

**ADAPTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO COGNITIVO-  
COMPORTAMENTAL PARA MENINOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

**Jean Von Hohendorff**

Dissertação apresentada como exigência parcial  
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia  
sob orientação da Profa. Dra. Sílvia Helena Koller  
e co-orientação da Dra. Luísa Fernanda Habigzang

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

Porto Alegre, abril de 2012

Dedico este trabalho a todos os meninos  
vítimas de violência sexual; e ao meu pai  
(*in memoriam*), que sempre quis ver um  
filho formado

## AGRADECIMENTOS

Talvez este seja o texto mais importante dessa dissertação, pois está repleto de pessoas especiais e muito afeto. Devido a isso posso dizer que escrevê-lo é um desafio!

Cursar o mestrado foi um sonho que me acompanhou desde o início da graduação nas aulas com a Profa. Dra. Daniela Centenaro Levandowsky. Foi a partir daí que defini um objetivo: fazer mestrado na UFRGS. Agradeço à Daniela por ter despertado a minha vontade em seguir a carreira acadêmica.

Com uma simples frase – “*Acredita mais no teu potencial*” -, a Profa. Dra. Denise Falcke, então coordenadora do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT), conseguiu flexibilizar algumas de minhas *crenças centrais*; e olha que ela nem é terapeuta cognitivo-comportamental. Obrigado, Denise, por me fazer acreditar que poderia chegar aonde eu queria. E, por falar na FACCAT, agradeço a todos os professores que me incentivaram a alcançar meu objetivo, especialmente aos professores Giovanni Kuckartz Pergher, Wilson Vieira Melo, Jefferson Krug e Laíssa Eschiletti Prati.

Hoje meu o objetivo está sendo plenamente alcançado. Plenamente! E isso só está sendo possível porque contei com o auxílio e apoio de muitas pessoas. A realização do mestrado me ensinou, além dos conteúdos científicos, que só conseguimos realizar nossos objetivos se tivermos pessoas nos auxiliando – a *rede de apoio social, afetiva e acadêmica*.

Agradeço a minha mãe, Lidete Lisane Nanthal, que me incentiva e vibra com minhas conquistas. Admiro a tua força e nela sempre me espelho, minha *veia*. Ao meu pai (*in memoriam*), que mesmo não estando mais por aqui, me motiva a querer sempre ir mais além. Agradeço, também, a toda minha família, vó, tias, tios, primas e primo. Cada um contribuiu do seu jeito para que eu chegasse até aqui. Agradeço também à Joana Araujo de Chaves, que também é da família, pelos empréstimos do modem e por ser a *irmã* que eu não tive.

E, por falar em família, tenho que dizer que sou um *cara sortudo*. Eu tive a sorte de encontrar mais uma família; sem laços sanguíneos, mas com laços de afeto que superam qualquer diferença em nosso código genético. Paula Ricardo Silva, ou melhor, *Palica*, Marinês Salvador Silva, Roberta Salvador Silva e Vicente Salvador Silva, vocês são pessoas especiais e juntos formamos um *sistema* e tanto. Obrigado pelos conselhos, auxílio, apoio, jantas, risadas, jogos de sinuca e tudo mais que vocês me oferecem. E a ti, Roberta, meu agradecimento especial por ser membro da minha equipe de pesquisa e minha consultora *ad hoc*. Obrigado pela parceria!

Meu muito obrigado à Pamela Lisie Ghesla. Tu também és uma dessas pessoas que a vida coloca em nosso caminho e que passamos a considerar da família, pois és especial. Obrigado pela parceria de mestrado; você na Engenharia e eu na Psicologia, dividindo anseios e conquistas. “*Meu teus tu céu, foi muito bão!*”.

Agradeço aos meus amigos de Igrejinha pelo incentivo e por me proporcionar momentos de descontração. E, por falar em momentos de descontração, tenho que agradecer ao meu timão pelos momentos de alegria. Se houvesse um *Qualis* para times, o meu seria A1 *Internacional*.

Agradeço à minha *mãe-orientadora*, a *chefa* Silvia Helena Koller pela parceria nesses dois anos. Obrigado por ser um exemplo para mim, por me desafiar, por querer que eu vá além, por me ensinar a ser um pesquisador e uma pessoa ética e comprometida. Não imagino fazer um mestrado ou doutorado se não fosse contigo. E por falar em *chefa*, agradeço também ao *chefe*, Piotr Trzeniak, pelo apoio constante e por estar sempre por perto disposto a ajudar e a bater um papo.

Ter uma *chefa* é muito bom, agora ter duas é privilégio de poucos. Eu sou um *cara sortudo* (eu disse, né?!), pois tenho duas *chefas*. Além da *chefa* número um, Silvia, tenho a *chefa* número dois, a Dra. Luísa Fernanda Habigzang. *Lu*, sem o teu incentivo e apoio esse mestrado não teria acontecido. Obrigado por me acolher no CEP-Rua Novo Hamburgo, por ser um exemplo pra mim, por deixar que eu trabalhe com o teu modelo e por me ensinar constantemente. Nossa parceria é muito *cool!* Juntos vamos sempre ativar nossos melhores *modos esquemáticos* e deixar de lado qualquer *pensamento automático disfuncional*.

Quando se fala em *chefa* logo se lembra de todos os *cepianos*. E não são poucos; que bom! Agradeço a todos vocês, pois nosso grupo de pesquisa é especial do jeito que é por conta das pessoas que fazem parte dele. Em especial agradeço a Ana Paula Lazaretti e Bruna Larissa Seibel (*ainda vamos dominar o mundo, hein Taquarenses!*); Eva Diniz Bensaja Dei Schiro, Clarissa Pinto Pizarro de Freitas, Airi Macias Sacco, Luciana Dutra Thomé, Susana Inés Nuñez Rodriguez, Bruno Figueiredo Damásio, Michele Poletto e Juliana das Neves Nóbrega. Agradeço também a Jenny Amanda Ortiz Muñoz, Carlos José Nieto Silva, Tatiana Plata e Diogo Araújo DeSousa (*amigão*) pelo auxílio com as legendas do *Superar*. À Maria Clara Pinheiro de Paula Couta, ou simplesmente *Clarinha*, agradeço muito pelo auxílio com as análises estatísticas. Um agradecimento especial aos *cepianos* de Novo Hamburgo, especialmente à Rafaela Cunha, Roberta Hattenberger e Fernanda Stroehner pela disponibilidade em serem as *juízas*. Agradeço, também, aos demais membros da equipe, Bárbara Kampff, Nádia Meotti e Lucas Costa. Todos vocês são demais!

Competência para fazer pesquisa, psicologia clínica e comemorações – grandes e divertidas comemorações!

Reservei um espaço especial aqui para uma *cepiana* que é especial. Normanda Araujo de Moraes, ou melhor, *Godxinha*, obrigado por sempre me fazer rir, me dar conselhos e me auxiliar. Teu sorriso e tuas sábias palavras são essenciais, além, claro, dos nossos *ensaios comportamentais*!

Muito obrigado à Rosiane Andrade, colega de graduação e parceira na condução do meu estudo de mestrado. Obrigado pelo teu engajamento e seriedade. Fizeste a diferença na vida do menino que atendeste, assim como fizeste a diferença na minha vida profissional. Aprendi muito contigo em nossos encontros de supervisão. Ah, valeu pelos *chimas* das supervisões!

Agradeço ao Conselho Tutelar de Novo Hamburgo pelo auxílio e encaminhamento de casos para minha pesquisa; ao Ambulatório de Adolescentes do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e ao Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) de Taquara pela parceria na condução dessa pesquisa.

Aos profissionais do Núcleo de Ensino e Produção de Vídeo (NEPTV – UFRGS), Leandro Soares Rodrigues, Renato Mascarello, Manoel Quadros e Cícero Schmidt Aguiar, pelo auxílio na produção do documentário *Superar*. Agradeço também aos profissionais que se dispuseram a dar o seu relato – ao juiz da 2ª Vara da Infância e Juventude de Porto Alegre, José Antônio Daltoé Cezar; a conselheira tutelar Roberta Cornelly e a psicóloga Dra. Luísa Fernanda Habigzang - e, especialmente, ao Reginaldo Moreira, pela coragem em contar sua história.

Obrigado à minha colega de graduação, Camila Roberta Lahm Vieira, que, por meio de sua habilidade com as palavras, soube traduzir em um belo texto a trajetória de muitos meninos vítimas de violência sexual.

Agradeço a todos os professores do PPG em Psicologia da UFRGS por contribuírem com minha formação, especialmente a Profa. Dra. Lisiane Bizarro Araujo, por aceitar ser relatora deste trabalho e contribuir para o seu aperfeiçoamento.

Agradeço aos membros da banca – Dra. Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams, Dra. Denise Falcke, Dra. Clarissa De Antoni e Dra. Lisiane Bizarro Araujo - por se disponibilizarem a ler este trabalho e compartilhar comigo o grande conhecimento que possuem.

Muito obrigado ao CNPq por ter financiado minha bolsa de mestrado. Obrigado por fazer com que tantos sonhos se tornem realidade.

Por fim, um agradecimento especial aos meninos que participaram da intervenção. Aprendi muito com cada um deles e sei que eles promoveram importantes mudanças no profissional e na pessoa que hoje eu sou. Vocês são exemplos de coragem!

## SUPER(AÇÃO)

Camila Roberta Lahm Vieira

Das histórias de super-heróis que eu conheço  
Desta nunca me esqueço  
Era uma vez um menino que voou pra longe, num voo interplanetário  
Ele se viu distante, assustado, sem nem mesmo seu amigo imaginário  
Mexeram no menino, ele sentiu-se sujo  
Será que grito? Será que fujo? – se perguntou  
O bicho papão morava ao lado – nunca imaginou  
Ameaçou, ordenou que ficasse calado  
E assim um monstro passou a povoar sua memória  
Em pesadelos, nas brincadeiras, na história  
Homem não chora? Homem é valente? Homem não machuca?  
São tantas coisas que escuta!  
O menino queria ser gente grande, mas o que crescia era o medo, a vergonha  
Mas que sina enfadonha!  
Era muita maldade pra entender com sua pouca idade  
Ei, onde está a lealdade?  
Queria que a dona culpa desaparecesse...  
E seu sorriso se amiudava  
Ele saía de campo, se escondia, se revoltava  
Por tanto temer, se isolou  
Na noite, monstros vinham lhe visitar  
De dia, uma guerra tinha de travar  
Se tirava de letra os temas de aula  
As lições de vida o trancavam na jaula  
Não confiava em mais ninguém, nem pais, nem professores  
Permaneceu enclausurado com seus temores  
Mas um dia surgiu um guardião  
E a ele o menino confiou seu segredo  
E, sem medo,  
Estendeu-lhe a mão  
Tornou-se amigo  
Livrou-lhe do perigo  
E juntos voltaram pra esse planeta, abrindo o coração  
E agora ele sabia que quando crescesse podia ser tudo, menos vilão  
e o menino pôs-se a correr, voltou a brincar  
O que é o que é? SUPERAR!

## SUMÁRIO

RESUMO .....	12
ABSTRACT .....	13
APRESENTAÇÃO.....	14
CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO .....	16
Terapia Cognitivo-Comportamental para Vítimas de Violência Sexual .....	19
CAPÍTULO II: VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MENINOS: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS, CARACTERÍSTICAS E CONSEQUÊNCIAS.....	27
CAPÍTULO III: Descrição do processo de adaptação de um modelo de intervenção psicológica para meninos vítimas de violência sexual .....	28
CAPÍTULO IV: PRODUÇÃO E UTILIZAÇÃO DE UM DOCUMENTÁRIO SOBRE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MENINOS.....	29
CAPÍTULO V: ADAPTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA MENINOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	30
Introdução.....	31
Método .....	34
Participantes .....	34
Instrumentos .....	36
Procedimentos.....	39
Procedimentos éticos.....	39
Adaptação do modelo.....	39
Aplicação do modelo adaptado.....	45
Avaliação da aplicação do modelo adaptado.....	46
Resultados .....	46
Avaliação Inicial.....	46
Aplicação do Modelo Adaptado .....	48
Avaliação Final.....	49
Avaliação da Aplicação do Modelo Adaptado.....	50
Discussão.....	56
Avaliação Inicial e Final .....	56



Aplicação do Modelo Adaptado .....	59
Avaliação da Aplicação do Modelo Adaptado .....	64
Considerações Finais .....	65
Referências .....	67
CAPÍTULO VI: DISCUSSÃO E CONCLUSÃO .....	73
REFERÊNCIAS .....	81
ANEXOS .....	86

## LISTA DE TABELAS

### CAPÍTULO V: ADAPTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA MENINOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Tabela 1. Descrição das Sessões do Modelo Adaptado.....	41
Tabela 2. Informações sobre Violência Sexual dos Participantes.....	48
Tabela 3. Escores dos Instrumentos Psicológicos Antes e Após a Intervenção.....	49
Tabela 4. Coeficiente de Correlação Intraclasse dos Oito Indicadores Intervalares de Avaliação da Intervenção.....	51
Tabela 5. Médias e Desvios Padrão dos Oito Indicadores Intervalares de Avaliação da Intervenção.....	52
Tabela 6. Porcentagem de Concordância dos Três Indicadores Categóricos de Avaliação da Intervenção.....	53

## LISTA DE FIGURAS

### CAPÍTULO V: ADAPTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA MENINOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Figura 1. Frequência de Respostas do Indicador Categórico Estrutura.....	54
Figura 2. Frequência de Respostas do Indicador Categórico Objetivos.....	55
Figura 3. Frequência de Respostas do Indicador Categórico Tarefas de Casa.....	50

## RESUMO

Objetivou-se adaptar e avaliar um modelo de intervenção cognitivo-comportamental para meninos vítimas de Violência Sexual (VS), derivado de um modelo avaliado com meninas. A dissertação é composta por um artigo teórico sobre VS contra meninos, um capítulo que descreve o processo de adaptação do modelo, um relato de experiência sobre a produção e utilização de um documentário sobre VS contra meninos utilizado na aplicação do modelo adaptado e um artigo com os resultados dessa aplicação. Três meninos vítimas de VS com idades entre oito e 16 anos foram avaliados antes e após a intervenção por meio de instrumentos psicológicos quanto a sintomas comumente presentes em vítimas de VS. A aplicação do modelo adaptado foi avaliada por três juízes independentes por meio de seis indicadores. As avaliações sintomatológicas dos participantes e a da aplicação do modelo adaptado se constituem como evidências iniciais sobre sua ação terapêutica.

Palavras-chave: Violência sexual contra meninos; Terapia cognitivo-comportamental; Psicologia baseada em evidências

## **ABSTRACT**

This work aimed to adapt and assess a cognitive-behavioral intervention model for boys who are victims of sexual violence that was derived from a model that evaluated girls. The master thesis consists of a theoretical article about sexual violence against boys; a chapter describing the process of adapting the model; a report on the experience of producing and using the documentary about sexual violence against boys while applying the adapted model; and an article with the results from this application. Three boys between the ages of eight and 16 who had been victims of sexual violence were evaluated, through psychological instruments before and after the intervention, in terms of symptoms common to sexual violence victims. Three independent judges evaluated the application of the adapted model through six indicators. The evaluations of the participants' symptoms as well as of the adapted model's application provide initial proof of therapeutic effectiveness.

Keywords: Sexual violence against boys; Cognitive-behavioral therapy; Psychology based on evidence

## APRESENTAÇÃO

A intenção de trabalhar com meninos vítimas de Violência Sexual (VS) surgiu durante o final da minha graduação, no ano de 2009. Neste período fiz um estágio extracurricular no Centro de Estudos Psicológicos CEP-Rua de Novo Hamburgo, sob supervisão da Doutora Luisa Fernanda Habigzang, psicóloga e pesquisadora responsável pelo desenvolvimento e avaliação de um modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de VS. Desde então venho trabalhando com meninos vítimas de VS. Com a aprovação para cursar mestrado decidi conduzir um estudo com essa população.

A VS contra meninos é um tema de pesquisa que necessita de maior visibilidade (Holmes, Offen, & Waller 1997), tendo em vista sua abordagem restrita. Ao se realizar uma busca por artigos científicos sobre este tema em bases de dados brasileiras percebe-se a necessidade de se desenvolver pesquisas, uma vez que apenas um estudo foi encontrado. Especificamente sobre avaliação de intervenções para vítimas de VS, os estudos existentes em nível nacional e internacional foram realizados com participação majoritariamente feminina, evidenciando uma lacuna de conhecimento referente ao público masculino.

A falta de subsídios teóricos sobre a VS contra meninos configura-se como um desafio para os profissionais que atuam na rede de proteção e atendimento a vítimas de VS. Sabe-se que sua ocorrência acarreta importantes repercussões de curto e longo prazo para as vítimas, dentre elas o Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT). Diante disso, é necessário que intervenções psicológicas sejam desenvolvidas e avaliadas empiricamente quanto a sua adequação e efetividade com o objetivo de auxiliar os profissionais a oferecerem tratamentos com boa relação custo/benefício às vítimas de VS (World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006). Portanto, pesquisas que visem à avaliação de intervenções psicológicas para vítimas de VS são necessárias para promover o aperfeiçoamento profissional e o bem estar e qualidade de vida do público-alvo a que se dirigem. Diante do exposto, esta dissertação teve como objetivo adaptar e avaliar um modelo de intervenção cognitivo-comportamental para meninos vítimas de VS. Por meio de sua realização foram produzidos três artigos e um capítulo de livro que abordam etapas distintas desse processo de adaptação e avaliação.

O capítulo I – “Introdução” - consiste em uma breve revisão da literatura sobre o tema desta dissertação – violência sexual. Nesse capítulo o modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de violência sexual também é abordado, tendo em vista que o mesmo foi adaptado para utilização com meninos.

O capítulo II - “Violência sexual contra meninos: dados epidemiológicos, características e consequências” - consiste em um artigo no formato de ensaio teórico de autoria de Jean Von Hohendorff, Luísa Fernanda Habigzang e Silvia Helena Koller, aceito para publicação na revista *Psicologia USP*. O conteúdo abordado nesse artigo serviu como uma das bases para a adaptação da intervenção.

O capítulo III – “Descrição do processo de adaptação de um modelo de intervenção psicológica para meninos vítimas de violência sexual” - consiste em um texto no formato de capítulo de livro de autoria de Jean Von Hohendorff, Luísa Fernanda Habigzang e Silvia Helena Koller, o qual foi submetido para apreciação dos organizadores de um livro sobre avaliação e intervenção com crianças e jovens em situação de risco. Todas as etapas do processo de adaptação do modelo de intervenção são descritas em detalhes nesse capítulo.

O capítulo IV – “Produção e utilização de um documentário sobre violência sexual contra meninos” - consiste em um artigo no formato de relato de experiência de autoria de Jean Von Hohendorff, Luisa Fernanda Habigzang, Leandro Soares Rodrigues e Silvia Helena Koller, aceito para publicação na revista *Psico*. Nesse artigo são descritas todas as etapas de produção do documentário *Superar – a violência sexual contra meninos*, bem como sua utilização com meninos vítimas de VS durante a aplicação do modelo de intervenção cognitivo-comportamental adaptado.

