em cada tempo. Após as análises descritivas, os dados foram submetidos ao *Teste de Friedman* e os resultados tendencialmente significativos ($p < 0,10$) ou significativos ($p < 0,05$) foram analisados através do teste estatístico não-paramétrico *Wilcoxon*, utilizado 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) e os resultados tendencialmente significativos ou significativos estão apresentados e discutidos a seguir.

Os sintomas de depressão, avaliados através do Inventário de Depressão Infantil (CDI), apresentaram redução tendencialmente significativa entre pré-teste e o pós-teste 3 ($Z=1,79$, $p < 0,10$) (Veja Tabela 3). Entretanto, foi encontrada diferença significativa nos resultados entre o pós-teste 1 e o pós-teste 3 ($Z=2,20$, $p < 0,05$). Este resultado sugere que após as sete sessões de psicoeducação (pós 1) iniciou-se a redução de sintomas de depressão.

A análise dos sintomas de ansiedade, avaliados pelo Inventário de Ansiedade Infantil/Estado (IDATE), também apresentou diferença significativa entre pós-teste1 e pós-teste 3 ($Z=2,08$, $p < 0,05$). Dessa forma, houve uma redução significativa de sintomas de ansiedade a partir da etapa da psicoeducação (pós 1). A Tabela 3 apresenta os resultados da análise descritiva do IDATE-C

Tabela 3. Média, Desvio Padrão e Mediana do Inventário de Depressão (CDI) e de Ansiedade (IDATE-C-Estado)

Instrumento	Pré-teste			Pós-teste 1			Pós-teste 2			Pós-teste 3		
	<i>x</i>	<i>dp</i>	<i>Md</i>	<i>x</i>	<i>dp</i>	<i>Md</i>	<i>X</i>	<i>dp</i>	<i>Md</i>	<i>x</i>	<i>dp</i>	<i>Md</i>
CDI	18,50	12,22	15,00	12,60	7,15	14,00	9,90	7,22	9,50	8,50	5,82	8,00
IDATE-C Estado	33,80	7,21	35,50	35,50	7,41	35,00	31,40	7,01	30,50	30,00	5,58	31,50

A redução significativa de sintomas de depressão e ansiedade-estado entre a etapa de psicoeducação e o final da intervenção aponta que a reestruturação de crenças disfuncionais relacionadas com culpa e diferença em relação aos pares enfatizada nas primeiras sessões, bem como a compreensão do que é abuso sexual e a exploração de sentimentos e percepções sobre essa experiência tiveram impacto positivo nestes sintomas. Tal resultado está em consonância com os estudos que apontam que as percepções distorcidas da criança, em relação ao abuso, estão relacionadas com maior sintomatologia de depressão e ansiedade (Cohen & Mannarino, 2000b; Heflin & Deblinger, 1996/1999; Runyon & Kenny, 2002; Valle & Silovsky, 2002).

Os sintomas de estresse infantil, avaliados pela Escala de *Stress* Infantil (ESI), apresentaram redução significativa entre o pré-teste e pós-teste 3 ($Z=2,19$, $p<0,05$). Este resultado pode sugerir que apenas o encaminhamento para atendimento psicológico pode reduzir o estresse da criança, pois pode representar uma oportunidade de sentir-se melhor. Contudo, a análise de cada subescala do instrumento apontou diferença significativa apenas naquelas que avaliam sintomas psicológicos ($Z=2,39$, $p<0,05$) e psicofisiológicos ($Z= 2,30$, $p<0,05$). Não foi encontrada diferença significativa em sintomas físicos e psicológicos com componente depressivo de estresse. Este dado pode sugerir que as técnicas empregadas ao longo do processo terapêutico promovem melhoras em sintomas psicológicos e psicofisiológicos relacionados ao *stress*. A Tabela 4 apresenta os resultados das análises descritivas de cada subescala e total do ESI.

Tabela 4. Média, Desvio Padrão e Mediana da Escala de *Stress* Infantil (ESI)

ESI	Pré-teste			Pós-teste 1			Pós-teste 2			Pós-teste 3		
	<i>x</i>	<i>dp</i>	<i>Md</i>	<i>x</i>	<i>dp</i>	<i>Md</i>	<i>x</i>	<i>dp</i>	<i>Md</i>	<i>x</i>	<i>dp</i>	<i>Md</i>
Reações físicas	8,60	3,06	8,50	8,10	4,04	7,50	8,30	5,64	10,00	6,50	5,52	7,00
Reações psicológicas	16,90	4,23	18,00	17,30	5,23	18,00	11,60	6,33	12,00	8,20	6,43	8,00
Reações psicológicas c/ comp. depressivo	9,20	4,80	8,00	10,20	6,21	8,00	9,30	5,60	7,50	7,90	6,76	7,00
Reações psicofisiológicas	10,60	3,41	10,00	12,90	6,69	14,00	10,30	5,46	9,00	7,60	6,64	7,50
Total	45,30	9,89	45,50	48,30	17,57	47,50	39,50	20,45	43,50	30,20	23,31	28,00

Os sintomas de transtorno do estresse pós-traumático apresentaram redução significativa nas três categorias que o constituem: revivência do trauma, evitação e excitação aumentada. Os sintomas da categoria “revivência do evento traumático” apresentaram uma redução tendencialmente significativa entre o pós-teste 2 e 3 ($Z= 1,85, p<0,10$) e significativa entre o pós-teste 1 e 3 ($Z=2,46, p<0,05$). Este dado sugere que o treino de inoculação do estresse é relevante para a redução dos sintomas de reexperiência do trauma. Os sintomas da categoria “evitação” apresentaram redução significativa entre o pré-teste e pós-teste 3 ($Z=2,41, p<0,05$). Esta redução a partir do pré-teste aponta a importância de entrar em contato com as lembranças traumáticas em um contexto seguro, através do relato verbal ou escrito, para o controle das reações emocionais. As participantes relataram o abuso sexual na entrevista inicial e detalharam tal relato ao longo do processo, reduzindo a percepção sobre a evitação de pessoas, locais e lembranças da experiência traumática. Os sintomas da categoria “excitação aumentada” apresentaram redução significativa entre o pós-teste 2 e 3 ($Z= 1,98, p<0,05$) e entre o pós-teste 1 e 3 ($Z= 2,16, p<0,05$).

A Tabela 5 apresenta a análise descritiva de cada categoria de sintomas do TEPT. Contudo, ao avaliar os resultados, considerando presença ou ausência do quadro de estresse pós-traumático, através do *Teste McNemar* para escala binária, verificou-se uma redução tendencialmente significativa entre o pré e pós-teste 3 ($p<0,10$), uma vez que no pré-teste foi verificado que sete das dez participantes apresentavam quadro de TEPT e ao término do processo terapêutico, o número de crianças com TEPT havia sido reduzido para dois. A Tabela 6 apresenta os resultados do *Teste McNemar*. 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 (Astin & Resick, 2002; Cohen, 2003; Cohen, Mannarino, & Rogal, 2001).

Tabela 5. Média, Desvio Padrão e Mediana das Categorias de Sintomas de Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT)

TEPT	Pré-teste			Pós-teste 1			Pós-teste 2			Pós-teste 3		
	<i>x</i>	<i>dp</i>	<i>Md</i>	<i>x</i>	<i>dp</i>	<i>Md</i>	<i>x</i>	<i>dp</i>	<i>Md</i>	<i>x</i>	<i>dp</i>	<i>Md</i>
Revivência	2,90	1,10	2,50	3,40	1,35	3,00	2,70	1,95	3,00	1,70	1,34	1,50
Evitação	3,60	1,65	3,50	3,60	1,43	3,50	3,70	1,49	4,00	2,20	1,62	2,00
Hiperavaliação	3,60	1,43	4,00	3,70	1,34	4,00	3,50	1,08	4,00	2,60	1,35	3,00

Tabela 6. Frequência de crianças com transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) durante o pré teste e pós teste 3

TEPT	Pré-teste	Pós-teste 3
Sim	07	02
Não	03	08

($p=0,63$)