O capítulo V - “Adaptação e avaliação de uma intervenção cognitivo-comportamental para meninos vítimas de violência sexual” - consiste em um artigo empírico de autoria de Jean Von Hohendorff, Luisa Fernanda Habigzang, Roberta Salvador Silva, Rosiane de Andrade e Silvia Helena Koller, o qual será submetido a uma revista científica de Psicologia após a realização da defesa de mestrado. Os resultados da adaptação e avaliação do modelo de intervenção adaptado para meninos vítimas de VS são apresentados nesse artigo.

O capítulo VI – “Discussão e Conclusão” - consiste na apresentação conjunta dos principais resultados advindos dos artigos e capítulo de livro que integram a dissertação, bem como em uma discussão geral sobre esses resultados. Suas limitações e implicações para futuras pesquisas na área também são abordadas.

## CAPÍTULO I

### INTRODUÇÃO

A Violência Sexual (VS) é definida como o envolvimento de uma criança ou adolescente em atividade sexual não compreendida totalmente, sendo estes incapazes de dar consentimento, ou para a qual não estão preparados devido ao seu estágio desenvolvimental. Acrescenta-se o fato de que a VS viola leis ou tabus da sociedade (World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006). É definida, ainda, como todo e qualquer ato ou jogo sexual, seja ele em uma relação heterossexual ou homossexual, no qual os agressores estão em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou adolescente. Tal prática tem por finalidade estimular sexualmente as vítimas ou utilizá-las para obtenção de satisfação sexual dos agressores. Evidencia-se por meio de práticas eróticas e sexuais impostas às crianças ou aos adolescentes pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade. A VS pode variar desde atos nos quais não há o contato sexual (*voyerismo*, exibicionismo, produção de fotos), até diferentes tipos de ações que incluem contato sexual com ou sem penetração. Inclui, ainda, situações de exploração sexual visando a lucros, tais como, a exploração sexual e a exposição à pornografia (Ministério da Saúde, 2002). A Convenção número 182 da Organização Internacional do Trabalho (1999) sobre proibição e eliminação das piores formas de trabalho infantil abrange também a exploração sexual. De acordo com o terceiro artigo desse documento, as piores formas de trabalho infantil compreendem, dentre outras, a utilização, demanda e oferta de crianças para fins de exploração sexual, produção de material ou espetáculos pornográficos.

Crianças e adolescentes não estão preparados para intercursos e trocas afetivo-sexuais devido ao seu estágio de desenvolvimento físico, emocional, afetivo e sexual. Dessa forma, a VS pode ser considerada como uma violação dos direitos humanos de crianças e de adolescentes, pois fere sua integridade sexual e baseia-se em relações estabelecidas a partir da vontade, do desejo e do poder dos agressores sobre as crianças ou os adolescentes (Conselho Federal de Psicologia, 2009).

Diferentes aspectos têm sido enfatizados nas definições de VS: diferença de idade entre agressores e vítimas; presença de coerção; reação da vítima; forma de contato físico. A variabilidade de definições pode ser compreendida pelas diversas formas que a VS pode apresentar. Interações com penetração, manipulação de genitais, sexo oral (Holmes & Slap, 1998; Kristensen, 1996), exibicionismo (Holmes & Slap, 1998) e exibição de revistas



pornográficas (Kristensen, 1996) são descritos pela literatura como formas comuns de VS contra crianças e adolescentes. As diferentes definições resultam em oscilação nos dados de prevalência desse tipo de violência.

Pelo fato de poder se apresentar de várias formas, incluindo ou não a presença de violência física aparente, a possibilidade de denúncia e confirmação da ocorrência da VS é dificultada (Pfeiffer & Salvagni, 2005). Dentre os casos de violência praticada contra o ser humano na sociedade atual, a VS parece ser o delito menos denunciado. Isto pode ocorrer por diversas razões, tais como o modo como a sexualidade humana é considerada atualmente, ou seja, como um tabu, e a estigmatização das vítimas e seus sentimentos de culpa e vergonha, que são compatíveis com o isolamento social. Aliado a isso, o medo das vítimas em efetuar a denúncia e sofrer represálias dos agressores e o temor acerca do afastamento desses da família no contexto da violência sexual intrafamiliar também podem influenciar na decisão de realizar a denúncia (Williams, 2002).

Dados epidemiológicos indicam que a VS é mais frequente em meninas do que em meninos. É estimado que uma em cada quatro meninas e um em cada seis meninos experienciaram alguma forma de VS na infância ou adolescência (Sanderson, 2005). Recentemente, um estudo conduzido em um dos principais centros de atendimento às vítimas de VS no Rio Grande do Sul indicou que a diferença entre meninos e meninas vítimas foi maior do que a estimativa de Sanderson (2005), possivelmente porque ocorra uma subnotificação de VS contra meninos. Foram analisadas 4294 fichas de atendimento a crianças entre cinco e 12 anos vítimas de VS realizados pelo Centro de Referência no Atendimento Infanto-Juvenil (CRAI), de Porto Alegre, durante os anos de 2002 a 2006, sendo que apenas 15% dos casos eram referentes ao sexo masculino (Pelisoli, Pires, Almeida, & Dell'Aglio, 2010). Além disso, os dados do Disque Direitos Humanos (Disque 100 – Programa nacional de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, 2010) referentes ao período entre maio de 2003 e março de 2010, também evidenciaram a predominância de meninas vítimas de VS em âmbito nacional. Dentre as 211.107 vítimas com sexo informado registradas nas denúncias de VS, negligência, violência física e psicológica, o percentual que mais diferiu entre as vítimas do sexo masculino e feminino foi no índice de VS. Apenas a porcentagem foi divulgada, sendo 62% para o sexo feminino e 38% para o sexo masculino. Especificamente sobre os registros de VS, foi verificado que em todas as modalidades apresentadas (exploração sexual, tráfico de crianças e adolescentes, abuso sexual e pornografia) as vítimas do sexo feminino foram em maior número, obtendo o índice de 82% nas ocorrências de exploração

sexual. Nas situações de VS e pornografia, as vítimas do sexo masculino apresentaram aumento, mas ainda foram em menor porcentagem (30%) do que no sexo feminino (70%). Informações específicas sobre os meninos (e.g. idade) ou sobre a situação de violência sexual (e.g. tempo de duração) não foram divulgadas.

A discrepância entre as estimativas da VS contra meninos e os casos registrados nos órgãos de proteção podem estar associados à dificuldade que as vítimas, especialmente os meninos têm em relatar o ocorrido (Pinto Junior, 2005; Weiss, 2010), tendo em vista que a VS contra meninas têm sido mais discutida e divulgada (Pfeiffer & Salvagni, 2005; Pinto Junior, 2005) em programas de prevenção, não ocorrendo o mesmo em relação a meninos vítimas de VS. A vitimização masculina contradiz as definições sociais de masculinidade (Pinto Junior, 2005; Weiss, 2010). Meninos são comumente socializados para não demonstrar qualquer tipo de fraqueza ou medo (Pinto Junior, 2005), sendo a denúncia percebida como tal. Em suma, a vitimização de homens contraria a concepção dominante de masculinidade. A visão desenvolvida ao longo dos anos sobre relacionamentos sexuais coloca os homens na posição de “predadores” sexuais, enquanto as mulheres são vistas como “presas”. A consideração de que homens podem ser vítimas requer a revisão de noções preconcebidas sobre VS, sexualidade e gênero (Weiss, 2010).

No que tange às consequências da VS para meninos e homens, se verificam dificuldades de aprendizagem e problemas escolares (Pires Filho, 2007), reações de ansiedade, pensamentos invasivos, fuga e abandono do lar, problemas legais, tais como, pequenos furtos; problemas de auto-imagem como desvalorização e auto-imagem pobre; e dúvidas quanto à orientação sexual (Holmes & Slap, 1998; Kristensen, 1996; Pinto Junior, 2005). A preocupação dos meninos quanto à sua orientação sexual foi destacada como a principal diferença entre casos de VS perpetrados contra meninas e meninos, de acordo com pesquisa realizada com profissionais que atendiam vítimas masculinas (Pires Filho, 2007).

A VS pode fazer com que os meninos se sintam mais confusos quanto a sua sexualidade (Pires Filho, 2007; Sanderson, 2005), e tenham medo da homossexualidade (Pires Filho, 2007), uma vez que o episódio de VS tende a acontecer, comumente, em uma relação homossexual. Porém, não é considerado como um comportamento homossexual definitivo das vítimas ou dos agressores (Pfeiffer & Salvagni, 2005). O conflito com a sexualidade pode ser agravado pela família que pode levantar dúvidas e/ou pode fazer insinuações quanto às atitudes dos meninos vitimizados, sugerindo que possam ter

“provocado” ou sentido prazer na situação de VS. Além disso, dentre as reações das mães desses meninos está a preocupação com a orientação sexual do filho (Pires Filho, 2007).

As repercussões da VS na vida das vítimas evidenciam a necessidade de planejamento de estratégias efetivas de tratamento. Quando essas vítimas são do sexo masculino, tal demanda é ainda maior (Gold, Lucenko, Elhai, Swingle, & Sellers, 1999), tendo em vista que a maioria dos estudos desenvolvidos é focalizada em estratégias de tratamento para meninas vítimas de VS, ou protocolos de intervenção únicos para meninos e meninas, desconsiderando questões de gênero e os diferentes desdobramentos da violência para meninos.

### **Terapia Cognitivo-Comportamental para Vítimas de Violência Sexual**

Dentre as abordagens psicoterapêuticas, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem sido eficaz na redução dos sintomas e alterações cognitivas e comportamentais de crianças vítimas de VS (Runyon & Kenny, 2002). A TCC é definida como uma abordagem breve, estruturada, focal e orientada para o presente e baseia-se no modelo cognitivo. Este modelo consiste na afirmação de que existem pensamentos distorcidos e/ou disfuncionais que afetam o humor e o comportamento dos indivíduos. A situação em si não determina o que as pessoas sentem, o determinante é a interpretação que é feita acerca da situação em questão (Beck, 1964; Ellis, 1962). Em síntese, o modelo preconiza que existe um processo cognitivo interno e oculto responsável por mediar o comportamento (Knapp, 2004). As três premissas fundamentais da TCC enfatizam a relação entre a cognição e o comportamento: 1) A cognição afeta o comportamento; 2) A cognição pode ser monitorada e alterada; e 3) A mudança comportamental desejada pode ser efetuada por meio da mudança cognitiva (Dobson & Dozois, 2006). Esse tipo de terapia utiliza técnicas que proporcionam identificar e modificar pensamentos disfuncionais e auxiliam os pacientes na busca da resolução de problemas de forma mais eficiente. Com isso, as crenças disfuncionais relacionadas à VS vivenciada são analisadas e modificadas a partir da compreensão da dinâmica da violência (Glodich & Allen, 1998).

Os resultados de diversos estudos internacionais (Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004; Cohen, Mannarino, & Knudsen, 2005; Hetzel-Riggin, Brausch, & Montgomery, 2007; Romano & De Luca, 2006) que testaram a TCC para o tratamento psicológico de vítimas de VS constataram a eficácia da TCC. Dentre estes estudos recentes, apenas um (Romano & De Luca, 2006) foi conduzido exclusivamente com vítimas masculinas, porém, na idade adulta.

No Brasil, estudos sobre tratamento de crianças e adolescentes vítimas de VS também comprovam a efetividade da TCC na redução de sintomas. No entanto, estes focalizaram apenas o público feminino (Habigzang, Hatzenberger, Dala Corte, Stroehler, & Koller, 2006; Habigzang, Stroehler, Hatzenberger, & Koller, 2008; Habigzang, Stroehler, Hatzenberger, Cunha, & Koller, 2009; Lucânia, Valério, Barison, & Miyazaki, 2009). Dentre estes estudos, destaca-se a avaliação de um modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de VS desenvolvido e avaliado por Habigzang et al. (2008; 2009). Este consiste em 16 sessões organizadas em três etapas (psicoeducação, treino de inoculação do estresse e prevenção à recaída) com atividades pré-estabelecidas e periodicidade semanal.

O modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de VS avaliado por Habigzang et al. (2008; 2009) derivou do modelo desenvolvido por Habigzang e Caminha (2002a, 2002b). O modelo inicial consistia em uma intervenção dividida em três etapas: 1) avaliação diagnóstica individual; 2) grupoterapia cognitivo-comportamental e; 3) reavaliação diagnóstica individual.

A avaliação diagnóstica era composta de entrevistas semi-estruturadas, nas quais se objetivava obter a revelação e conhecer a dinâmica da VS por parte da vítima, além de mapear sentimentos, pensamentos, e consequências decorrentes. As alterações comportamentais e a presença de alguma psicopatologia também eram investigadas. Foram incluídos ainda instrumentos psicológicos (WISC, Bender e Escala de Estresse Infantil - ESI) para auxiliar na avaliação. Entrevistas e contatos com os cuidadores responsáveis, membros da família nuclear, professores(as) e demais pessoas da rede de apoio eram realizadas, visando a busca de informações sobre as vítimas. Após, a grupoterapia cognitivo-comportamental era iniciada, tendo como objetivos: cessar a exposição da criança ou adolescente a experiência traumática, por meio da recuperação e reestruturação semântica da memória traumática; construção de estratégias cognitivas e comportamentais funcionais para lidar com as reações psicológicas e fisiológicas decorrentes do trauma; desenvolvimento de estratégias cognitivas e comportamentais de autoproteção e; potencialização da proteção externa (familiares e/ou cuidadores) para a criança (Habigzang & Caminha, 2002a, 2002b). O processo de grupoterapia foi dividido em três fases: 1) conceituação cognitivo-comportamental; 2) reestruturação cognitivo-comportamental e; 3) prevenção à recaída; totalizando vinte sessões em caráter semanal e com duração de uma hora e meia cada.

A primeira fase da grupoterapia (conceituação cognitivo-comportamental) envolvia uma dinâmica de apresentação dos membros do grupo, a revelação da VS e a abordagem de sua dinâmica, a partir do mapeamento de sua duração, frequência, rituais associados, além de sentimentos, pensamentos e comportamentos decorrentes. O relacionamento com os agressores e demais membros da família nuclear também era abordado. A primeira fase previa, ainda, a psicoeducação quanto à VS e acerca do modelo cognitivo (Habigzang & Caminha, 2002a, 2002b).

A reestruturação cognitivo-comportamental era o foco da segunda fase da grupoterapia. Durante esta fase, técnicas cognitivas e comportamentais objetivando a reestruturação e alteração do repertório cognitivo-comportamental das vítimas foram utilizadas. Oficinas de educação sexual e de psicomotricidade visando à reintegração do esquema corporal também estavam previstas nesta fase. Por fim, a terceira fase (prevenção à recaída), envolvia questões relativas ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Brasil, 1990), e a construção de estratégias de proteção para estresses reais e/ou presumidos. Além do trabalho com as vítimas, o modelo de intervenção previa que os cuidadores das crianças se reunissem, paralelamente à grupoterapia, objetivando alterações no contexto familiar e potencialização do apoio protetivo às vítimas (Habigzang & Caminha, 2002a, 2002b).

O modelo proposto por Habigzang e Caminha (2002a, 2002b) foi aplicado em treze meninas com idades entre nove e dezesseis anos. Destas, doze sofreram VS intrafamiliar e uma foi vítima de exploração sexual (Habigzang & Caminha, 2004). As meninas foram divididas em dois grupos terapêuticos, sendo um composto por seis participantes e outro por sete participantes. Após a intervenção, conforme previa o modelo de grupoterapia (Habigzang & Caminha, 2002a, 2002b), entrevistas individuais foram realizadas com as meninas e seus cuidadores. A análise qualitativa dos relatos das meninas e dos cuidadores indicou redução de sentimentos de culpa, desconfiança e diferença com relação aos pares. Foi possível perceber, ainda, reestruturação de crenças e comportamentos disfuncionais decorrentes da VS, sugerindo que essas experiências traumáticas possivelmente foram ressignificadas. Os relatos também indicaram a redução sintomatológica de Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), depressão, transtorno dissociativo, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) diagnosticados no período anterior à grupoterapia. O aumento de comportamentos pró-sociais nos contextos familiar e escolar também foi percebido, além de resgate da auto-estima e da esperança, evidenciados pelas perspectivas positivas com relação a projetos de vida futuros. As professoras que foram contatadas

relataram melhoras no rendimento escolar das meninas participantes (Habigzang & Caminha, 2004).

O modelo de intervenção descrito por Habigzang e Caminha (2002a, 2002b, 2004) foi adaptado e aplicado em dez meninas entre nove e 13 anos vítimas VS intrafamiliar (Habigzang et al., 2006). As adaptações realizadas foram em relação à ordem das sessões, modificação de alguns dispositivos de intervenção e à estrutura das etapas do processo de grupoterapia, sendo: Etapa 1 – psicoeducação (sete sessões); Etapa 2 – treino de inoculação do estresse (cinco sessões); e Etapa 3 – prevenção à recaída (oito sessões), totalizando 20 sessões semanais com duração de uma hora e trinta minutos. A intervenção teve objetivos semelhantes àqueles descritos por Habigzang e Caminha (2002a, 2002b): reduzir sintomas de TEPT, depressão e ansiedade; reestruturar pensamentos, emoções e comportamentos disfuncionais relacionados à experiência de VS; e aprender habilidades de autoproteção para prevenir futuras revitimizações. Anterior à inserção no grupo, as participantes foram avaliadas em três encontros individuais nos quais foi objetivado conhecer a história de VS de cada menina, identificar fatores de risco e proteção, investigar sintomas de depressão, ansiedade, TEPT e crenças disfuncionais relacionadas à VS. Os resultados do estudo baseados nas auto-avaliações das meninas após a grupoterapia evidenciaram a reestruturação de crenças, reações emocionais e comportamentais disfuncionais, além de melhora na auto-estima, nas relações interpessoais e a retomada de atividades (brincar e estudar), que haviam sido abandonadas devido aos episódios de VS (Habigzang, et al., 2006).