Por fim, verificou-se diferença significativa nas crenças das participantes sobre a experiência abusiva, avaliadas através do CAPS. Houve uma redução significativa na percepção das meninas sobre a culpa entre o pós 1 e pós-teste 3 ($Z= 2,11$, $p<0,05$) e tendencialmente significativa na percepção de diferença em relação aos pares neste mesmo intervalo de tempo ($Z= 1,88$, $p<0,10$). A percepção das participantes sobre a credibilidade dos outros em si aumentou significativamente entre o pré e pós-teste 3 ($Z= 2,25$, $p<0,05$). Também houve um aumento significativo na percepção de confiança das meninas em outras pessoas entre o pré e pós-teste 3 ($Z= 2,71$, $p<0,05$). Estes resultados sugerem a importância da reestruturação cognitiva, bem como o vínculo seguro com os terapeutas e com o grupo de pares na modificação de pensamentos e percepções disfuncionais. A Tabela 7 apresenta os resultados da análise descritiva do CAPS.

Tabela 7. Média, Desvio Padrão e Mediana das Percepções das Participantes Relacionadas ao Abuso Avaliadas pela Entrevista CAPS

CAPS	Pré-teste			Pós-teste 1			Pós-teste 2			Pós-teste 3		
	<i>x</i>	<i>dp</i>	<i>Md</i>	<i>x</i>	<i>dp</i>	<i>Md</i>	<i>X</i>	<i>dp</i>	<i>Md</i>	<i>x</i>	<i>dp</i>	<i>Md</i>
Dif/ pares	7,90	1,73	8,00	8,50	3,24	8,00	6,70	2,36	7,50	7,10	2,77	6,50
Sent. culpa	7,90	2,28	8,50	8,60	3,10	7,50	6,70	2,71	6,50	6,80	2,62	6,50
Credibilidade	11,60	3,17	11,50	9,00	2,94	8,00	10,60	3,17	10,50	8,40	3,47	7,00
Confiança	13,10	3,28	13,00	10,50	4,43	11,50	10,50	3,69	11,50	9,30	2,83	8,50

A avaliação do impacto da intervenção, obtida através dos resultados sobre depressão, ansiedade, *stress*, transtorno do estresse pós-traumático e crenças disfuncionais, reflete as mudanças qualitativas positivas observadas ao longo do processo terapêutico. As meninas apresentaram redução da sintomatologia e elaboraram crenças mais funcionais em relação à experiência do abuso, que proporcionaram uma melhora na qualidade de vida. Dessa forma, é possível inferir que o modelo de intervenção avaliado foi efetivo na redução de sintomas de depressão, ansiedade e TEPT, bem como na reestruturação de crenças disfuncionais das participantes do estudo. 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. No entanto, alguns estudos confirmam que a passagem do tempo não é responsável pela remissão ou redução de sintomas decorrentes de abuso sexual e que adultos que passaram por esta experiência na infância permanecem com dificuldades psicológicas durante a vida (Cloitre et al., 2002; Edwards et al., 2001; Jonzon & Lindblad, 2004; Lanktree & Briere, 1995).

Os resultados também sugerem a importância do acompanhamento dos cuidadores não-abusivos, devido à influência das reações emocionais e do suporte afetivo e protetivo destes sobre os sintomas de depressão e ansiedade das crianças. Dessa forma, o desenvolvimento de um programa sistematizado de atendimento para os cuidadores poderia potencializar os resultados da grupoterapia com as vítimas.

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O abuso sexual infantil intrafamiliar é um fenômeno complexo que envolve aspectos psicológicos, sociais e jurídicos, com altos índices de incidência, que pode ocasionar sérias alterações cognitivas, comportamentais e emocionais para a vítima. A complexidade do problema exige intervenções igualmente complexas que incluem a denúncia e o acompanhamento do caso nos órgãos de proteção à criança, atendimento médico e psicológico para a vítima e acompanhamento da família para garantir a proteção da criança de outras situações abusivas. Dessa forma, o trabalho interdisciplinar e a constituição de uma rede de apoio social e afetiva eficaz são fundamentais para minimizar os prejuízos que esta forma de violência pode acarretar para a vítima e sua família (Ferreira & Schramm, 2000; Furniss, 1993; Gonçalves & Ferreira, 2002; Habigzang, Azevedo, Koller & Machado, no prelo).

A psicologia tem contribuído para a compreensão do abuso sexual infantil, através de estudos sobre dinâmica familiar, incidência epidemiológica, conseqüências do trauma para o desenvolvimento e intervenções clínicas. A avaliação da eficácia/efetividade de intervenções psicoterápicas tem sido um importante desafio para psicólogos clínicos e pesquisadores, uma vez que implica articular conhecimentos sobre pesquisa científica e prática clínica (Colin, 1993). Dessa forma, aspectos teóricos, metodológicos, éticos e técnicos devem estar coordenados em pesquisas sobre psicoterapia com o objetivo de produzir avanços no tratamento de problemas psicológicos, contribuindo para a promoção de saúde e qualidade de vida.

A terapia cognitiva-comportamental, desde suas primeiras formulações, tem articulado a pesquisa e a prática clínica (Beck & Alford, 1997/2000) e a avaliação de modalidades de tratamento tem apontado a eficácia/efetividade das técnicas cognitivas e comportamentais na reestruturação da memória traumática e redução de sintomas de ansiedade, depressão e transtorno do estresse pós-traumático identificados nas vítimas de abuso sexual. Além disso, o formato grupal tem apresentado resultados superiores no tratamento de crianças e adolescentes que experienciaram abuso sexual (Calhoun & Resick, 1999; Celano, Hazzard, Campbell, & Lang, 2002; Cohen, Mannarino, & Knudsen, 2005).

O presente estudo teve resultados semelhantes aos encontrados na literatura consultada, tanto em relação à dinâmica do abuso intrafamiliar e conseqüências negativas para o desenvolvimento quanto ao tratamento cognitivo-comportamental em grupo. A presença de outras formas de violência na família, o início do abuso em idade precoce e a duração de pelo menos um ano, a presença de ameaças e barganhas à criança, os rituais de início e fim dos episódios abusivos

foram fatores da dinâmica da violência sexual confirmados nos casos atendidos, comumente apontados pela literatura (Braun, 2002; Furniss, 1993; Gabel, 1997; Habigzang & Caminha, 2004).

As meninas apresentavam sintomas de depressão, ansiedade e, principalmente, transtorno do estresse pós-traumático. Também foi identificada a presença de crenças distorcidas de culpa, diferença em relação aos pares e desconfiança, bem como baixo rendimento escolar. Tais alterações cognitivas e comportamentais são as principais conseqüências da violência sexual para as vítimas sugeridas por estudos anteriores (Briere & Elliott, 2003; Cohen, 2003; Duarte & Arboleda, 2004). Contudo, as meninas não apresentavam comportamentos hipersexualizados, frequentemente associados com abuso sexual infantil. A ausência de tais comportamentos pode ser considerada um fator de proteção para as meninas, uma vez que reduz o risco de revitimizações. Outras conseqüências apontadas pela literatura e não identificadas nas meninas foram ideações e comportamentos suicidas (Azevedo, Guerra, & Vaiciunas, 1997, Cohen & Mannarino, 2000a; Habigzang & Caminha, 2004).

O modelo adaptado de grupoterapia cognitiva-comportamental proposto por Habigzang e Caminha (2004) reduziu sintomas de depressão, ansiedade e transtorno do estresse pós-traumático, bem como modificou a percepção de diferença em relação aos pares, a culpa pela situação do abuso e pelas modificações na configuração familiar, identificadas na avaliação clínica inicial e durante o processo terapêutico. Outro aspecto positivo identificado foi a melhora no desempenho escolar, embora não testado, mas observado pelas participantes e seus cuidadores. As técnicas empregadas na etapa da psicoeducação foram importantes para a reestruturação de crenças disfuncionais. A psicoeducação e o treino de inoculação do estresse contribuíram para a redução de sintomas de transtorno do estresse pós-traumático, sendo que o jogo sobre a memória e o botão de emergência foram as estratégias que as meninas relataram adotar, quando apresentavam sintomas de revivência do trauma em seu cotidiano. A etapa final, de prevenção à recaída, promoveu a elaboração de estratégias de proteção, através da identificação de situações de risco e das oficinas sobre sexualidade e sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. A oficina de psicomotricidade foi vivenciada com intensidade pelas participantes e foi a atividade mais lembrada por estas na avaliação final. Os resultados clínicos deste estudo corroboram os achados do estudo de Habigzang e Caminha (2004). A aplicação dos instrumentos psicológicos nas diferentes etapas da intervenção e a organização destas etapas, conforme objetivos e técnicas empregadas, qualificaram o modelo inicial proposto.