Em estudo posterior (Habigzang et al., 2008), os dados quantitativos das mesmas participantes (Habigzang et al., 2006) foram analisados por meio de teste estatístico não-paramétrico *Wilcoxon*. As participantes foram avaliadas em três encontros individuais, nos quais foram incluídos instrumentos para obter o relato com relação à experiência de VS, além de mapear sua frequência e dinâmica (*The Metropolitan Toronto Special Committee on Child Abuse*, 1995, traduzida para o português e adaptada por Kristensen, 1996); verificar sintomas de depressão (*Children's Depression Inventory* - CDI – Cunha, 2001, adaptado para uso no Brasil por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião, 1995), ansiedade (Inventário de Ansiedade Traço-Estado para crianças - IDATE-C – Biaggio & Spielberger, 1983), TEPT (Entrevista estruturada com base no DSM IV - SCID - Del Bem, Vilela, Crippa, Hallak, Labe, & Zuardi, 2001, adaptada por Habigzang, 2006), estresse (Escala de Estresse Infantil - ESI - Lipp & Lucarelli, 1998) e crenças distorcidas sobre a VS (*Children's Attributions and Perceptions Scale* - CAPS - Mannarino, Cohen, & Berman,

1994). Reavaliações com os mesmos instrumentos psicológicos da avaliação inicial foram realizadas após cada etapa da grupoterapia. Os resultados indicaram redução significativa de sintomas de ansiedade, TEPT, estresse e na modificação de pensamentos e percepções disfuncionais, além de redução tendencialmente significativa de sintomas de depressão. Em um estudo adicional (Habigzang et al., 2009), o modelo de grupoterapia cognitivo comportamental foi avaliado com a participação de 40 meninas entre nove e 16 anos que haviam passado por, no mínimo, um episódio de VS intra ou extrafamiliar. Esse estudo derivou dos dados parciais da tese de doutorado da autora (Habigzang 2010), na qual o modelo foi readaptado, com base nos resultados dos estudos anteriores (Habigzang & Caminha, 2004; Habigzang et al., 2006; 2008).

O modelo testado foi composto por 16 sessões, também divididas em três etapas (psicoeducação – seis sessões; treino de inoculação do estresse – quatro sessões; prevenção à recaída – seis sessões). O método de avaliação e reavaliações das participantes foi o mesmo utilizado em estudo anterior (Habigzang et al., 2008).

Durante a primeira sessão da etapa “psicoeducação”, foi realizada uma dinâmica de grupo objetivando a apresentação das participantes, além de uma dinâmica para favorecer a confiança entre elas. O contrato terapêutico (combinações sobre horários, frequência e duração) foi realizado, e a identidade do grupo, bem como os seus objetivos foram discutidos. A segunda sessão dessa etapa consistiu no relato da experiência de VS de cada participante, seguido da isenção de culpa e da abordagem terapêutica do impacto da revelação no grupo. O documentário *Canto de Cicatriz* (Atena Produções, 2005) foi utilizado como dispositivo para a revelação. As reações da família e demais pessoas significativas e a construção de um mapeamento sobre as possíveis mudanças na configuração familiar antes e após revelação da VS foram realizadas durante a terceira sessão da psicoeducação. Tal sessão incluiu ainda a reestruturação cognitiva de crenças relacionadas à culpa e vergonha a partir da construção de cartões com explicações alternativas para a VS que desculpabilizassem as participantes (Habigzang 2010).

A psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental iniciou na quarta sessão com a abordagem dos estados emocionais por meio da utilização do “jogo das emoções”. Os sentimentos com relação aos agressores foram trabalhados com a construção desses em massa de modelar (Knell & Ruma, 1999/1996) e *role-play* entre cada participante com o boneco. O automonitoramento com registro de situações-problema e sentimentos identificados também foi introduzido nessa sessão. Durante a quinta sessão da etapa “psicoeducação”, os registros de automonitoramento foram discutidos; e o modelo

cognitivo-comportamental continuou sendo trabalhado. A abordagem dos pensamentos e reações fisiológicas e suas relações com as emoções, e a identificação de pensamentos com relação a VS (triade cognitiva) e reestruturação cognitiva de pensamentos disfuncionais foram trabalhadas, aliadas à identificação de diferentes reações fisiológicas. Técnicas de relaxamento muscular e de respiração para controle da ansiedade foram ensinadas e o automonitoramento de situações-problema, pensamentos, reações fisiológicas e emoções relacionados foi introduzido. A sexta e última sessão da etapa “psicoeducação” incluiu a discussão dos registros de automonitoramento, além de finalizar a psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental, com a abordagem dos comportamentos e sua relação com pensamentos, sentimentos e reações fisiológicas. O mapeamento escrito das principais mudanças de comportamentos, pensamentos e sentimentos decorrentes das experiências de VS, bem como a psicoeducação quanto ao problema (estabelecimento de relações entre VS/trauma com as mudanças identificadas no mapeamento) foram trabalhadas. Por fim, histórias em quadrinhos a partir das situações registradas nos automonitoramentos, com identificação de emoções, pensamentos, comportamentos e reações físicas foram construídas para integrar o modelo cognitivo-comportamental (Habigzang, 2010).

A segunda etapa da grupoterapia consistiu no treino de inoculação do estresse, sendo composta de quatro sessões. Durante a sétima sessão, cada participante apresentou, de forma gradual, as situações de VS experienciadas por meio do relato escrito e oral; seguidos da reestruturação cognitiva das memórias traumáticas por intermédio do treino de auto-instrução. O relato mais detalhado da VS foi o foco da oitava sessão, a qual incluiu ainda o mapeamento da frequência e intensidade das lembranças da VS e dos eventos desencadeadores destas lembranças. O treino de relaxamento muscular e de respiração também foi utilizado. A nona sessão consistiu na abordagem da técnica de substituição de imagens positivas e negativas (gavetas da memória) com o objetivo de instrumentalizar as participantes ao manejo das memórias traumáticas. Finalmente, a décima sessão trabalhou o relato do pior momento da VS e a construção do “botão de emergência” com estratégias cognitivas e comportamentais para lidar com lembranças intrusivas da VS (Habigzang, 2010).

A prevenção à recaída foi o foco da terceira etapa do modelo de grupoterapia. Durante a 11ª sessão foi realizada uma oficina de educação sexual, na qual foram abordadas questões referentes às mudanças físicas da puberdade, ao autocuidado, e métodos contraceptivos. Uma oficina de expressão corporal com diversas atividades (dança da cadeira, caminhada com toques, jogo dos sinais, dentre outras) foi realizada



durante a 12ª sessão. A 13ª sessão abordou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Brasil, 1990) a partir de uma oficina com a apresentação e discussão do vídeo *Estatuto do Futuro* (Centro de Criação de Imagem Popular, 2000). Esclarecimentos sobre audiências e a dramatização destas foram realizados. Durante a 14ª sessão, foi realizado o treinamento de habilidades sociais focadas em medidas protetivas com a identificação de situações de risco e do ensaio cognitivo e comportamental (dramatizações) de estratégias de proteção contra futuras revitimizações. As participantes escolheram um adulto-referência ao qual poderiam solicitar ajuda em situações de risco. A retomada das estratégias cognitivas e comportamentais trabalhadas durante a grupoterapia e a abordagem das perspectivas com relação ao futuro das participantes e reestruturação de possíveis crenças distorcidas foram as atividades da 15ª sessão. Por fim, as participantes realizaram uma auto-avaliação com o registro escrito das mudanças percebidas antes e depois da grupoterapia e uma festa de encerramento da grupoterapia na 16ª sessão (Habigzang, 2010).

A avaliação do efeito da grupoterapia nos sintomas de depressão, ansiedade, estresse e TEPT, bem como nas crenças distorcidas de diferença em relação aos pares e culpa pela VS foi realizada por meio de análise de medidas repetidas nos quatro tempos distintos do processo de grupoterapia: pré-teste (avaliação inicial), pós-teste 1 (após psicoeducação), pós-teste 2 (após treino de inoculação do estresse) e pós-teste 3 (após prevenção à recaída). Os resultados indicaram redução significativa ( $p < 0,05$ ) nos sintomas de depressão entre o pré e pós-teste 3; nos sintomas de ansiedade entre o pré e pós-teste 3, pós-teste 1 e 3, além de pós-teste 2 e 3; nos sintomas de estresse entre o pré e pós-teste 3; na quantidade de sintomas de TEPT desde a primeira etapa da intervenção; bem como nas crenças avaliadas pelo CAPS entre o pré e pós-teste 3. Dessa forma, os resultados da avaliação do modelo de grupoterapia evidenciam sua efetividade na redução significativa de sintomas de depressão, ansiedade, estresse e TEPT, além de contribuir para a redução de crenças distorcidas relacionadas à culpa pela VS, confiança nas outras pessoas e credibilidade (Habigzang et al., 2009).

Em seu estudo de doutorado (Habigzang, 2010), o modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental foi avaliado com a totalidade de meninas ( $N=49$ ) que participaram dos grupos terapêuticos conduzidos. Além da constatação de redução significativa nos sintomas de depressão, ansiedade, estresse e TEPT, bem como nas crenças distorcidas de diferença em relação aos pares e culpa pela VS nos quatro tempos distintos do processo de grupoterapia, esses sintomas foram avaliados seis e 12 meses após

o término da intervenção. Nessa análise participaram 35 meninas e foi verificada manutenção dos efeitos da grupoterapia nesse período.

A World Health Organization (WHO) e a International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN - 2006) publicaram um guia sobre ações de prevenção e intervenção para crianças vítimas de maus-tratos. Neste documento postulam que as intervenções psicológicas devem ser baseadas em evidências empíricas de efetividade, além de serem orientadas por objetivos e com abordagem estruturada. Devem incluir estratégias para manejo das consequências emocionais e comportamentais da vivência traumática. Dentre elas, foram destacadas as estratégias para identificação e regulação das emoções, manejo da ansiedade e percepções distorcidas, bem como estratégias de resolução de problemas. A partir dessas diretrizes a adequação do modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de VS avaliado por Habigzang et al. (2006, 2008, 2009, 2010) é notória. Os resultados recentes obtidos com a utilização desse modelo se constituem como evidências empíricas de sua efetividade. Além disso, o modelo contempla as estratégias para manejo das consequências emocionais e comportamentais da vivência traumática estabelecidas pela WHO e pela ISPCAN (2006). Diante disso, o objetivo desta dissertação consistiu em adaptar esse modelo para utilização com meninos vítimas de VS e avaliar o modelo adaptado. Além disso, objetivou-se contribuir para o avanço do conhecimento referente à temática da VS contra meninos, um tema pouco abordado em nosso meio científico e social.

**CAPÍTULO II**  
**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MENINOS: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS,  
CARACTERÍSTICAS E CONSEQUÊNCIAS**

O objetivo deste capítulo é apresentar o ensaio teórico “Violência sexual contra meninos: dados epidemiológicos, características e consequências”, de autoria de Jean Von Hohendorff, Luísa Fernanda Habigzang e Silvia Helena Koller, e aceito para publicação na revista *Psicologia USP*. O conteúdo abordado nesse artigo serviu como uma das bases para a adaptação da intervenção e poderá ser acessado por meio do site da revista *Psicologia USP*, na base de dados Scielo ([www.scielo.br](http://www.scielo.br)), após sua publicação.

**CAPÍTULO III**  
**DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DE UM MODELO DE**  
**INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA PARA MENINOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA**  
**SEXUAL**

O objetivo deste capítulo é apresentar o texto intitulado “Descrição do processo de adaptação de um modelo de intervenção psicológica para meninos vítimas de violência sexual”, de autoria de Jean Von Hohendorff, Luísa Fernanda Habigzang e Silvia Helena Koller, submetido para apreciação dos organizadores de um livro sobre avaliação e intervenção com crianças e jovens em situação de risco e, devido a isso, não foi possível mantê-lo na dissertação. Todas as etapas do processo de adaptação do modelo de intervenção são descritas em detalhes nesse capítulo.

**CAPÍTULO IV**  
**PRODUÇÃO E UTILIZAÇÃO DE UM DOCUMENTÁRIO SOBRE VIOLÊNCIA**  
**SEXUAL CONTRA MENINOS**

O objetivo deste capítulo é apresentar o artigo no formato de relato de experiência “Produção e utilização de um documentário sobre violência sexual contra meninos”, de autoria de Jean Von Hohendorff, Luisa Fernanda Habigzang, Leandro Soares Rodrigues e Silvia Helena Koller, aceito para publicação na revista *Psico*. Neste artigo são descritas todas as etapas de produção do documentário *Superar – a violência sexual contra meninos* (Anexo H), bem como sua utilização com meninos vítimas de VS durante a aplicação do modelo de intervenção cognitivo-comportamental adaptado. O artigo poderá ser acessado, após sua publicação, no site da revista *Psico* (<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico>).

## **CAPÍTULO V**

### **ADAPTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA MENINOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

O objetivo deste capítulo é apresentar o artigo empírico “Adaptação e avaliação de uma intervenção cognitivo-comportamental para meninos vítimas de violência sexual”, de autoria de Jean Von Hohendorff, Luisa Fernanda Habigzang, Roberta Salvador Silva, Rosiane de Andrade e Silvia Helena Koller, o qual será submetido a uma revista científica de Psicologia após a realização da defesa de mestrado. Os resultados da adaptação e avaliação do modelo de intervenção adaptado para meninos vítimas de VS são apresentados nesse artigo.

#### **RESUMO**

Objetivou-se adaptar e avaliar um modelo de intervenção cognitivo-comportamental para meninos vítimas de Violência Sexual (VS), derivado de um modelo avaliado com meninas vítimas. A adaptação do modelo foi realizada por meio de reuniões com *experts* e com base na literatura. Após, o modelo adaptado foi aplicado em três meninos com idades entre 8 e 16 anos, vítimas de VS, por três pesquisadores distintos. Os participantes foram avaliados antes e após a intervenção por meio de instrumentos psicológicos quanto a sintomas de depressão, estresse, ansiedade, TEPT, transtornos externalizantes e atribuições e percepções distorcidas em relação à VS. A aplicação do modelo adaptado foi avaliada por três juízes independentes por meio de seis indicadores. Os resultados das avaliações sintomatológicas indicaram variabilidade no número de sintomas de cada participante. A avaliação da aplicação revelou a adequação do modelo adaptado quanto a dois indicadores (Aliança Terapêutica e Auto-revelação). Esses resultados se constituem como evidências iniciais sobre a ação terapêutica do modelo adaptado.

## Introdução

A Violência Sexual (VS) contra crianças e adolescentes é considerada um problema de saúde pública (World Health Organization, 1999). Devido a isso, o número de pesquisas sobre a temática evoluiu consideravelmente nas últimas décadas. Porém, essas pesquisas foram conduzidas majoritariamente com vítimas femininas, dificultando a generalização de seus resultados para vítimas masculinas (Maikovich-Fong & Jaffee, 2010).

Cogita-se que o número escasso de publicações sobre VS contra meninos possa estar atrelado ao menor número de casos notificados nesta população. Tendo em vista que o número de casos de VS contra meninos é pequeno, a realização de pesquisas com essa população é dificultada. Os índices de VS notificados contra meninos no território brasileiro, comparados aos casos contra meninas, indicam a predominância de vítimas femininas, com índices que variam entre 64,2% e 91,5% (Hohendorff, Habigzang, & Koller, no prelo). Essa realidade pode ser explicada pela dificuldade que meninos vítimas possuem em relatar o ocorrido (Pinto Junior, 2005; Weiss, 2010), aliado a fatores culturais, como a maior visibilidade da VS feminina (Pfeiffer & Salvagni, 2005; Pinto Junior, 2005) e a banalização da VS masculina devido a estereótipos de masculinidade, nos quais imperam a independência e o estoicismo de meninos e homens (Sanderson, 2005; Weiss, 2010).

Embora as consequências da VS contra meninos ainda sejam pouco investigadas, estudos indicam que essa forma de violência repercute em prejuízos para o desenvolvimento. Dentre eles, o transtorno de estresse pós-traumático é indicado como um dos transtornos mais comuns entre vítimas. Por meio de um estudo com 146 homens australianos, vítimas de VS na infância, comparados a 1231 homens sem histórico de VS, foi concluído que o grupo de vítimas apresentou índices dez vezes superiores de serem diagnosticados com este transtorno (O'Leary, 2009).

A confusão quanto à sua masculinidade e orientação sexual é considerada como uma das principais consequências da VS para meninos e homens. Por meio de entrevistas realizadas com 26 homens (idade média de 33,7 anos), vítimas de VS na infância, foi observado que a confusão acerca da própria masculinidade resultou na inibição da expressão de sentimentos, como tristeza, medo, abandono. Tais sentimentos seriam incompatíveis com o que se esperava para um homem no contexto sócio-histórico no qual a pesquisa foi realizada (Lisak, 1994). Em um estudo cujo objetivo foi o de compreender o impacto do gênero na revelação da VS, 30 vítimas na infância (idade média de 40,1 anos), sendo 19 mulheres e 11 homens, foram entrevistadas. Especificamente sobre os homens

entrevistados, dois temas relacionados a não revelação da VS foram identificados nos relatos: medo de ser visto como homossexual e sentimentos de estigmatização ou isolamento por acreditar que meninos raramente são vítimas de VS. Por outro lado, o medo de se tornar um agressor foi identificado como um aspecto precipitante da revelação (Alaggia, 2005).

Além dessas consequências, um estudo de revisão sistemática (Holmes & Slap, 1998) indicou a presença de transtornos disruptivos entre vítimas masculinas. Embora não haja consenso na literatura, acredita-se que os transtornos disruptivos, tais como Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), o desafiador-opositivo e o de conduta seja mais frequentes em meninos do que em meninas vítimas. (Maniglio, 2009). Em uma pesquisa com sete psicólogas que atendiam vítimas de VS em instituições públicas do Grande Recife, há pelo menos quatro anos, foi concluído que a agressão e a exacerbação da sexualidade foram as consequências mais comuns em meninos vítimas (Pires Filho, 2007), sendo estes sintomas de transtornos disruptivos.

Diante das consequências da VS para as vítimas, o desenvolvimento de intervenções para essa população é necessário. Além disso, a avaliação de tais intervenções é imprescindível, uma vez que, atualmente, o trabalho psicoterápico deve estar baseado em demonstrações concretas de que os tratamentos são realmente efetivos e necessários. Assim, a utilização de teorias pautadas em evidências científicas torna-se indispensável (Peuker, Habigzang, Koller, & Araujo, 2009).

Dentre as abordagens terapêuticas, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) vem sendo utilizada com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Em um estudo com vítimas de VS, entre oito e 14 anos, sendo 43 meninos, essas foram divididas randomicamente em dois grupos conforme a modalidade terapêutica recebida: TCC e terapia centrada na criança (Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004). Instrumentos para avaliação sintomatológica foram utilizados antes e após a intervenção. Essa consistiu em 12 sessões no formato individual. O grupo que recebeu TCC focada no trauma apresentou melhoras significativas em relação ao outro grupo em sintomas de TEPT; depressão; confiança interpessoal; percepção de credibilidade; vergonha e problemas de comportamento. Em outro estudo, foi realizada uma meta-análise a partir de consultas a diferentes bancos de dados (Hetzl-Riggin, Brausch, & Montgomery, 2007). Um total de 28 estudos de língua inglesa publicados entre 1975 e 2004 foram selecionados. Os resultados indicaram a efetividade de qualquer forma de tratamento em comparação a nenhum tratamento. Além disso, a TCC foi mais eficaz nos problemas de estresse



psicológico, questões relacionadas ao autoconceito e funcionamento social (Hetzel-Riggin et al., 2007).