A necessidade de promover um acompanhamento para os cuidadores não-abusivos, verificada durante a grupoterapia para as vítimas, foi um aspecto também apontado por outros estudos (Cohen & Mannarino, 2000b; Deblinger, Stauffer, & Steer, 2001; Horowitz et al., 1997), que constataram o impacto das reações emocionais e comportamentais dos cuidadores sobre o

desenvolvimento e a manutenção de sintomas psicopatológicos nas crianças e adolescentes. A intervenção realizada com os cuidadores não-abusivos apresentou resultados positivos, apontando aprimoramento na qualidade do apoio afetivo e protetivo oferecido às meninas. Este fato foi relatado tanto pelos cuidadores quanto pelas meninas. Este resultado sugere a sistematização de um programa de atendimento para os cuidadores não-abusivos, paralelo ao modelo de grupoterapia para as meninas, como um importante componente para potencializar os efeitos terapêuticos.

Outro aspecto que contribuiu para a melhora clínica das meninas foi a inserção da equipe de pesquisa na rede de atendimento existente. A parceria com o Conselho Tutelar, Juizado da Infância e Juventude, Abrigo e outros órgãos de proteção à criança e ao adolescente, através do acompanhamento e participação nos processos judiciais, promoveram o fortalecimento do vínculo entre equipe, meninas e famílias, além de cumprir com o compromisso ético das pesquisadoras.

Considerando os resultados do processo e o impacto da intervenção cognitivo-comportamental sobre a sintomatologia apresentada pelas participantes, pode-se concluir que esta foi efetiva e atuou na promoção de resiliência e na melhoria da qualidade de vida das vítimas de violência sexual e suas famílias. O desenvolvimento de novos estudos com um maior número de participantes pode potencializar os resultados encontrados, uma vez que amostras maiores possibilitarão a utilização de estatísticas mais sofisticadas para a análise dos dados e a generalização dos resultados. Além disso, sugere-se que ocorra o acompanhamento durante um ano após o término da intervenção para avaliar a manutenção dos efeitos terapêuticos.

REFERÊNCIAS

- 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.
- Astin, M. C., & Resick, P. A. (2002). Tratamento cognitivo-comportamental do transtorno de estresse pós-traumático. In V. Caballo (Ed.), *Manual para o Tratamento Cognitivo Comportamental dos Transtornos Psicológicos* (pp.171-210). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Azevedo, M. A., Guerra, V. N. A., & Vaiciunas, N. (1997). Incesto ordinário: a vitimização sexual doméstica da mulher-criança e suas conseqüências psicológicas. In M. A. Azevedo & V. N. A. Guerra (Eds.), *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento* (pp. 195-209). São Paulo: Editora Cortez.
- 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.
- 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.
- Calhoun, K. S., & Resick, P. A. (1999). Transtorno do estresse pós-traumático. In D. Barlow (Ed.), *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos* (pp. 63-118, M. R. B. Osório, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1993)