Estudos específicos sobre tratamento psicológico para vítimas do sexo masculino são escassos. Internacionalmente, poucos estudos são encontrados (Grayston & De Luca, 1995; Romano & De Luca, 2006)

A avaliação de um tratamento cognitivo-comportamental individual para cinco homens (23 a 37 anos) vítimas de VS na infância focalizou três sintomas específicos: auto-culpabilização, raiva e ansiedade (Romano & De Luca, 2006). O tratamento foi dividido em três fases, nas quais cada um dos sintomas foi trabalhado. Os participantes foram avaliados no período anterior à intervenção e após cada fase do tratamento, por meio do preenchimento de listas diárias nas quais quantificavam a intensidade (zero a dez) dos sintomas relativos à experiência de VS. Os resultados indicaram a redução da intensidade da auto-culpabilização e da raiva. Não foi possível estabelecer relação entre a redução da ansiedade e o tratamento. Somente em um estudo menos recente (Grayston & De Luca, 1995), uma intervenção para vítimas masculinas jovens, seis meninos com idades entre sete e 10 anos, foi avaliada. Eles participaram de uma intervenção grupal, semanal, de 12 sessões, nas quais foram utilizadas técnicas comportamentais (reforço, extinção), de relaxamento e discussões sobre a violência sexual (sentimentos despertados e sexualidade). No período pré e pós-intervenção, os cuidadores dos meninos responderam instrumentos que avaliaram sintomas internalizantes e externalizantes, bem como comportamentos hipersexualizados. Os resultados obtidos pelo grupo de meninos participantes da intervenção foram comparados a um grupo de cinco meninos em lista de espera. Análises estatísticas de variância indicaram que os sintomas avaliados apresentaram diminuição entre o período pré e pós-intervenção, embora essa diferença não tenha sido estatisticamente diferente em relação ao grupo de lista de espera. Análises qualitativas individuais de cada menino participante da intervenção foram conduzidas, sendo concluído que os efeitos da intervenção variaram consideravelmente de criança para criança.

Os estudos sobre avaliação de tratamentos psicológicos de crianças e adolescentes vítimas de VS realizados no Brasil indicam a eficácia da TCC na redução de sintomas, porém, esses focalizaram apenas o público feminino (Habigzang, Hatzenberger, Dala Corte, Stroehrer, & Koller, 2006; Habigzang, Stroehrer, Hatzenberger, & Koller, 2008; Habigzang, Stroehrer, Hatzenberger, Cunha, & Koller, 2009; Lucânia, Valério, Barison, & Miyazaki, 2009). Especificamente sobre meninos vítimas, o relato de um caso de um menino de nove anos também evidenciou a adequação da TCC na reestruturação de

cognições distorcidas de autculpabilização e estigmatização (Hohendorff, Bavaresco, Habigzang, & Koller, 2012).

Em síntese, a carência de estudos sobre vítimas de violência sexual do sexo masculino sugere a importância de se conduzir estudos com essa população. Tal carência parece estar relacionada ao acesso dificultado as vítimas masculinas, devido ao menor número de notificações. Porém, mesmo em menor número, os casos de VS contra meninos existem e merecem atenção (Hohendorff, Habigzang, & Koller, no prelo) e, diante disso, o objetivo desse estudo é o de adaptar e avaliar uma intervenção cognitivo-comportamental para meninos vítimas de violência sexual, tendo em vista a lacuna de pesquisas brasileiras sobre essa temática.

### **Método**

O método de estudo de casos múltiplos (Yin, 2005/2003) foi escolhido para realizar a adaptação e avaliação do modelo de intervenção cognitivo-comportamental para meninos vítimas de VS. Optou-se por esse método devido ao número reduzido de meninos que foram encaminhados para atendimento psicológico. Os participantes, instrumentos e procedimentos empregados estão descritos a seguir:

### **Participantes**

Participaram do estudo três meninos (oito, 10 e 16 anos, vítimas de VS. Embora a idade mínima para participação no estudo de avaliação de efetividade do modelo de grupoterapia desenvolvido e adaptado por Habigzang et al. (2009) tenha sido nove anos, optou-se por incluir um menino com idade inferior devido à dificuldade em encontrar casos para a intervenção. Além disso, esse menino completaria nove anos durante a intervenção. Os participantes foram encaminhados pela rede de proteção às crianças e adolescentes (Conselhos Tutelares) e atendidos em dois centros de atendimento a vítimas de VS, localizados na região metropolitana de Porto Alegre. Os critérios de inclusão para a participação no estudo foram: presença de, no mínimo, um episódio de VS intra ou extrafamiliar, sexo masculino e idade entre oito e 16 anos. Os critérios de exclusão utilizados foram a presença de sintomas psicóticos e/ou retardo mental graves. Nenhum participante encaminhado possuía tais características. A seguir é apresentado um breve relato com as principais informações de cada caso.

O participante A, 16 anos, foi encaminhado para avaliação psicológica pelo Conselho Tutelar (CT) após notificação efetuada por uma tia alegando que o menino

estaria cometendo VS contra o irmão (oito anos). Durante a avaliação psicológica o participante confirmou a ocorrência de VS contra o irmão e relatou que também havia sido vítima. De acordo com o menino, um familiar de seu pai, o qual o participante e seus pais não souberam precisar o grau de parentesco, teria cometido VS contra ele quando o menino tinha aproximadamente oito anos. O adolescente relatou que teve muito medo do agressor, embora não lembrasse se ele o ameaçava, fazendo com que não revelasse a VS na época em que ocorreu. O menino relatou a ocorrência de mais de um episódio de VS, porém, não soube precisar o número de episódios. Com o passar do tempo, deixou de frequentar a casa onde o agressor residia e, assim, a VS cessou. Diante da ocorrência de VS perpetrada pelo participante, a equipe responsável pelo caso solicitou ao CT que alguma medida protetiva de afastamento fosse tomada, sendo que isso não ocorreu. Ainda durante a avaliação psicológica, o participante A cometeu mais um episódio de VS contra o irmão. Novamente, a equipe responsável pelo caso notificou o CT, que, então, o encaminhou para acolhimento institucional e atendimento psicológico. Anterior ao acolhimento institucional, o participante residia com seus pais e cinco irmãos.

O participante B, oito anos, foi encaminhado para avaliação psicológica pelo Conselho Tutelar (CT) após notificação efetuada por uma tia, a quem o menino relatou a VS perpetrada pelo irmão de 16 anos (participante A). Durante a avaliação psicológica, o participante B confirmou a ocorrência de múltiplos episódios de VS, sem penetração, praticados pelo irmão. De acordo com o menino, os episódios haviam iniciado há cerca de um ano e ele, após o primeiro episódio, revelou a situação para a mãe, a qual referiu acreditar no seu relato, porém, não tomou qualquer atitude protetiva. O participante B, então, revelou a ocorrência da VS para uma tia materna, a qual notificou o CT, contudo, o irmão permaneceu residindo com a família. O participante B residia com seus pais e cinco irmãos, sendo um deles o agressor (participante A). Durante a avaliação psicológica, o irmão cometeu mais um episódio de VS e, após esse episódio, foi realizado o seu acolhimento institucional. O participante B permaneceu com sua família após afastamento do irmão.

O participante C, 10 anos, foi encaminhado para avaliação psicológica pelo CT após notificação realizada por sua avó, a qual possuía a guarda do menino. Ele residia com ela e seu avô. Durante a avaliação psicológica, o participante C confirmou a VS, perpetrada por um vizinho (16 anos), mencionando que haviam ocorrido três episódios, o que fez com que revelasse a situação à avó. O participante C costumava jogar futebol e brincar com seu vizinho (agressor) e demais amigos em um campinho próximo a sua casa,

mas após a ocorrência da VS deixou de fazê-lo. O agressor permaneceu morando em frente a sua casa, sendo que o participante não manteve contato com o mesmo.

### **Instrumentos**

- Entrevista semi-estruturada inicial constituída por duas partes (Anexo A): Na primeira objetiva-se estabelecer vínculo terapêutico com os participantes por meio da construção de uma relação de confiança entre entrevistador e entrevistado. A segunda parte é baseada em uma entrevista publicada pelo *The Metropolitan Toronto Special Committee on Child Abuse* (1995), traduzida para o português e adaptada por Kristensen (1996), na qual objetiva-se obter o relato dos participantes em relação à VS, bem como realizar um mapeamento da frequência e dinâmica dos episódios de VS.

- *Children's Attributions and Perceptions Scale* (CAPS - Mannarino, Cohen, & Berman, 1994, traduzida por Habigzang, 2006 – Anexo B): escala que mensura questões específicas da VS em crianças e adolescentes. Composta por 18 itens, respondidos por meio de cinco pontos que variam entre *Nunca* (0) e *Sempre* (4), divididos em quatro subescalas: sentimentos de diferença com relação aos pares; diminuição da confiança nas pessoas; auto-atribuição dos eventos negativos (auto-culpabilização pelo abuso); e percepção de uma diminuição da credibilidade dos outros em si. Escores mais altos indicam maiores indicadores de sentimento de diferença com relação aos pares e de auto-atribuição por eventos negativos, além de menor percepção de credibilidade e de confiança interpessoal.

- *Children's Depression Inventory* (CDI – Cunha, 2001): instrumento elaborado por Kovacs (1992), adaptado do *Beck Depression Inventory* para adultos (BDI, Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). Destina-se a identificar sintomas depressivos em crianças e adolescentes entre sete e 17 anos de idade. Composto por 27 itens de escolha múltipla com três alternativas correspondentes. A criança/adolescente deve escolher a opção que melhor descreve o seu estado nos últimos tempos (dias). As opções são pontuadas de 0 a 2. A consistência interna descrita por Kovacs (1992) mostrou-se adequada ( $\alpha=0,86$ ), e o ponto de corte do CDI foi estabelecido em 19 pontos, ou seja, acima deste número já se pode considerar o resultado como indicador de depressão. O CDI foi adaptado para uso no Brasil por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995) demonstrando características psicométricas adequadas.

- Entrevista neuropsiquiátrica internacional MINI para crianças e adolescentes (Sheehan, Shytle, Milo, & Janavs, 2009 – Anexo C): entrevista diagnóstica breve, de

acordo com os critérios do DSM-IV e da CID-10. É composta de perguntas rápidas, dirigidas ao paciente, com possibilidade de respostas dicotômicas (sim e não). Utilizaram-se as entrevistas para investigação de Dependência/Abuso de substância, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno de Conduta e Transtorno Desafiador-Opositivo. Foi feito contato com os autores da entrevista, os quais sugeriram a utilização da versão portuguesa (Portugal - Guerreiro, Navarro, Mendes, & Sampaio, 2009), tendo em vista que não havia uma versão brasileira. A versão portuguesa foi adaptada ao português brasileiro por uma psicóloga de origem portuguesa que residia no Brasil e passou pela revisão de outros dois profissionais brasileiros. Os participantes da pesquisa não tiveram dificuldades em respondê-la.

- Escala de Estresse Infantil (ESI - Lipp & Lucarelli, 1998): composta por 35 itens relacionados a reações físicas, psicológicas, psicológicas com componente depressivo e psicofisiológica do estresse em crianças entre seis e 14 anos. O instrumento recebeu parecer favorável para uso do Conselho Federal de Psicologia no ano de 2003. A resposta ao item é feita por meio de uma escala de cinco pontos, na qual a criança ou adolescente pinta um círculo dividido em quatro partes, conforme a frequência (*Nunca, Um pouco, Às vezes, Quase sempre e Sempre*) com que os participantes experimentam os sintomas indicados nos itens. Pode-se considerar que a criança/adolescente avaliada possui indicadores significativos de estresse quando aparecem sete ou mais círculos completamente cheios (pintados) da escala total, ou o escore é igual ou superior a 27 pontos em qualquer uma das três subescalas a seguir: reações físicas, reações psicológicas, reações psicológicas com componente depressivo, ou ainda quando o escore for igual ou superior a 24 pontos na subescala reações psicofisiológicas. Escore total maior do que 105 pontos também é indicativo de presença de estresse.

- Inventário de Ansiedade Traço-Estado para Crianças (IDATE-C - elaborado por Spielberger em 1970, e adaptado para uso no Brasil por Biaggio & Spielberger, 1983): constituído de duas escalas, cada uma com 20 itens, do tipo auto-avaliação, que visam a medir indicadores de dois conceitos distintos de ansiedade: traço e estado. Cada escala é composta por 20 itens. Cada item é composto por três afirmações que representam diferentes intensidades do sintoma. Escores mais altos indicam maior presença de ansiedade em ambas as escalas. No estudo de Habigzang (2010), o *alpha de Cronbach* foi de 0,88 para escala Estado e 0,82 para escala Traço.

- Entrevista estruturada com base no DSM IV/ SCID (Del Ben, Vilela, Crippa, Hallak, Labe, & Zuardi, 2001, adaptada por Habigzang, 2006 – Anexo D): os critérios

diagnósticos estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV-TR - *American Psychiatric Association*, 2002) são utilizados como base para identificação da presença dos sintomas que compõe o transtorno (re-experienciação do evento traumático; esquiva de estímulos associados com o trauma; e, sintomas de excitabilidade aumentada). O *alpha de Cronbach* no estudo de Habigzang (2010) foi de 0,51 para revivência, 0,37 para evitação e 0,56 para excitabilidade aumentada.

- Ficha de avaliação dos relatos da intervenção (Anexo E): Produzida para utilização neste estudo. Consiste em um instrumento composto por duas partes. Na primeira foram avaliados três indicadores intervalares – (1) Aliança terapêutica, subdividido em “Vínculo de confiança” (i.e., participante demonstrou carisma pelo(a) psicoterapeuta, relatou conteúdos importantes e não escondeu informações importantes do(a) psicoterapeuta), “Relação de trabalho” (i.e., o participante realizou as atividades propostas, *feedback* dado pelo participante em relação ao(à) psicoterapeuta) e “Postura do(a) psicoterapeuta” (i.e., foi atento, ativo, bem humorado, empático, ouviu o participante e o deixou se expressar); (2) Participação nas sessões, subdividido em “Comparecimento” (i.e., presenças às sessões, ausências foram comunicadas com antecedência e/ou justificadas, a(s) faltas(s) foram voluntárias ou involuntárias), “Pontualidade” (i.e., respeito ao horário das sessões, comunicação de atrasos com antecedência, o(s) atraso(s) foram voluntários ou involuntários) e “Auto-revelação (i.e., participante falou sobre o problema e/ou falou sobre demais aspectos importantes - assuntos particulares); e (3) Resposta às técnicas empregadas, subdividido em “Compreensão das técnicas utilizadas”(i.e., participante compreendeu a proposta de realização e engajou-se nas técnicas) e “Vivência das técnicas empregadas” (i.e., participante utilizou as técnicas em seu cotidiano) - por meio de uma escala de cinco pontos que variam de *Totalmente ausente* (0) à *Totalmente presente* (5). Na segunda parte, cada sessão do modelo adaptado foi avaliada quanto aos indicadores categóricos “Estrutura” (i.e., as sessões seguiram a estrutura básica), “Objetivos” (i.e., após a realização de cada sessão foi possível perceber que os objetivos propostos foram alcançados) e “Tarefas de casa” (i.e., as tarefas de casa propostas foram realizadas pelo participante) por meio de três opções de resposta: *Sim* (quando o indicador esteve presente), *Em parte* (quando o indicador esteve parcialmente presente) e *Não* (quando o indicador não esteve presente). A escolha dos indicadores utilizados foi baseada em estudos prévios (Dobson & Dobson, 2010; Tetley, Jinks, Huband, & Howells, 2011), bem como na consulta a duas psicólogas *experts* na condução de intervenções cognitivo-comportamentais com crianças e adolescentes, sendo uma delas a responsável pela

elaboração e avaliação do modelo de grupoterapia para meninas vítimas de VS (Habigzang et al., 2009). Tais indicadores foram operacionalizados com base em estudos prévios (Dobson & Dobson, 2010; Tetley, Jinks, Huband, & Howells, 2011) e a partir da discussão entre o primeiro autor deste estudo e as psicólogas *experts*. O objetivo deste procedimento foi unificar o entendimento de cada indicador para a avaliação dos relatos.

### **Procedimentos**

Os procedimentos para a realização desse estudo compreenderam a adaptação, aplicação e avaliação do modelo adaptado. Todos esses procedimentos foram realizados buscando a adequação aos aspectos éticos e são descritos a seguir.

#### **Procedimentos éticos**

Os princípios éticos desse estudo reportaram-se à proteção dos direitos, bem-estar e dignidade dos participantes conforme a Resolução n.º 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, a Resolução n.º 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia e o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990). O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, de Porto Alegre, um dos locais de realização do estudo, e obteve aprovação conforme o documento n.º 36/10 (Anexo F). As instituições nas quais o estudo foi conduzido assinaram um Termo de Concordância e todos os participantes e seus responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo G).

#### **Adaptação do modelo**

A adaptação do modelo de intervenção compreendeu cinco etapas: 1) reunião com a equipe responsável pela aplicação do modelo utilizado com meninas (Habigzang et al., 2009), com o objetivo de discutir possíveis adaptações à aplicação em meninos; 2) reunião com um psicólogo que possuía experiência na condução de pesquisas com meninos vítimas de VS, visando a verificar a adequação das adaptações discutidas na etapa anterior; 3) confirmação, com base na literatura científica, das adaptações propostas nas etapas anteriores; 4) nova reunião com a equipe responsável pela aplicação do modelo utilizado com meninas (Habigzang et al., 2009) para discussão final das adaptações; 5) realização de um estudo piloto com um menino vítima de VS, no qual se buscou verificar, na prática, a adequação das adaptações propostas. Após estas etapas, deu-se origem ao modelo de

intervenção cognitivo-comportamental adaptado (Tabela 1). Para maiores detalhes sobre o processo de adaptação, consultar Hohendorff, Habigzang e Koller (2012, submetido).