- 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, 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. 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.
- Colin, R. (1993). *Real World Research: A resource for social sciences and practioner-researcher*. Oxford: Blackwell
- 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.
- Courchaine, K. E., & Dowd, E. T. (1995). Abordagens de grupo. In F. Dattilio & A. Freeman (Eds.), *Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises: tópicos especiais* (pp. 299-318, M. Lopes & M. Carbajal, Trad.). São Paulo: Editorial Psy. (Original publicado em 1992)
- 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.
- Dattilio, F. M., & Padesky, C. A. (1995). *Terapia cognitiva com casais* (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1990)
- 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. (2000a). Vulnerabilidade e resiliência familiar. Um estudo com adolescentes que sofreram maus tratos intrafamiliares. *Psico*, 31, 39-66.
- De Antoni, C. & Koller, S. H. (2000b) A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 15(2), 347-381.
- 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.
- 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.
- Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). *Diário Oficial da União*. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Brasília, DF.
- 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., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and Youth: A comprehensive, national survey. *Child Maltreatment, 10*(1), 5-25.
- Flores, R. Z., & Caminha, R. M. (1994). Violência sexual contra crianças e adolescentes: algumas sugestões para facilitar o diagnóstico correto. *Revista de Psiquiatria, 16*(2), 158–167.
- Forward, S., & Buck, C. A. (1989). *A traição da inocência: o incesto e sua devastação*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Freeman, A., & Dattilio, F. M. (1998). *Compreendendo a terapia cognitiva* (M. Lopes & M. Carbajal, Trad.). São Paulo: Editorial Psy. (Original publicado em 1992)
- 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.
- Giacomoni, C. H. (1998). *Desempenho acadêmico, controle percebido e eventos de vida como preditores de bem-estar subjetivo em crianças*. Dissertação de Mestrado Não-publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- 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.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F., & Gaião, A. A. (1995). Inventário de depressão infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 44*, 345-349.
- Grinblatt, M., Martins, M. D., Sattler, M. K., Caminha, R. M., & Flores, R. Z. (1994). Abuso sexual: sugestões e orientações jurídicas, médicas e psicológicas. *Revista do Ministério Público. Porto Alegre: Nova Fase, 30*, 124–137.
- 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., Azevedo, G. A., Koller, S. H., & Machado, P. X. (no prelo). Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicologia: Reflexão & Crítica*.
- 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)
- 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.
- 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.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1997). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (7ª ed., D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1994)
- Kellog, N. D., & Menard, S. W. (2003). Violence among family members of children and adolescents evaluated for sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1367-1376.
- 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., Oliveira, M. S., & Flores, R. Z. (1999). Violência contra crianças e adolescentes na Grande Porto Alegre: pode piorar? In AMENCAR (Ed.), *Violência doméstica* (pp. 104-117). Brasília: UNICEF.
- 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.
- Lipp, M. E., & Lucarelli, M. D. M. (1998). *Escala de stress infantil – ESI: Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- 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.
- 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). 4ª ed. revisada. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mattos, G. O. (2002). Abuso sexual em crianças pequenas: peculiaridades e dilemas no diagnóstico e no tratamento. In D.C.A. Ferrari, & T.C.C. Vecina (Eds.), *O fim do silêncio na violência familiar* (pp.174-200). São Paulo: Ágora.
- 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.

- 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.
- 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.
- Organização Mundial da Saúde (1999). http://www.who.int/topics/child_abuse/en/, acessado em maio de 2005.
- Pires, J. M. (1999). Violência na infância: Aspectos clínicos. In AMENCAR (Ed.), *Violência doméstica* (pp. 61-70). Brasília: UNICEF.
- Range, B., & Masci, C. (2001). Transtorno do estresse pós-traumático. In B. Range (Ed.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp.257-274). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rosenthal, S. Feiring, C., & Taska, L. (2003). Emotional support and adjustment over a year's time following sexual abuse discovery. *Child Abuse & Neglect*, 27, 641-661.
- 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 atribucional style, depression and post trauma distress among children who suffered physical or sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7(3), 254-264.
- Sanderson, C. (2005). Abuso sexual em crianças: fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais. São Paulo: M. Books do Brasil
- 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.
- Sheldon, D.R (1996). Psicoterapia cognitivo-comportamental de grupo. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Compêndio de psicoterapia de grupo* (pp.173-180, J. O. A. Abreu & D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1993)
- 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)
- 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.