Tabela 1

*Descrição das Sessões do Modelo Adaptado*

Etapa	Sessão	Atividades
Psicoeducação	1	Estabelecimento do contrato terapêutico (combinações sobre horários, frequência, duração) Mapeamento da expectativa do participante. Dispositivo: construção de um cartaz Discussão e estabelecimento dos objetivos terapêuticos
	2	Apresentação e discussão do vídeo <i>Superar – a violência sexual contra meninos</i> Psicoeducação quanto ao conceito de VS e suas consequências Abordar a necessidade de ajuda frente a VS – Conselho Tutelar Relato da experiência de VS Isenção da culpa Abordar estigmatização Abordar terapêuticamente o impacto afetivo da revelação
	3	Abordagem das reações da família e demais pessoas significativas depois da revelação; Construção de um mapeamento das possíveis mudanças na configuração familiar – livro “minha família antes e depois da revelação” Reestruturação cognitiva de crenças relacionadas à culpa e vergonha (construção de cartões com explicações alternativas para a VS que desculpabilize o paciente)
	4	Psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental - abordagem de estados emocionais. Dispositivo: jogo das emoções Abordagem terapêutica dos sentimentos com relação aos agressores. Dispositivo: construção dos agressores com massa de modelar e <i>role-play</i> entre cada paciente e seu boneco (Knell & Ruma, 1999/1996) Automonitoramento: registro de situações-problema e sentimentos identificados

Tabela 1

*Descrição das Sessões do Modelo Adaptado (continuação)*

Etapa	Sessão	Atividades
	5	<p>Discussão dos registros de automonitoramento</p> <p>Psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental - abordagem dos pensamentos e reações fisiológicas e suas relações com as emoções</p> <p>Identificação de pensamentos com relação a VS (triáde cognitiva) e reestruturação cognitiva de pensamentos disfuncionais</p> <p>Identificação de diferentes reações fisiológicas</p> <p>Aprendizagem de técnicas de relaxamento muscular e de respiração para controle da ansiedade (Vera &amp; Vila, 1996)</p> <p>Automonitoramento: registro de situações-problema, pensamentos, reações fisiológicas e sentimentos relacionados</p>
	6	<p>Discussão dos registros de automonitoramentos</p> <p>Psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental - abordagem dos comportamentos e sua relação com pensamentos, sentimentos e reações fisiológicas</p> <p>Mapeamento escrito das principais mudanças de comportamentos, pensamentos e sentimentos decorrentes das experiências de VS</p> <p>Psicoeducação quanto ao problema (estabelecimento de relações entre a VS/trauma com as mudanças identificadas no mapeamento)</p> <p>Construção de histórias em quadrinhos ou encenação, a partir de situações registradas, com identificação de emoções, pensamentos, comportamentos e reações físicas para integrar o modelo cognitivo-comportamental – possibilidade de encenação</p>
	7	<p>Cada participante apresenta, de forma gradual, as situações de VS experienciadas por meio do relato escrito e oral</p> <p>Reestruturação cognitiva das memórias traumáticas – Treino de auto-instrução</p> <p>Treino de relaxamento</p>
	8	<p>Relato mais detalhado da VS</p> <p>Mapeamento da frequência e intensidade das lembranças da VS e dos eventos desencadeadores dessas lembranças</p> <p>Treino de relaxamento</p>

Tabela 1

*Descrição das Sessões do Modelo Adaptado (continuação)*

Etapa	Sessão	Atividades
TE	9	Relato mais detalhado da VS Técnica de substituição de imagens mentais positivas e negativas (gavetas da memória)
	10	Relato do pior momento da VS Construção do “botão de emergência” com estratégias cognitivas e comportamentais para lidar com lembranças intrusivas da VS Treino de relaxamento
Prevenção à Recaída	11	Oficina de educação sexual, na qual são abordadas questões referentes ao autocuidado, mudanças físicas da puberdade e métodos contraceptivos Discussão identidade de gênero e orientação sexual – “o que é ser humano para você? E ser menino/homem?”
	12	Oficina de expressão corporal com utilização de espelho e brincadeira “morto-vivo”, atividade de toques no próprio corpo
	13	Oficina sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente Apresentação e discussão do vídeo <i>Estatuto do Futuro</i> (Centro de Criação de Imagem Popular, 2000) Painel sobre ECA Dramatização de audiência (abordar a possibilidade de participação de audiências, esclarecendo dúvidas e preparando os participantes para tal situação)
	14	Treino de habilidades sociais focadas em medidas protetivas (identificação de situações de risco e ensaio cognitivo e comportamental de estratégias de proteção contra futuras revitimizações) Escolha de um adulto-referência para solicitar ajuda em situações de risco

Tabela 1

*Descrição das Sessões do Modelo Adaptado (continuação)*

Etapa	Sessão	Atividades
Prevenção e Recaída	15	Retomada das estratégias cognitivas e comportamentais aprendidas durante a intervenção Abordagem das perspectivas com relação ao futuro do participante e reestruturar possíveis crenças distorcidas – “Máquina do tempo”
	16	Auto-avaliação por meio de registro escrito das mudanças percebidas antes e depois da intervenção em relação a si, como se relaciona com os outros e visão do futuro Atividade livre de encerramento

### **Aplicação do modelo adaptado**

A aplicação do modelo foi realizada por três pesquisadores distintos, formando-se, assim uma equipe composta por um psicólogo (primeiro autor) e duas concluintes do curso (segunda e terceira autoras) de graduação em Psicologia com experiência em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Cada um dos participantes foi atendido por um pesquisador diferente. Tal procedimento foi adotado com vistas a diminuir possíveis vieses nos resultados relacionados a quem aplicaria o modelo, ou seja, os resultados poderiam estar atrelados à pessoa do profissional (vinculação, interesse e gênero) e não ao modelo em si.

Todos os envolvidos com a aplicação do modelo participaram de um programa de capacitação, com carga horária de 50 horas, cujos objetivos foram: 1) Compreender aspectos conceituais da VS, tais como definições, dinâmica, consequências para o desenvolvimento, trabalho em rede e encaminhamentos necessários aos casos identificados; 2) Aprender a realizar avaliação psicológica de crianças e adolescentes vítimas, utilizando protocolos de entrevista e instrumentos psicológicos; 3) Aprender o modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para intervenção com meninas vítimas de VS, bem como as adaptações propostas para sua aplicação em meninos (Habigzang, Damásio, Hohendorff, & Koller, 2011). Supervisões quinzenais com a profissional (quarta autora) que desenvolveu o modelo de grupoterapia para meninas vítimas de VS foram realizadas com o primeiro autor que, por sua vez, supervisionou semanalmente os demais profissionais envolvidos com a aplicação do modelo adaptado.

Os participantes da pesquisa foram avaliados no período anterior a aplicação do modelo, em entrevistas individuais, pelo mesmo profissional que conduziu a intervenção. Isso foi feito visando a facilitar a vinculação terapêutica. A avaliação foi composta por três encontros com duração de uma hora e com frequência semanal. A ordem de aplicação dos instrumentos foi aleatória para evitar o efeito de ordem nos resultados.

Para a aplicação do modelo adaptado, foram feitas agendas com um roteiro semi-estruturado das atividades de cada sessão do modelo adaptado. Nestas, foram anotadas as principais informações sobre o andamento de cada sessão. Após o término das sessões, foram feitos relatos escritos detalhados. Optou-se por não gravar os atendimentos devido à dificuldade de meninos vítimas de VS em relatar e falar a respeito deste assunto (Sanderson, 2005; Weiss, 2010), uma vez que esse recurso poderia intimidá-los. Após a aplicação do modelo, os instrumentos, com exceção da entrevista semi-estruturada inicial,

foram reaplicados por outro membro da equipe que não o responsável pela condução da intervenção com o objetivo de evitar possíveis vieses relacionados à desejabilidade social.

Foram feitos contatos com familiares (pais, avó) e as escolas dos participantes sempre que necessário. Referente às escolas, os contatos foram feitos via telefone, objetivando investigar a situação escolar dos participantes. Salienta-se que os contatos com as escolas foram feitos respeitando o sigilo às informações dos participantes. Quando os membros da escola questionavam o motivo da ida do participante ao serviço, respondia-se que se tratava de uma avaliação comportamental. Referente ao contato com familiares, sessões para esclarecimento de dúvidas e aconselhamento quanto ao manejo diário com os participantes foram realizadas sempre que necessário.

### **Avaliação da aplicação do modelo adaptado**

Os relatos produzidos após cada sessão foram analisados por três juízes independentes, psicólogas, com experiência na utilização do modelo de grupoterapia para meninas vítimas de VS (Habigzang et al., 2009), a partir da ficha de avaliação dos relatos da intervenção.

## **Resultados**

### **Avaliação Inicial**

Por meio da avaliação clínica inicial foi possível compreender as situações de VS sofridas por cada um dos participantes e identificar possíveis sintomas psicopatológicos, além de alterações cognitivas, emocionais e comportamentais. Todos os participantes revelaram as situações de VS na primeira entrevista com os avaliadores e não tiveram dificuldade em responder aos instrumentos aplicados.

A idade de início da VS ocorreu entre oito (participantes A e B) e nove anos (participante C). Os três participantes sofreram episódios múltiplos de VS. A forma de VS variou entre os casos. Em dois casos houve contato físico sem penetração (participantes A e B), sendo um deles com intercurso interfemural (participante B); e um caso sem contato físico (participante C), no qual o agressor solicitou que a vítima fizesse sexo oral nele e, diante de sua recusa, o agressor lhe agrediu fisicamente. Os perpetradores da VS foram do sexo masculino: familiar paterno (participante A), irmão (participante B) e vizinho (participante C). Nenhum agressor foi responsabilizado criminalmente até a conclusão deste estudo.

Em todos os casos a revelação da VS foi feita pela própria vítima. Em um dos casos (participante A) a revelação ocorreu somente após oito anos da ocorrência da VS quando a vítima cometeu VS contra o irmão (participante B). Nos outros dois casos (participantes B e C), a revelação ocorreu após a ocorrência repetida da VS. Um dos meninos (participante B) revelou a ocorrência de VS à sua mãe e, diante de seu comportamento omissivo, buscou ajuda de uma tia. Nos outros dois casos a revelação foi feita para a conselheira tutelar (participante A) e para a avó (participante C). As medidas adotadas após a revelação foram: notificação (participantes B e C) e encaminhamento para tratamento (participante A). Neste, a denúncia não foi feita porque havia se passado oito anos desde a ocorrência da VS e a família não sabia onde o agressor estava residindo, pois há muito tempo não mantinham contato. A presença de ameaças foi constatada em um caso (participante C), no qual, após a denúncia, a mãe do agressor, que morava em frente à casa da vítima, disse ao menino que ele merecia “apanhar”. Um menino (participante A) foi encaminhado para acolhimento institucional com o objetivo de afastá-lo do irmão (participante B), uma vez que foi identificado risco de revitimizações. Houve espera por atendimento psicológico após a revelação em um caso (participante C), que estava em lista de espera na instituição de atendimento e foi encaminhado para pesquisa após convênio. As informações de cada caso estão descritas na Tabela 2.

A presença de sintomas psicopatológicos também foi investigada na avaliação inicial por meio de instrumentos psicológicos. Nenhum dos participantes apresentou escore indicativo de depressão, bem como critérios diagnósticos para TEPT. Com relação à avaliação de presença de estresse, nenhum participante atingiu o escore total considerado como indicativo de estresse.

Em relação a sintomas de ansiedade, o participante A obteve escores de 36 (estado) e 39 (traço), enquanto que o participante B obteve escores de 27 (estado) e 34 (traço), e o participante C obteve escores de 30 (estado) e 35 (traço). Em relação às percepções avaliadas pelos CAPS, o participante A apresentou escores sete (diferença em relação aos pares), 11 (sentimentos de culpa), sete (credibilidade) e 14 (confiança). O participante B apresentou escores seis (diferença em relação aos pares), oito (sentimentos de culpa), sete (credibilidade) e sete (confiança). Já o participante C apresentou escores seis (diferença em relação aos pares), oito (sentimentos de culpa), cinco (credibilidade) e 11 (confiança).

Tabela 2

*Informações sobre Violência Sexual dos Participantes*

Informações	A	B	C
Idade no início da intervenção	16	08	10
Idade de início da VS	08	08	09
Idade quando revelou VS	16	08	10
Agressor	Familiar paterno	Irmão	Vizinho
Número episódios	Múltiplos	Múltiplos	Múltiplos
Forma de VS	Contato físico sem penetração	Contato físico sem penetração	Sem contato físico
Presença de ameaças	Não	Não	Sim
Pessoa a quem revelou	Conselheira Tutelar	Mãe	Avó
Credibilidade na revelação	Sim	Sim	Sim
Medidas adotadas após a revelação	Encaminhamento para tratamento	Contou para uma segunda pessoa (tia materna) que notificou a situação	Notificação
Acolhimento	Sim	Não	Não
Responsabilização criminal do agressor	Não	Não	Não
Tempo de espera por atendimento psicológico	Imediato	Imediato	Um mês

A avaliação de transtornos externalizantes revelou que nenhum menino apresentou critérios diagnósticos para caracterizar quadros de Dependência/Abuso de álcool, Dependência/Abuso de substância (não álcool), Transtorno Desafiador-Opositivo e TDAH. No entanto, o participante A apresentou critérios diagnósticos para o Transtorno de Conduta. Os escores de cada um dos participantes na avaliação inicial estão apresentados em conjunto com os escores obtidos na avaliação final (ver seção Avaliação Final, Tabela 3).

**Aplicação do Modelo Adaptado**

Após a realização da avaliação inicial, iniciou-se a aplicação do modelo adaptado com cada um dos três participantes. Devido ao fato de a descrição da aplicação do modelo adaptado conter informações e relatos que poderiam identificar os participantes do estudo,



o acesso a tal conteúdo ficou restrito aos membros da banca avaliadora dessa dissertação, não sendo incluída em sua versão final.

### **Avaliação Final**

Após a aplicação do modelo, os instrumentos psicológicos, com exceção da entrevista semi-estruturada inicial, foram reaplicados por outro membro da equipe, que não o responsável pela condução da intervenção. Os escores dos participantes antes e após a intervenção estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3

*Escore dos Instrumentos Psicológicos Antes e Após a Intervenção*

Sintoma (Instrumento)	A		B		C		
	Pré- Teste	Pós- Teste	Pré- Teste	Pós- Teste	Pré- Teste	Pós- Teste	
Depressão (CDI)	10	03	14	11	11	05	
Estresse (ESI)	46	14	38	35	35	31	
Ansiedade (IDATE – C)	Estado	36	38	27	28	30	28
	Traço	39	32	34	34	35	31
TEPT (Entrevista Clínica)	Revivência	04	00	00	02	00	01
	Evitação	01	00	01	02	01	02
	Excitabilidade	01	00	02	02	01	01
	Diferença pares	07	06	06	07	06	05
Atribuições e Percepções Distorcidas (CAPS)	Sentimentos culpa	11	07	08	08	08	04
	Credibilidade	07	08	07	08	05	10
	Confiança	14	12	07	09	11	07
TDAH (MINI)	05	01	00	00	09	07	
Transtorno de Conduta (MINI)	04	03	00	00	01	01	

Os três participantes não apresentaram nenhum sintoma de Dependência/Abuso de Álcool, Dependência/Abuso de Substância/Não Álcool e Transtorno Desafiador Opositivo, avaliados por meio da entrevista MINI. Ao analisar os demais escores dos participantes nas avaliações inicial e final, percebe-se que estes diferiram, embora não se possa afirmar se

houve diminuição ou aumento significativo no número de sintomas devido à impossibilidade de se realizar análises estatísticas.

Os escores obtidos pelo participante A indicam que os sintomas de depressão, estresse, ansiedade (traço), TEPT (revivência, evitação, excitabilidade), diferença com relação aos pares, sentimentos de culpa, confiança, TDAH e Transtorno de Conduta na avaliação final foram menores do que na avaliação inicial. Em contrapartida, os escores dos sintomas de ansiedade (estado) e credibilidade aumentaram. Sintomas de Dependência/Abuso álcool, Dependência/Abuso Substância/Não Álcool e Transtorno Desafiador-Opositivo não foram identificados em ambas as avaliações.

Os escores obtidos pelo participante B indicam que os sintomas de depressão e estresse foram menores do que na avaliação inicial. Os sintomas de ansiedade (traço), excitabilidade (TEPT) e culpa se mantiveram iguais em ambas as avaliações. Por outro lado, sintomas de ansiedade (estado), revivência e evitação (TEPT), diferença com relação aos pares, credibilidade e confiança aumentaram. Nenhum sintoma de Dependência/Abuso álcool, Dependência/Abuso Substância/Não Álcool, TDAH, Transtorno de Conduta e Transtorno Desafiador-Opositivo foi verificado em ambas as avaliações.

Em relação ao participante C, os escores obtidos indicam que os sintomas de depressão, estresse, ansiedade (traço e estado), diferença com relação aos pares, culpa, confiança e de TDAH foram menores do que na avaliação inicial. Os sintomas de excitabilidade (TEPT) e Transtorno de Conduta se mantiveram iguais nas duas avaliações. O sintoma de Transtorno de Conduta foi referente a um episódio no qual ele colocou fogo em uma lixeira quando estava na casa de sua mãe para chamar sua atenção, pois desejava morar com sua avó. Por outro lado, os sintomas de revivência e evitação (TEPT) e credibilidade aumentaram na avaliação final. Não foram identificados sintomas de Dependência/Abuso álcool, Dependência/Abuso Substância/Não Álcool e Transtorno Desafiador-Opositivo em ambas as avaliações.

### **Avaliação da Aplicação do Modelo Adaptado**

O modelo adaptado foi avaliado por três juízes independentes a partir dos indicadores intervalares (i.e., Aliança Terapêutica, Participação nas Sessões, e Respostas às Técnicas Empregadas) e categóricos (i.e., Estrutura, Objetivos, e Tarefas de Casa). A análise de concordância entre juízes para os indicadores intervalares foi realizada por meio do cálculo do Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI, Fleiss & Shrout, 1978; McGraw & Wong, 1996) . Na Tabela 4, estão apresentados os resultados dessa análise.

Tabela 4

*Coeficiente de Correlação Intraclasse dos Oito Indicadores Intervalares de Avaliação da Intervenção*

Indicador	CCI	95% IC
<i>Aliança Terapêutica</i>		
Vínculo de Confiança	.871 <sup>†</sup>	-.384 - .997
Relação de Trabalho	.805 <sup>*</sup>	-.035 - .995
Postura do(a) Psicoterapeuta	.923 <sup>*</sup>	.440 - .998
<i>Participação nas Sessões</i>		
Comparecimento	.00	3.784 - .983
Pontualidade	.500	12.096 - .989
Auto-revelação	98% <sup>a</sup>	-
<i>Resposta às Técnicas Empregadas</i>		
Compreensão das Técnicas Utilizadas	.750	-.857 - .994
Vivência das Técnicas Utilizadas	.200	11.002 - .983

*Nota.* CCI(3,3) com Concordância Absoluta. \*  $p < .05$ , <sup>†</sup> $p = .057$ . <sup>a</sup> Como os juízes 1 e 2 tiveram variância zero nas suas avaliações, calculou-se a frequência de concordância entre os juízes.

Verificou-se homogeneidade significativa entre as avaliações dos juízes em todos os subitens do indicador Aliança terapêutica: Vínculo de Confiança (CCI = .871,  $p = .057$ ), Relação de Trabalho (CCI = .805,  $p < .05$ ) e Postura do(a) Psicoterapeuta (CCI = .923,  $p < .05$ ); e no subitem Auto-revelação do indicador Participação nas Sessões (98% de concordância). Nos demais indicadores não houve homogeneidade significativa.

Embora o CCI permita verificar se há homogeneidade entre avaliações de diferentes juízes, ele não permite identificar se a avaliação dos juízes é favorável ou desfavorável aos itens. Assim, foram calculadas as médias e os desvios padrão de cada um dos indicadores e de seus subitens (ver Tabela 5).

Tabela 5

*Médias e Desvios Padrão dos Oito Indicadores Intervalares de Avaliação da Intervenção*

Indicador	Participante A	Participante B	Participante C	Total do Subitem
<i>Aliança Terapêutica</i>				
Vínculo de Confiança	3.67 (.58)	5.00 (.00)	3.67 (.58)	4.11 (.77)
Relação de Trabalho	3.33 (.58)	5.00 (.00)	4.00 (1.00)	4.11 (.84)
Postura do(a) Psicoterapeuta	4.00 (.00)	5.00 (.00)	3.67 (.58)	4.22 (.69)
Total do Indicador	-	-	-	4.15 (.06)
<i>Participação nas Sessões</i>				
Comparecimento	4.00 (1.00)	4.00 (1.00)	5.00 (.00)	4.33 (.58)
Pontualidade	3.67 (.58)	4.33 (.58)	4.67 (.58)	4.22 (.51)
Auto-revelação	5.00 (.00)	5.00 (.00)	4.67 (.58)	4.89 (.19)
Total do Indicador	-	-	-	4.48 (.34)
<i>Resposta às Técnicas Empregadas</i>				
Compreensão das Técnicas Utilizadas	4.00 (1.00)	4.67 (.58)	4.00 (1.00)	4.22 (.38)
Vivência das Técnicas Utilizadas	3.67 (.58)	4.67 (.58)	3.67 (1.15)	4.00 (.58)
Total do Indicador	-	-	-	4.11 (.15)

A análise das médias para cada um dos indicadores revelou que elas foram próximas ao escore máximo possível na escala de cinco pontos (0 = *Totalmente ausente* à 5 = *Totalmente presente*). O indicador Participação nas Sessões foi o que obteve maior média ( $M = 4.48$ ,  $SD = .34$ ), seguido dos indicadores Aliança Terapêutica ( $M = 4.15$ ,  $SD = .06$ ), e Resposta às Técnicas Empregadas ( $M = 4.11$ ,  $SD = .15$ ).

A análise dos indicadores Estrutura, Objetivos e Tarefas de Casa foi realizada por meio do cálculo da porcentagem de concordância entre os três juízes. Optou-se por tal análise devido ao tipo de variável (categórica – “Sim”, “Parcialmente”, e “Não”) e da pouca variabilidade entre as avaliações – fato que pode estar relacionado ao reduzido número de casos avaliados (i.e., três). A porcentagem de concordância entre juízes para cada indicador em cada sessão foi calculada por meio do somatório do total de vezes em que houve concordância entre as avaliações, considerando o número máximo de vezes em que os juízes poderiam concordar. Neste estudo, o número máximo de vezes em que os

juízes poderiam concordar na avaliação de cada um dos três indicadores foi nove, pois se avaliou a aplicação da intervenção com três meninos. As porcentagens de concordância para cada sessão em cada um dos indicadores estão apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6

*Porcentagem de Concordância dos Três Indicadores Categóricos de Avaliação da Intervenção*

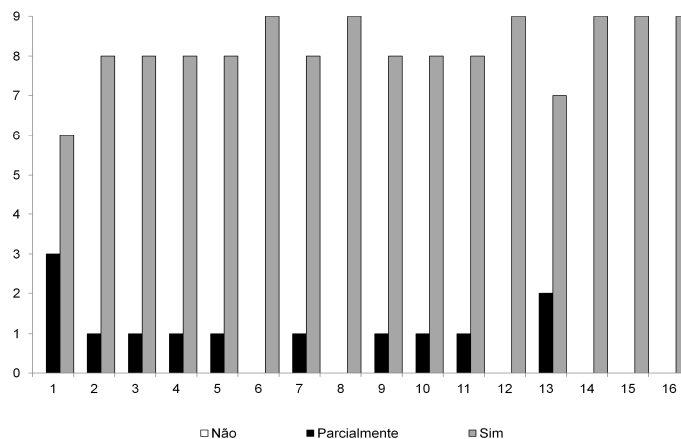
Indicador	Concordância em cada sessão (%)															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Estrutura	78	89	89	89	89	100	89	100	89	89	89	100	78	100	100	100
Objetivos	89	67	67	78	89	44	89	89	67	89	89	100	89	89	100	89
Tarefas de casa	-	-	-	-	44	78	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Ao se analisar a concordância para cada indicador, percebe-se que o indicador Estrutura, no qual foi avaliado se o(a) psicoterapeuta seguiu a estrutura de uma sessão cognitivo-comportamental, ou seja, iniciando com a verificação de fatos relevantes da semana e do humor do paciente, revisão da tarefa de casa (quando há tarefa), retomada da sessão anterior e realização de *feedback* foi o que obteve as maiores porcentagens, variando de 78% a 100% de concordância nas avaliações. Já o indicador Objetivos, no qual foi avaliado se ao final de cada sessão foi possível observar que os objetivos propostos de acordo com o modelo adaptado foram alcançados, obteve concordâncias entre 44% e 100%. O indicador Tarefas de Casa, no qual foi avaliado se as tarefas de casa propostas foram realizadas pelos participantes, obteve as menores porcentagens de concordância – de 44% a 78%.

Após analisar a porcentagem de concordância entre os juízes, buscou-se verificar se as avaliações dos juízes foram favoráveis (“Sim”, “Parcialmente”) ou desfavoráveis (“Não”) a cada indicador analisado. Tal análise foi realizada com o objetivo de complementar a análise das porcentagens de concordância por meio da construção de gráficos de frequência de respostas para cada sessão em cada indicador.

A análise do indicador Estrutura (Figura 1) revelou que todas as dezesseis sessões obtiveram número superior de avaliações “Sim”. Nas sessões seis, oito, 12, 14, 15 e 16 todas as avaliações para a aplicação do modelo adaptado nos três participantes foram “Sim”, ou seja, os três juízes concordaram plenamente (100%) que a estrutura foi seguida.

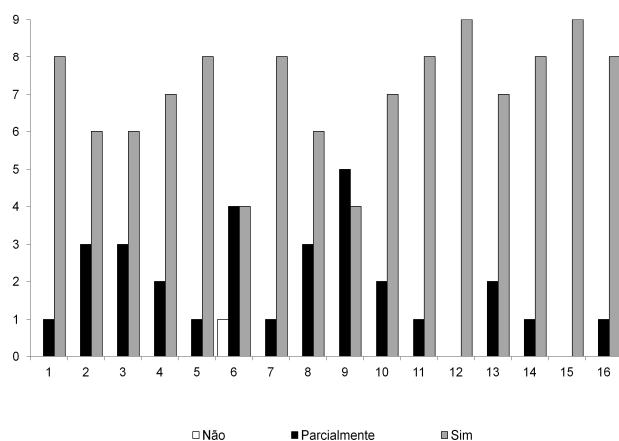
As sessões dois, três, quatro, cinco, sete, nove, 10 e 11 obtiveram respostas “Sim” e “Parcialmente”, com predomínio de respostas “Sim” (8) e 89% de concordância nessas avaliações. As sessões um e 13 também obtiveram respostas “Sim” e “Parcialmente”, com predomínio de respostas “Sim” (seis na sessão um e sete na sessão 13) e 78% de concordância nessas avaliações.



*Figura 1.* Frequência de Respostas do Indicador Categórico Estrutura

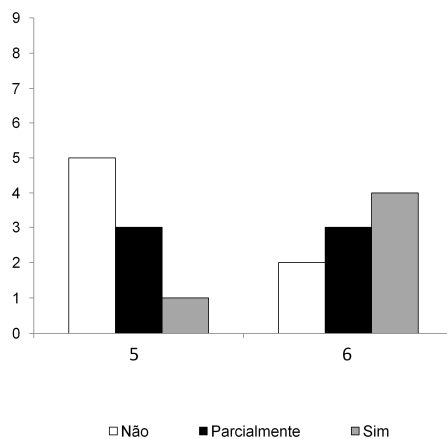
A análise do indicador Objetivos (Figura 2) revelou que somente as sessões seis e nove não obtiveram número superior de avaliações “Sim”. Na sessão seis, a porcentagem de concordância foi de 44%, com o mesmo número de respostas “Sim” e “Parcialmente” (4) e apenas uma resposta “Não”. Na sessão nove, a porcentagem de concordância foi de 67%, com predomínio de respostas “Não” (5) sobre as respostas “Sim” (4).

As sessões 12 e 15 obtiveram somente respostas “Sim”, ou seja, os três juízes concordaram plenamente (100%) que os objetivos foram alcançados. Em seguida, tem-se que as sessões um, cinco, sete, 11, 14 e 16 obtiveram oito respostas “Sim” e uma resposta “Parcialmente” cada uma, com porcentagem de concordância de 89%. As sessões quatro, 10 e 13 obtiveram sete respostas “Sim” e duas respostas “Parcialmente” cada uma. A porcentagem de concordância foi de 89% nas sessões 10 e 13; e de 78% na sessão quatro. Por fim, as sessões dois, três e oito foram as que obtiveram menores números de respostas “Sim”. Foram seis respostas “Sim” e três respostas “Parcialmente” para cada sessão, com porcentagens de concordância de 67% (sessão dois e três) e 89% (sessão oito).



*Figura 2.* Frequência de Respostas do Indicador Categórico Objetivos

A análise do indicador Tarefas de Casa (Figura 3) foi realizada somente para as sessões cinco e seis, pois somente essas possuíam tarefas de casa. Os resultados obtidos revelam que houve predomínio de respostas “Não” (5) na sessão cinco, além de respostas “Parcialmente” (3) e “Sim” (1). A porcentagem de concordância para as avaliações dessa sessão foram de 89%. Com relação à sessão seis, os resultados indicaram que houve predomínio de respostas “Sim” (4), seguido de respostas “Parcialmente” (3) e “Não” (2), com porcentagem de concordância de 44%.



*Figura 3.* Frequência de Respostas do Indicador Categórico Tarefas de Casa

## Discussão

### Avaliação Inicial e Final

Os escores obtidos pelos três participantes revelaram diferentes repostas à intervenção em relação aos sintomas psicopatológicos. Ao se comparar os escores nas avaliações inicial e final, tem-se que somente o número de sintomas de depressão e estresse foi menor para os três participantes. Os escores dos demais sintomas (ver Tabela 3) apresentaram variabilidade dentre os participantes. Tais resultados foram semelhantes àqueles encontrados no estudo de Grayston e De Luca (1995), no qual também se verificou que os efeitos da intervenção variaram consideravelmente de criança para criança. Em estudos com participação de meninos e de meninas, tais como de Cohen, Deblinger, Mannarino e Steer (2004), os resultados foram analisados em conjunto, por meio de testes estatísticos, não sendo possível analisar possíveis diferenças entre os participantes.

Diversos fatores podem ter influenciado a variabilidade nos escores sintomatológicos dos participantes A, B e C, dentre eles destaca-se a história de vida de cada menino (Grayston & De Luca, 1995). O participante B foi o que apresentou maior número de sintomas após a intervenção. Os escores de ansiedade (estado), TEPT (revivência e evitação), diferença em relação aos pares, credibilidade e confiança foram maiores na avaliação após a intervenção. Ao se analisar seu histórico, verifica-se que o menino foi vítima de VS, com episódios múltiplos, perpetrada pelo irmão, com quem possuía um vínculo muito próximo. O menino revelou a VS para sua mãe que, embora tenha dado credibilidade ao seu relato, não buscou auxílio da rede de proteção às crianças e adolescentes. Após a notificação da VS ao CT, seu irmão (participante A) foi encaminhado para acolhimento institucional, sendo que o participante B relatava constantemente sentir sua falta, além de possuir crenças de que poderia ser culpado pela atual situação. Tal dado também foi verificado em estudo de avaliação de processo do modelo de grupoterapia para meninas vítimas de VS (Habigzang, 2010). Por meio da análise clínica descritiva de duas participantes que obtiveram escores extremos na avaliação da redução sintomatológica foi verificado que a percepção de culpa pela responsabilização do agressor foi um dos aspectos que diferenciou a resposta à intervenção. A menina que obteve o escore extremo inferior, ou seja, que apresentou pior resposta à grupoterapia, possuía percepções de culpa pela prisão do agressor (seu pai). Além disso, essa menina revelou a situação à mãe que inicialmente não tomou nenhuma medida para protegê-la, reforçando a percepção de vulnerabilidade e auto-culpabilização pela violência.



Analisados em conjunto, esses fatores, podem ter influenciado a resposta do menino à intervenção, uma vez que a literatura indica que a duração, relacionamento com os autores da VS e reação dos cuidadores atuam como mediadores do impacto da VS para o desenvolvimento das vítimas (Araújo, 2002; Furniss, 1993; Kristensen, 1996; Sanderson, 2005).

Em contrapartida, o participante A foi o que apresentou o menor número de sintomas psicopatológicos na avaliação final. Apenas dois sintomas (ansiedade estado e credibilidade) tiveram aumento. A situação de acolhimento institucional do participante A durante a intervenção pode ter influenciado esse resultado. Em decorrência da VS que ele perpetrado contra o irmão, ele foi acolhido institucionalmente. Tratava-se de uma situação desconhecida para o adolescente, que teve de administrá-la durante o período da intervenção. Além disso, ele percebia que sua família extensa passou a evitá-lo após a ocorrência da VS contra o irmão (participante B). Tais fatores, aliados ao constante, porém necessário, monitoramento da rede de proteção podem ter mobilizado a ansiedade do adolescente, bem como ter influenciado em sua percepção de credibilidade. Supõe-se que o acréscimo nos sintomas de falta de credibilidade seja uma percepção realista do participante A, uma vez que era esperado uma diminuição na credibilidade dos outros em relação ao adolescente pelo fato de ter cometido um ato infracional.

Em relação ao participante C, os resultados obtidos nas avaliações indicaram aumento em três sintomas – revivência e evitação (TEPT) e credibilidade. O aumento dos sintomas de credibilidade indicou uma menor percepção de confiança das outras pessoas no menino, embora seus avôs tenham acreditado em seu relato acerca da VS e efetivado a denúncia. É possível que a ameaça feita pela mãe do agressor durante o período de finalização da intervenção possa ter influenciado este resultado. Em relação aos sintomas de TEPT, fatores vinculados à intervenção em si, tais como o número de sessões para utilização de técnicas de exposição gradual às memórias traumáticas, podem estar relacionados a estes aumentos.

Apesar das evidências consistentes acerca da efetividade de técnicas de exposição gradual às memórias traumáticas na redução de sintomas de TEPT, sabe-se que ela pode não beneficiar todas as crianças ou adolescentes devido à heterogeneidade na apresentação do TEPT nessas etapas do desenvolvimento (Bryant, 2000). Em alguns casos, devido à intensidade da ansiedade mobilizada com técnicas de exposição gradual às memórias traumáticas, pode ser necessário maior número de sessões. Essa é uma variável que ainda

requer estudos, uma vez que não há consenso sobre o número de sessões ideal para o tratamento de crianças e adolescentes com sintomas de TEPT (Cohen, 2003).

Na avaliação do modelo de grupoterapia para meninas vítimas de VS (Habigzang et al., 2009), houve redução significativa na quantidade de sintomas de TEPT nas três categorias avaliadas – revivência, evitação e hipervigilância. As técnicas de exposição gradual às memórias traumáticas foram citadas como contribuições significativas para a redução dos sintomas de revivência e evitação. Diante disso, percebe-se a diferença entre as respostas às técnicas de exposição gradual à memória traumática obtidas pelas meninas avaliadas no estudo de Habigzang et al. (2009) e os meninos participantes deste estudo. Embora a comparação desses estudos esteja limitada pelas diferenças entre as modalidades terapêuticas utilizadas (grupal x individual), seus resultados podem indicar que meninos vítimas de VS necessitam número maior de sessões destinadas ao trabalho com a memória traumática em um formato individual de tratamento. O relato de uma intervenção cognitivo-comportamental com um menino vítima de VS (nove anos) reforça essa hipótese. Durante a intervenção, o menino teve dificuldade em produzir narrativas sobre a memória traumática. O menino alegava que não se lembrava do ocorrido, embora apresentasse sintomas relacionados às lembranças, tais como arrepios, dores de barriga e vontade de chorar. Durante a utilização da técnica de exposição gradual à memória traumática foi necessário o investimento no vínculo terapêutico por meio da realização de sessões lúdicas e a utilização de recursos gráficos (desenhos) para a produção dos relatos sobre a memória da VS. Após isso, foi realizada a reestruturação da memória traumática e de crenças distorcidas e, por fim, o trabalho de prevenção à recaída. Ao final da intervenção, o menino relatou sentir-se mais feliz, menos culpado e com menos vergonha pela ocorrência da VS (Hohendorff, Bavaresco, Habigzang, & Koller, 2012).

Tendo em vista que as técnicas de exposição gradual às memórias traumáticas consistem na recordação e no relato acerca da VS, meninos vítimas podem se sentir constrangidos em fazê-lo. Sentimentos de vergonha e estigmatização relacionados a padrões de masculinidade baseados no estoicismo e independência masculinos (Pinto Junior, 2005; Sanderson, 2005; Weiss, 2010) e o temor referente à homossexualidade (Pires Filho, 2007) podem dificultar o relato de meninos vítimas. Diante disso, o aumento do número de sessões destinadas às técnicas de exposição gradual às memórias traumáticas se constitui em um aspecto a ser modificado no modelo adaptado para utilização com meninos vítimas no formato individual. Nestas sessões, poder-se-ia investir no preparo

para as técnicas de exposição gradual às memórias traumáticas por meio da abordagem dos sentimentos de vergonha, estigmatização e medo relacionados à VS.

Além de fatores vinculados a história de vida dos participantes e à intervenção, é necessário levar em consideração que o aumento no número de alguns sintomas após a intervenção pode estar vinculado a uma possível inibição destes sintomas no período pré-intervenção. Por meio de entrevistas com 26 homens vítimas de VS (idade média de 33,7 anos) na infância, foi identificado que os participantes tenderam a inibir o processo psicológico que comumente ocorre após a VS, ou seja, expressão de sentimentos, como tristeza, medo e abandono. Uma possível explicação para essa inibição reside no fato de que a vitimização masculina é percebida como antagônica aos estereótipos de masculinidade (i.e., ser forte, ativo, e estar no controle das situações). Diante disso, os participantes podem não ter demonstrado seus sofrimentos, uma vez que isso não condiz com o que se espera socialmente de um homem (Lisak, 1994).

A participação na intervenção pode ter propiciado um ambiente de acolhimento e aceitação no qual os meninos perceberam que poderiam expressar seus sofrimentos, permitindo-se experienciar o processo psicológico decorrente da VS. Diante disso, as intervenções psicoterapêuticas com meninos vítimas de VS talvez necessitem de um número maior de sessões, nas quais se busque sensibilizar os participantes para os sintomas que podem estar sendo inibidos e, após, trabalhar o seu manejo.