- Thouvenin, C. (1997). A palavra da criança: do íntimo ao social. In M. Gabel (Ed.), *Crianças vítimas de abuso sexual* (pp. 91-102). São Paulo: Summus.
- 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.
- Wessler, R. L. (1996). Terapia de Grupo Cognitivo-Comportamental. In V. Caballo (Ed.), *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento* (pp.721-740). São Paulo: Santos.
- 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., Teibom, 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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Avaliação e intervenção clínica em meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar

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 desenvolver e verificar a efetividade de um método de avaliação e intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar.

2. Participantes da pesquisa

Participarão da pesquisa 20 meninas com idade entre 09 e 16 anos que tenham sido vítimas de violência intrafamiliar.

3. Envolvimento na pesquisa

As crianças e adolescentes que participarem desta pesquisa serão avaliadas clinicamente em três entrevistas com frequência semanal e duração de uma hora. Nestas entrevistas serão aplicados instrumentos psicológicos para avaliar a história de abuso sexual, depressão, ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático e percepções com relação ao abuso. Depois destas entrevistas, as participantes receberão atendimento psicológico em grupo que terá 20 semanas de duração, sendo que os encontros terão frequência semanal e duração de 1 hora e 30 minutos. Na última etapa da pesquisa, as meninas serão novamente entrevistadas individualmente em dois encontros com duração de uma hora, nas quais serão aplicados os mesmos instrumentos da avaliação inicial.

As crianças e adolescentes têm a liberdade para recusar a participação e podem ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para estas.

Sempre que quiser, as participantes poderão pedir mais informações sobre a pesquisa. Poderão entrar em contato com a coordenadora da pesquisa através do 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. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa seguem as normas estabelecidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (LEI Nº 8.069, de 13/07/1990) e não oferecem risco a integridade física, psíquica e

moral das adolescentes. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos a dignidade das participantes.

5. Confidencialidade

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Apenas os membros do grupo de pesquisa terão conhecimento dos dados. Garantimos o sigilo acerca da identificação do participante.

6. Benefícios

Ao participar desta pesquisa, as meninas serão beneficiadas pelo atendimento psicológico de uma equipe qualificada. Além disso, este estudo poderá gerar informações importantes para avaliação e intervenção clínica de um número maior de meninas vítimas de abuso sexual, qualificando os serviços de atendimento destes casos.

7. Pagamento

Os participantes não terão despesas por participar desta pesquisa, com exceção do transporte até o local de atendimento. E nada será pago por sua participação.

Tendo em vista os itens acima apresentados, 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

ANEXO B

Entrevista Semi-Estruturada Inicial

(*The Metropolitan Toronto Special Committee on Child Abuse, 1995*)

Início: 1) *Rapport* (apresentação)

2) Explorar assuntos amplos de interesse da adolescente.

3) Questões de transição: “Você sabe porque está aqui hoje?”

Meio: 4) Narrativa livre através de questões abertas (perguntar como e desde quando acontecia, quantas vezes, se haviam ameaças, explorar sentimentos, pensamentos e atitudes, como foi a reação da família depois da revelação);

5) Medidas de proteção (demonstrar que acredita na adolescente e a ausentar de culpa, contar que isto acontece com outras meninas para reduzir sentimentos de estigmatização, salientar a importância da revelação).

Fim: 6) Explorar sentimentos da revelação;

7) Colocar-se disponível.

OBS. A entrevista deve ser conduzida com o cuidado de não torná-la abusiva. Para tanto, o estabelecimento de um vínculo de confiança é fundamental durante o *rapport* e o entrevistador deve respeitar os limites do entrevistado, uma vez que relatar as experiências abusivas pode desencadear fortes reações emocionais.

Dados biodemográficos

Nome da participante _____

Idade atual _____ Data de nascimento _____

Endereço _____

Telefone _____

Escolaridade_____

Com quem reside_____

Idade do início do abuso_____ Idade quando revelou o abuso_____

Quem foi o abusador_____

A quem revelou o abuso_____

Medidas de proteção adotadas depois da revelação_____

Presença de abusos físicos e psicológicos_____

ANEXO C






THE CHILDREN'S ATRIBUTIONS AND PERCEPTIONS SCALE (CAPS)

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- Nunca	
2- Raramente	
3- Às vezes	
4- Frequentemente	
5- Sempre	

_____ 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 D

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?