### **Aplicação do Modelo Adaptado**

Embora o modelo adaptado tenha partido de um protocolo de intervenção (Habigzang et al., 2009) ou seja, de um tratamento manualizado, sua aplicação neste estudo sofreu alterações em relação ao número de sessões realizadas. Não foi possível seguir rigorosamente o planejamento para cada sessão devido às demandas de cada participante. Somente o participante C concluiu a aplicação do modelo adaptado com o número de sessões previsto (16). Com os demais, foi necessário realizar sessões extras. Dessa forma, pode-se considerar que a intervenção utilizada foi modular, ou seja, inspirada em um tratamento manualizado, porém, com adaptações para cada caso (Petersen & Wainer, 2011).

A aplicação do modelo adaptado com o participante A foi focalizada também na situação de VS que ele perpetrou contra o irmão. Embora o modelo tenha sido adaptado para utilização com meninos vítimas de VS, a aplicação de suas técnicas foi conduzida tanto na perspectiva do adolescente como vítima quanto autor de VS. Tendo em vista que

meninos vítimas de VS tendem a apresentar sintomas externalizantes (Maniglio, 2009; Ullman & Filipas, 2005), dentre eles agressão e exacerbação da sexualidade (Pires Filho, 2007), a inclusão desses aspectos deve ser considerada no planejamento de intervenções psicológicas para essa população.

Além de trabalhar sob a perspectiva do participante A como autor de VS, foi necessário realizar sessões para discutir aspectos não contemplados pelo modelo adaptado. Foi realizada uma sessão na qual o adolescente levou o relato escrito de sonhos que teve durante a semana e que tinham relação com a VS que perpetrou contra o irmão. Além dessa, foi realizada uma sessão para discutir déficits em habilidades sociais e seu comportamento tabagista. Houve, ainda, a necessidade de desmembrar a sexta sessão do modelo adaptado em duas devido à abordagem de seu comportamento tabagista e de uma situação específica de seu cotidiano. Ele havia mencionado que se masturbou junto com os colegas de quarto no acolhimento e foi necessário esclarecer este fato a fim de verificar a ocorrência (ou não) de uma possível situação abusiva, o que não se confirmou. Além disso, o participante A não havia realizado a tarefa de casa (automonitoramento), sendo necessário realizá-la durante a sessão, demandando, assim, tempo extra.

O participante B não conseguiu finalizar a produção do livro “minha família antes e depois da revelação” (terceira sessão), pois a interrompeu diversas vezes para falar sobre o nascimento de filhotes de sua cadela. Além disso, ao discutir as mudanças na configuração familiar após a revelação foi necessário abordar novamente crenças de culpa que ele possuía pelas mudanças ocorridas. Na quarta sessão, durante o “jogo das emoções”, o menino novamente relatou sentir-se culpado pela ida do irmão (participante A) para o acolhimento institucional. A abordagem dessa crença demandou grande intervalo de tempo da sessão, fazendo com que a atividade de construção do autor da VS em massa de modelar e *role-play* fosse realizado em uma sessão extra.

Atualmente, discuti-se a importância da flexibilidade na aplicação de intervenções baseadas em manuais, ou seja, aquelas com roteiros e atividades pré-estabelecidas (American Psychological Association, 2002, 2005; Duarté-Vélez, Bernal, & Bonilla, 2010). Embora o modelo adaptado nesse estudo se trate de um modelo de intervenção com atividades pré-estabelecidas para cada sessão, coube aos psicoterapeutas estarem atentos ao processo de aplicação da intervenção e, se necessário, abrir espaço para demandas individuais dos pacientes. A prática da responsividade as demandas dos pacientes durante as intervenções psicológicas é citada como um importante fator relacionado à sua

efetividade, sendo a sua ausência indicada como um fator prejudicial à saúde dos pacientes (American Psychological Association, 2002).

Em relação à dificuldade que os participantes desse estudo tiveram em produzir narrativas sobre a memória traumática, cogita-se que sejam necessários ajustes na etapa de TIE. Com exceção do participante A, os meninos se mostraram resistentes a produzir relatos durante o TIE, justificando que haviam esquecido o ocorrido, que não gostavam da tarefa, era “*chata*” e “*ruim*”. Dentre os possíveis ajustes, destaca-se o aumento do número de sessões, visando a preparar os meninos para o relato da memória traumática. A abordagem de possíveis sentimentos e percepções relacionadas a padrões de masculinidade, medo e estigmatização referente à sexualidade (Pinto Junior, 2005; Pires Filho, 2007; Sanderson, 2005; Weiss, 2010) que podem influenciar a produção de narrativas sobre a VS devem ser prioridade nesta etapa da intervenção.

O formato de aplicação do modelo adaptado pode estar relacionado à dificuldade dos participantes em produzir narrativas sobre a memória traumática. A realização da intervenção no formato grupal oportunizaria o conhecimento de pares que também vivenciaram VS, o que pode resultar em diminuição de sentimentos de vergonha e estigmatização relacionados a padrões de masculinidade baseados no estoicismo e independência masculinos (Pinto Junior, 2005; Sanderson, 2005; Weiss, 2010). Dessa forma, o grupo pode agir como um atenuante da dificuldade que meninos vítimas têm em relatar a VS, além de oferecer apoio e oportunizar a aprendizagem de estratégias de enfrentamento. No entanto, estudos sobre intervenções psicológicas no formato grupal para meninos vítimas de VS são restritos (Grayston & De Luca, 1995), necessitando assim de mais pesquisas para que se possam obter evidências sobre a utilização desse formato.

O formato de grupoterapia também poderia potencializar as atividades realizadas durante a 11ª e 12ª sessões, oficina de educação sexual e de expressão corporal, respectivamente, uma vez que os participantes poderiam se sentir desinibidos para fazer perguntas e brincadeiras junto ao grupo de pares. Especificamente em relação à 11ª sessão, poderia se realizar uma atividade na qual os membros do grupo escrevessem suas dúvidas em tiras de papel que são lidas e discutidas pelo próprio grupo, tal como ocorre na grupoterapia com meninas vítimas de VS (Habigzang, 2010). Dessa forma, poderia se evitar a indução de dúvidas, tal como ocorreu com o participante B. Diante do relato do menino afirmando não ter nenhuma dúvida relacionada à sexualidade, a psicoterapeuta acabou perguntando se o menino sabia como os bebês eram gerados, abordando com o participante um assunto que, devido a seu estágio de desenvolvimento, ainda não o

despertava interesse. No formato grupal, a troca entre os membros poderia ter facilitado o surgimento de dúvidas, não necessitando da interferência do(a) psicoterapeuta.

No que concerne às tarefas de casa, verificou-se a pouca aderência dos participantes. Embora tenham afirmado que realizaram as tarefas, os participantes não as apresentaram na sessão nas quais foram solicitadas. Eles alegaram ter esquecido ou perdido os registros de automonitoramento. Diferentes aspectos podem estar relacionados a pouca aderência dos participantes às tarefas de casa.

Ao se aplicar a TCC com crianças e adolescentes, sabe-se que existem limitações inerentes ao trabalho com essa população. Dentre elas, o desenvolvimento cognitivo das crianças e a baixa motivação para realização de certas tarefas vinculadas ao tratamento podem ocorrer (Petersen & Wainer, 2011). O relato dos participantes A e B, que mencionaram ter achado a tarefa de casa “*meio complicado*” e “*chatinho*”, respectivamente, pode ser um indicador da dificuldade em realizar a tarefa, seja por baixa motivação e/ou ao seu desenvolvimento cognitivo.

Outro aspecto relacionado a pouca aderência dos participantes às tarefas de casa diz respeito ao contexto ambiental do paciente. Deve-se avaliar se os pais das crianças apóiam e auxiliam a execução da tarefa (Friedberg & McClure, 2004) ou se ocorrem obstáculos que interferem na sua realização. A falta de organização do paciente para o cumprimento da tarefa também deve ser levada em consideração (Beck, 2007). A presença de um obstáculo e a não organização pode ter interferido a realização da tarefa pelos participantes A e B, que relataram ter esquecido a tarefa em meio a um caderno e ter perdido seu registro em meio à “*bagunça*” de sua casa, respectivamente. Diante disso, os psicoterapeutas poderiam ter solicitado auxílio aos pais dos participantes para o cumprimento das tarefas. Além disso, a prescrição das tarefas pode não ter sido clara ou suficiente ou os psicoterapeutas podem não ter motivado os participantes para a sua realização, configurando-se assim, como variáveis relacionadas ao psicoterapeuta.

Pode-se supor, ainda, que a pouca aderência às tarefas de casa esteja relacionada à ocorrência do fenômeno de resistência. Ela se caracteriza como todo obstáculo ao progresso terapêutico ao mesmo tempo em que oferece informações sobre os pacientes e suas dificuldades (Newman, 2002). É considerada um fenômeno comum no processo psicoterápico (Falcone, 2011) e pode se apresentar de formas variadas, dentre elas, a não realização das tarefas de casa (Newman, 2002).

Embora os participantes não tenham aderido às tarefas de casa, este não foi um aspecto mencionado por eles na auto-avaliação realizada na 16ª sessão. Quando

questionados sobre aspectos que poderiam ter sido diferentes durante a intervenção, somente as atividades relacionadas à reestruturação da memória traumática foram citadas. Tal dado pode ser explicado parcialmente pela dificuldade que meninos vítimas possuem em falar sobre as situações de VS (Holmes & Slap, 1998; Sanderson, 2005).

Os relatos sobre os aspectos que os participantes mais gostaram em relação à intervenção contemplaram a ajuda recebida (participante A), as brincadeiras realizadas (participante B) e os vídeos utilizados (participantes B e C). Tais percepções indicam a adequação e boa adesão dos participantes a algumas sessões específicas do modelo. Os participantes foram colaborativos e aderiram às atividades das sessões (segunda e décima terceira) nas quais recursos audiovisuais foram utilizados, dentre eles o documentário *Superar – A violência sexual contra meninos* (Anexo H). Além disso, percebeu-se que as atividades da 12ª sessão (oficina de expressão corporal) foram vivenciadas com bom humor e descontração e que seus objetivos foram alcançados. Tal sessão se configurou como um desafio durante o processo de adaptação do modelo de intervenção, tendo em vista seu objetivo de trabalhar a diferenciação de toques abusivos e não-abusivos. No formato grupal, tal objetivo é alcançado por meio de brincadeiras entre as meninas participantes do grupo terapêutico (Habigzang, 2010). Porém, no formato individual, não era possível propor brincadeiras de toques entre pares tendo em vista a falta do grupo para realizá-las. Sendo assim, planejaram-se atividades de toque somente com o auxílio de um espelho e de perguntas sobre as percepções dos participantes acerca de sensações em seus corpos. A boa aceitação dessa sessão indica uma ferramenta adequada para o trabalho de expressão corporal em intervenções no formato individual.

Por fim, a análise da auto-avaliação feita pelos participantes na 16ª sessão revela ganhos diretos e indiretos com a intervenção. Os ganhos diretos foram relacionados ao aprendizado de estratégias de autoproteção (participante B) e a redução de culpabilização (participante C). Nesse sentido, ressalta-se a importância da etapa de prevenção à recaída como forma de prevenir futuras revitimizações por meio de estratégias de auto-proteção. Além disso, a redução da culpabilização indicada pelo participante C corroborou a redução no escore do instrumento CAPS (subescala sentimentos de culpa), que apresentou diminuição entre as avaliações inicial e final. Em relação aos ganhos indiretos, o participante A citou o maior autocontrole, contribuindo para a interrupção de seu comportamento tabagista e de faltar à escola, além de ter relatado que passou a pensar antes de agir. A percepção de maior autocontrole do participante A pode também ser vista como um possível fator preventivo, tendo em vista a relação existente entre

comportamentos de risco, tal como o de violentar sexualmente o irmão, e o descontrole de impulsos (Furniss, 1993) presente em autores de VS.

### **Avaliação da Aplicação do Modelo Adaptado**

A maior parte das situações de VS contra crianças e adolescentes ocorre no meio intrafamiliar (Habigzang, 2010; Sanderson, 2005), configurando-se assim, como uma situação na qual vínculos de confiança foram maculados. Devido a isso, a formação da aliança terapêutica, na qual se estabeleça um bom vínculo de confiança é considerada um desafio. Nesse sentido, o planejamento de intervenções deve contemplar a aliança terapêutica. Deve-se atentar para o estabelecimento do vínculo de confiança, a postura do psicoterapeuta – se é atento, ativo, bem humorado, empático -, e a relação de trabalho entre esse e o(a) paciente. As atividades programadas para cada sessão devem ser interessantes aos pacientes para que estes se engajem em sua execução, formando assim uma produtiva relação de trabalho.

Neste estudo, a média das avaliações dos subitens do indicador Aliança Terapêutica se aproximou do escore máximo possível na escala de cinco pontos (0= *Totalmente ausente* à 5= *Totalmente presente*) e obteve homogeneidade significativa. Isso indica que a aplicação do modelo contemplou o estabelecimento do vínculo de confiança e de uma relação de trabalho entre os pesquisadores e os participantes, além de uma adequada postura desses pesquisadores no papel de psicoterapeutas por meio da escuta empática, calor humano, atenção e intervenções efetivas (Petersen & Wainer, 2011).

A aliança terapêutica pode ser considerada como a base sobre a qual as intervenções se desenvolvem, colaborando com a adesão dos pacientes às atividades propostas. Além dos subitens do indicador Aliança Terapêutica, o subitem Autorrevelação do indicador Participação nas Sessões também apresentou homogeneidade entre as avaliações e média próxima ao escore máximo da escala.

Estes resultados, tomados em conjunto, podem indicar que a formação da aliança terapêutica contribuiu para que os participantes se auto-revelassem, ou seja, falassem sobre o problema (VS) e a respeito de assuntos particulares (Falcone, 2011). Mesmo diante da resistência inicial dos participantes B e C em construir narrativas sobre as situações de VS, estes a fizeram após explicação sobre a importância da realização dessa atividade, indicando uma boa aliança terapêutica.

Porém, os subitens Comparecimento e Pontualidade do indicador Participação nas sessões; e o indicador Resposta às Técnicas Empregadas não apresentaram homogeneidade



entre as avaliações, embora suas médias tenha sido próximas ao escore máximo da escala. Aspectos como atrasos e faltas dos participantes às sessões, embora por motivos involuntários (problemas de transporte, por exemplo) e a não realização das tarefas de casa e a recusa inicial dos participantes em realizar as atividades do TIE podem ter influenciado o resultado desses indicadores.

As intervenções cognitivo-comportamentais são caracterizadas por serem estruturadas (Beck, 1964; Ellis, 1962), sendo este considerado um aspecto essencial para sua efetividade. As sessões possuem uma estrutura básica, que é mantida ao longo da intervenção. Elas geralmente iniciam com a verificação de fatos relevantes da semana e do humor do paciente, revisão da tarefa de casa (quando há tarefa), retomada da sessão anterior e realização de *feedback* ao final (Petersen & Wainer, 2011). Além disso, cada sessão possui um foco, um objetivo a ser alcançado.

A análise do indicador Estrutura revelou que os pesquisadores seguiram a estrutura cognitivo-comportamental. Considera-se importante a manutenção da estrutura em intervenções com crianças e adolescentes, pois ela possibilita que os pacientes tenham certa estabilidade quanto aos acontecimentos das sessões (Petersen & Wainer, 2011).

Embora de forma menos consistente, a análise do indicador Objetivos revelou que, na maioria das 16 sessões, se alcançaram os objetivos previstos. Aspectos como a necessidade de desmembrar sessões, a resistência dos participantes em realizar as atividades do TIE e as tarefas de casa podem ter contribuído para que nem todas as sessões tenham atingido plenamente seus objetivos. Especificamente em relação ao indicador Tarefas de Casa, se percebeu grande variabilidade nas avaliações, possivelmente porque os participantes tenham justificado a não apresentação das tarefas quando necessário e as tenham realizado nas sessões.

Em suma, a avaliação da aplicação do modelo adaptado evidenciou sua adequação quanto ao indicador Aliança Terapêutica e o subitem Auto-revelação do indicador Participação nas Sessões, além dos indicadores Estrutura e Objetivos. Em contrapartida, a análise do indicador Tarefas de Casa indicou a necessidade de reformulações quanto a este conteúdo da intervenção.

### **Considerações Finais**

O objetivo deste estudo foi o de adaptar e avaliar um modelo de intervenção cognitivo-comportamental para meninos vítimas de Violência Sexual (VS). Dessa forma, constitui-se de uma investigação acerca de duas áreas: psicoterapia baseada em evidências

e VS contra crianças e adolescentes. Especificamente em relação à VS contra crianças e adolescentes, destaca-se a importância de se investigar sua ocorrência e alternativas de tratamento para vítimas masculinas, tendo em vista a escassez de estudos sobre essa temática.

Os principais resultados indicaram diferentes respostas dos três participantes à aplicação da intervenção, bem como a influência de fatores intervenientes semelhantes aos encontrados no estudo de Grayston e De Luca (1995). Fatores relacionados à história de vida de cada participante e ao próprio modelo adaptado podem ter influenciado estes resultados. Em contrapartida, houve redução sintomatológica dos três participantes em relação à depressão e estresse, bem como a percepção de ganhos obtidos com a intervenção - maior autocontrole, menor auto-culpabilização e aumento no repertório de estratégias protetivas. Além disso, destaca-se a adesão satisfatória dos participantes à intervenção (nenhum deles desistiu), mesmo diante da dificuldade que eles possuíam em relatar suas experiências traumáticas.

Embora os resultados dos instrumentos utilizados durante as avaliações dos participantes revelem informações importantes sobre a adequação do modelo adaptado, as impressões subjetivas dos psicoterapeutas e os registros clínicos qualitativos realizados revelaram melhoras que estes podem não ter mensurado. Ao longo da intervenção, os participantes passaram a ser mais comunicativos e confiantes, além de demonstrar melhor manejo de sentimentos relacionados à VS, principalmente a culpa pela sua ocorrência. Aliado a isso, os cuidadores relatavam que percebiam mudanças no humor dos participantes, percebendo-os mais alegres, além de os perceberem mais comunicativos e cooperativos em seus lares. Tais percepções também foram discutidas no estudo de Grayston e De Luca (1995) indicando a possibilidade de utilização da avaliação dos psicoterapeutas como mais um critério para a avaliação de intervenções.

Referente à aplicação do modelo adaptado, os resultados indicaram o estabelecimento de uma boa aliança terapêutica entre os pesquisadores e participantes, o que pode ter contribuído para que os meninos compartilhassem seu problema (VS) e assuntos particulares (auto-revelação). Além disso, a estrutura das sessões foi respeitada e, em sua maioria, seus objetivos foram alcançados. No entanto, é necessário reformular a etapa de TIE e as tarefas de casa, uma vez que os participantes não aderiram a elas.

Esses resultados se constituem como evidências iniciais da adequação do modelo adaptado para o tratamento dos participantes do estudo. No entanto, é necessário continuar investigando tal modelo tendo em vista as limitações deste estudo, como por exemplo, a

utilização do instrumento para a avaliação de transtornos externalizantes (Sheehan, Shytle, Milo, & Janavs, 2009). Além de se configurar como um instrumento de auto-relato, o método de tradução desse instrumento incluiu apenas a tradução direta do idioma de origem para o português brasileiro, sem a realização de uma retrotradução. Além disso, não houve um estudo piloto para verificar a adequação do instrumento. Em futuras aplicações do modelo adaptado será necessário, então, incluir um instrumento que possua evidências de validade para a população brasileira. Além disso, foi necessário incluir um participante (A) com histórico de autoria de VS, além da vitimização, o que pode ter enviesado os resultados. Porém, este aspecto pode ser considerado, também, como uma implicação deste estudo para futuras pesquisas, uma vez que ao se planejar e avaliar intervenções para meninos vítimas de VS se deve cogitar a possibilidade de que vítimas encaminhadas para tratamento possam ter histórico de autoria de VS.

Por fim, a escassez de pesquisas nacionais prévias sobre intervenções psicológicas para meninos vítimas de VS se constituiu como um desafio. A consulta aos resultados de pesquisas já realizadas poderia nortear a condução deste estudo e propiciar demais dados para discussão de seus resultados, fazendo avançar o conhecimento sobre a temática. Apesar disso, os resultados obtidos podem contribuir com a prática de profissionais da rede de proteção e de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de VS, tendo em vista a percepção de falta de preparo técnico que estes possuem em relação ao atendimento dessa população (Conselho Federal de Psicologia, 2009). Além disso, este estudo tem o potencial de contribuir para a condução de novas pesquisas sobre intervenções para meninos vítimas de VS.

### Referências

- Alaggia, R. (2005). Disclosing the trauma of child sexual abuse: A gender analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 10, 453–470. doi: 10.1080/15325020500193895
- American Psychiatry Association. (2002). DSM-IV-TR, *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4a ed. revisada). (C. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- American Psychological Association (2002). *Criteria for evaluating treatment guidelines*. *American Psychologist*, 57(12), 1052-1059. doi: 10.1037//0003-066X.57.12.1052
- American Psychological Association (2005). *Policy statement on evidence-based practice in Psychology*. American Psychological Association Statement on Evidence-Based Practice in Psychology.

- Araújo, M. F. (2002). Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*, 7, 3-11.
- Atena Produções. (Produtora). (2005). *Canto de cicatriz* [DVD]. Porto Alegre: Atena Produções.
- Beck, A. T.; Ward, C. H.; Mendelson, M.; Mock, J., & Erbaugh, G. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 53-63.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression II: Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10(6), 561-571.
- Beck, J. S. (2007). Desafios na solução de problemas e tarefas. In: J. S. Beck, *Terapia cognitiva para desafios clínicos: O que fazer quando o básico não funciona* (pp. 183-215). Porto Alegre: Artmed.
- Biaggio, A., & Spielberger, C. D. (1983). *Inventário de ansiedade traço-estado-Idate-C Manual*. Rio de Janeiro: CEPA.
- Brasil (1990). Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Brasília, DF.
- Bryant, R. A. (2000). Cognitive behavioral therapy of violence-related posttraumatic stress disorder. *Aggression and Violent Behavior*, 5(1), 79-97. doi: 10.1016/S1359-1789(98)00021-4
- Centro de Criação de Imagem Popular (2000). *Estatuto do futuro* [DVD]. Porto Alegre: Artmed.
- Cohen, J. A. (2003). Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. *Society of Biological Psychiatry*, 53, 827-833. doi: 10.1016/S0006-3223(02)01868-1
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402. doi: 10.1097/01.chi.0000111364.941169.f9
- Conselho Federal de Psicologia (2009). *Serviço de proteção social a crianças e adolescentes vítimas de violência, abuso e exploração sexual e suas famílias: referências para a atuação do psicólogo*. Brasília: DF.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). *Resolução 016/2000*. Brasília, DF.
- Conselho Nacional de Saúde (1996). *Resolução 196/1996*. Brasília, DF.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da Versão em Português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- 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.
- Dobson, D. & Dobson, K. S. (2010). *A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências*. (V. D. Figueira, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Duarte-Vélez, Y., Bernal, G., & Bonilla, K. (2010). Culturally adapted cognitive-behavioral therapy: Integrating sexual, spiritual, and family identities in an evidence-based treatment of a depressed latino adolescent. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 66(8), 895-906. doi: 10.1002/jclp.20710
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Falcone, E. M. O. (2011). Relação terapêutica como ingrediente ativo de mudança. In B. Rangé (Ed.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 145-154). Porto Alegre: Artmed.
- Fleiss, J. L., & Shrout, P. E. (1978). Approximate interval estimation for a certain intraclass coefficient. *Psychometrika*, 43, 259-262. doi: 10.1007/BF02293867
- Friedberg, R. D. & McClure, J. M. (2004). Tarefa de casa. In R. D. Friedberg & J. M. McClure (Eds.), *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes* (pp. 135-143). (C. Monteiro, Trad). Porto Alegre: Artmed.
- Furniss, T. (1993). *Abuso sexual da criança: Uma abordagem multidisciplinar*. (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- 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.
- Grayston, A. D. & De Luca, R. (1995). Group therapy for boys who have experienced sexual abuse: Is it the treatment of choice? *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 5(2), 57-82. doi: 10.1007/BF02548959
- Guerreiro, D. F., Navarro, R., Mendes, R., & Sampaio, D. (2009). *Entrevista neuropsiquiátrica internacional MINI para crianças e adolescentes – Versão Portuguesa 6.0*. Lisboa: Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital de Santa Maria
- Habigzang, L. F. (2006). *Avaliação e intervenção clínica para meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7145/000539806.pdf?sequence=1>.

- Habigzang, L. F. (2010). *Avaliação de impacto e processo de um modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual* (Tese de Doutorado). Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/21429/000737671.pdf?sequence=1>.
- Habigzang, L. F., Dala Corte, F., Stroehrer, F., Hatzenberger, R., & Koller, S. H. (2008). Avaliação de um modelo de intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 24, 67-76.
- Habigzang, L. F., Damásio, B. F., Hohendorff, J. V., & Koller, S. H. (2011). Intersections between scientific research and public policies for sexual abuse. *Supplement to International Journal of Behavioural Development Bulletin*, 35(6), 15-18.
- Habigzang, L. F., Hatzenberger, R., Dala Corte, F., Stroehrer, F., & Koller, S. H. (2006). Grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual: Descrição de um modelo de intervenção. *Psicologia Clínica*, 18(2), 163-182. doi: 10.1590/S0103-56652006000200012
- Habigzang, L. F., Stroehrer, F. H., Hatzenberger, R., Cunha, R. C., Ramos, M. S., & Koller, S. H. (2009). Grupoterapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 70-78.
- Hetzel-Riggin, M., Brausch, A. M., & Montgomery, B. S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse & Neglect*, 31, 125-141. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.10.007
- Hohendorff, J. V., Bavaresco, P. D., Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (2012). Abuso sexual contra meninos: uma revisão. In L. F. Habigzang & S. H. Koller (Eds.), *Violência contra crianças e adolescentes: Teoria, pesquisa e prática* (pp. 105-122). Porto Alegre: Artmed.
- Hohendorff, J. V., Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (no prelo). Violência sexual contra meninos: Dados epidemiológicos, características e consequências. *Psicologia USP*.
- Holmes, W. C. & Slap G. B. (1998). Sexual abuse of boys: Definition, prevalence, correlates, sequelae and management. *Journal of American Medical Association*, 180, 1855-1862. doi: 10.1001/jama.280.21.1855
- 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).

- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Kristensen, C. H. (1996). *Abuso sexual em meninos* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1432/000177073.pdf?sequence=1>.
- Lipp, M. E., & Lucarelli, M. D. M. (1998). *Escala de Stress Infantil – ESI: Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lisak, D. (1994). The psychological impact of sexual abuse: Content analysis of interviews with male survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 7(4), 525-548. doi: 10.1002/jts.2490070403
- Lucânia, E. L., Valério, N. I., Barison, S. Z. P., & Miyazaki, M. C. O. S. (2009). Intervenção cognitivo-comportamental em violência sexual: Estudo de caso. *Psicologia em Estudo*, 14(4), 817-826. doi: 10.1590/S1413-73722009000400022
- Maikovich-Fong, A. K. & Jaffee, S. R. (2010). Sex differences in childhood sexual abuse characteristics and victims' emotional and behavioral problems: Findings from a national sample of youth. *Child Abuse & Neglect*, 34, 429-437. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.10.006
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29, 647-657. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.003
- 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. doi: 10.1207/s15374424jccp2302\_9
- McGraw, K. O., & Wong, S. P. (1996). Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. *Psychological Methods*, 1(1), 30-46. doi: 10.1037/1082-989X.1.1.30
- Newman, C. F. (2002). A cognitive perspective on resistance in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology /In Session: Psychotherapy in Practice*, 58(2), 165-174.
- O'Leary, P. J. O. (2009). Men who were sexually abused in childhood: Coping strategies and comparisons in psychological functioning. *Child Abuse & Neglect*, 33, 471-479. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.02.004
- Petersen, C. S. & Wainer, R. (2011). Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental de crianças e adolescentes. In C. S. Petersen & R. Wainer (Eds.), *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: Ciência e arte* (pp. 16-31). Porto Alegre: Artmed.

- Peucker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: Uma revisão. *Psicologia em Estudo, 14*(3), 439-445. doi: 10.1590/S1413-73722009000300004
- Pinto Junior, A. A. (2005). *Violência sexual doméstica contra meninos: Um estudo fenomenológico*. São Paulo: Vetor.
- Pires Filho, M. F. (2007). *Violência intrafamiliar: A compreensão de psicólogos que atendem em instituições crianças do sexo masculino, vítimas de abuso sexual* (Dissertação de mestrado). Recuperado de [http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=179849](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=179849).
- Romano, E., & De Luca, R. V. (2006). Evaluation of a treatment program for sexually abused adult males. *Journal of Family Violence, 21*(1), 75-88. doi: 10.1007/s10896-005-9006-y
- Sanderson, C. (2005). *Abuso sexual em crianças: Fortalecendo pais e professores para proteger crianças contra abusos sexuais e pedofilia*. (F. de Oliveira, Trad). São Paulo: M. Books do Brasil.
- Sheehan, D., Shytle, D., Milo, K., & Janavs, J. (2009). *Entrevista neuropsiquiátrica internacional MINI para crianças e adolescentes*. Tampa: University of South Florida College of Medicine.
- Tetley, A., Jinks, M., Huband, N., & Howells, K. (2011). A systematic review of measures of therapeutic engagement in psychosocial and psychological treatment. *Journal of Clinical Psychology, 67*(9), 927-941. doi: 10.1002/jclp.20811
- The Metropolitan Toronto Special Committee on Child Abuse (1995). *Child Sexual Abuse Protocol* (3a. ed.). Toronto: Author.
- 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.
- Weiss, K. G. (2010). Male sexual victimization: Examining men's experiences of rape and sexual assault. *Men and Masculinities, 12*(3), 275-298. doi: 10.1177/1097184X08322632
- World Health Organization (1999). Child Maltreatment. Recuperado de [http://www.who.int/topics/child\\_abuse/en/](http://www.who.int/topics/child_abuse/en/), acessado em novembro de 2009.
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. (D. Grassi, Trad.). Porto Alegre: Bookman. (Original publicado em 2003).



## **CAPÍTULO VI**

### **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

O objetivo deste capítulo é apresentar conjuntamente os principais resultados advindos dos artigos e capítulo de livro que integram a dissertação, bem como discuti-los. As limitações e implicações da dissertação para futuras pesquisas na área também são abordadas.

O conjunto de estudos que constitui essa dissertação visou a adaptar e avaliar uma intervenção cognitivo-comportamental para meninos vítimas de Violência Sexual (VS). Foram produzidos três artigos e um capítulo de livro que, em conjunto, descreveram o percurso metodológico da realização dessa dissertação.

Por meio do ensaio teórico “Violência sexual contra meninos: Dados epidemiológicos, características e consequências” (Capítulo II) foi possível conhecer parte da literatura existente sobre meninos vítimas de VS, contribuindo para o processo de adaptação do modelo de intervenção cognitivo-comportamental. O conhecimento de aspectos como a menor notificação de casos de VS contra meninos em nosso país, bem como a dificuldade das vítimas em relatar a VS devido a estereótipos sociais de masculinidade, vergonha e receio quanto a sua sexualidade foi essencial no processo de adaptação do modelo. Ademais, esse ensaio teórico teve o intuito de contribuir com a produção de conhecimento sobre VS contra meninos, sendo este um tema de abordagem restrita na literatura nacional.

O processo de adaptação do modelo constituiu-se em um desafio para os pesquisadores envolvidos, tendo em vista que não foram encontrados parâmetros teóricos para sua realização. Diante disso, foi necessário desenvolver um método para essa adaptação, o qual foi descrito detalhadamente em um capítulo de livro submetido (Capítulo III). Esse método se assemelhou a adaptação de instrumentos de pesquisa e consistiu em cinco etapas: 1) reunião com a equipe responsável pela aplicação da intervenção psicológica utilizada com meninas; 2) reunião com um psicólogo que possuía experiência na condução de pesquisas com meninos vítimas de violência sexual; 3) confirmação, com base na literatura científica, das adaptações propostas nas etapas anteriores; 4) nova reunião com a equipe responsável pela aplicação da intervenção psicológica utilizada com meninas para discussão final das adaptações; 5) realização de um estudo piloto com um menino vítima de violência sexual, no qual se buscou verificar, na prática, a adequação das adaptações propostas. Esse método de adaptação da intervenção pode ser considerado

como uma contribuição para futuros estudos sobre planejamento de intervenções psicoterápicas.

Durante o processo de adaptação do modelo percebeu-se a necessidade de um vídeo sobre VS contra meninos para ser utilizado na aplicação do modelo adaptado. No processo de busca por tal vídeo não foi identificada nenhuma produção que atendesse aos objetivos da utilização com meninos vítimas de VS durante a intervenção. Dessa forma, optou-se pela produção e utilização do documentário *Superar – a violência sexual contra meninos* (Anexo H) foi descrita em um artigo no formato de relato de experiência (Capítulo IV). Os conhecimentos adquiridos por meio da literatura utilizada no ensaio teórico produzido, bem como a definição do modelo adaptado serviram de bases para a produção do documentário. O artigo advindo da produção do documentário pode ser utilizado como fonte de consulta e embasamento por pesquisadores, psicólogos, e demais profissionais de áreas afins que objetivem produzir documentários e utilizá-los em seus estudos ou práticas de intervenção. Além disso, a avaliação realizada por profissionais (pesquisadores, psicólogos, juiz) acerca do documentário e o resultado satisfatório de sua utilização com meninos vítimas de VS em psicoterapia indicam a adequação desse material como um recurso facilitador para o processo psicoterapêutico. Este documentário pode ser empregado, ainda, para sensibilizar profissionais e a sociedade em geral acerca da VS contra meninos. Devido a isso, o documentário foi enviado para a editora Casa do Psicólogo, que se mostrou interessada em reproduzi-lo para distribuição gratuita para Conselhos Tutelares (CT), Centros de Referência de Assistência Social (CREAS) e escolas.

A aplicação do modelo adaptado em três meninos vítimas de VS foi o foco de um artigo empírico (Capítulo V). Este apresentou os resultados do estudo conforme as avaliações de sintomas de depressão, estresse, ansiedade, Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), atribuições e percepções relacionadas à VS, dependência e abuso de substâncias, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno de conduta e transtorno desafiador-opositivo dos participantes antes e após a intervenção. Além disso, juízes independentes avaliaram a adequação da aplicação da intervenção por meio de seis indicadores – Aliança Terapêutica, Participação nas Sessões, Resposta às Técnicas Empregadas, Estrutura, Objetivos e Tarefas de Casa.

A realização de estudo de casos múltiplos (Yin, 2005/2003) permitiu a avaliação de processo da intervenção adaptada, sendo esse o objetivo do estudo. Ao se delinear uma pesquisa é necessário estar atento à adequação do método ao objetivo e aos participantes.

O objetivo de adaptar e avaliar um modelo de intervenção determinou o delineamento utilizado, já que era necessário verificar a adequação desse modelo antes de aplicá-lo em maior número de meninos. Sendo assim, o estudo de casos múltiplos (Yin, 2005/2003) configurou-se como o delineamento ideal diante do objetivo proposto, possibilitando a análise dos processos terapêuticos e das respostas dos meninos à intervenção proposta. A avaliação do modelo adaptado pode ser comparada a etapa de realização de estudo piloto em pesquisas de adaptação de instrumentos de pesquisa, nas quais se testa a adequação do instrumento antes de aplicá-lo em larga escala. As evidências de adequação do modelo resultantes desta dissertação permitirão realizar ajustes para a realização de futuro ensaio clínico, com número maior de participantes, para avaliação de efetividade da intervenção. Dentre os ajustes, tem-se o maior número de sessões na etapa de Treino de Inoculação do Estresse (TIE).

Em relação aos participantes, a literatura nacional (Habigzang, Koller, Azevedo, & Machado, 2005; Lucânia, Miyazaki, & Domingos, 2008; Pelisoli, Pires, Almeida, & Dell'Aglio, 2010, dentre outros) evidencia índices menores de notificações de VS contra meninos em comparação aos casos contra meninas. Durante o planejamento deste estudo, tal dado foi considerado, optando-se pelo método de estudo de casos múltiplos (Yin, 2005/2003). Sendo assim, o pequeno número de casos encaminhados para tratamento durante a execução do estudo confirmou a dificuldade prevista para acesso aos participantes, certificando a adequação do delineamento e método escolhidos.

Atualmente não se tem explicações definitivas para os baixos índices de notificações de casos de VS contra meninos, sendo que algumas hipóteses podem ser levantadas. Embora os dados epidemiológicos descritos no ensaio teórico desta dissertação (Capítulo II) indiquem menor notificação de casos de VS contra meninos quando comparados aos casos de meninas vítimas, um estudo realizado no Brasil com população não-clínica indicou menor diferença entre casos com meninas e meninos vítimas (Polanczyc, Zavaschi, Benetti, Zenker, & Gammerman, 2003). Diante disso, não é possível afirmar que a VS contra meninos ocorre em menor número quando comparada a VS contra meninas.

A diferença entre estudos com casos notificados e estudo com a população geral sugere um panorama de subnotificação de casos de VS contra meninos. A subnotificação pode ser explicada pela dificuldade que meninos possuem em relatar a VS, bem como pela reduzida qualificação dos profissionais da rede em identificar e notificar os casos de VS contra crianças e adolescentes (Habigzang, Koller, Machado, & Azevedo, 2006). A

realização de estudos futuros com populações não-clínicas brasileiras por meio de questionários que investiguem histórico de VS fornecerá dados que auxiliarão no entendimento da VS contra meninos e conhecimento da prevalência de tal forma de violência.

Mesmo em menor número, os casos notificados de meninos vítimas de VS necessitam de encaminhamento para acompanhamento psicológico diante das consequências que essa experiência repercute. Neste estudo, os casos foram encaminhados pelo CT, apontado como o principal órgão da rede de atendimento procurada para a realização da notificação de VS, segundo pesquisa realizada por meio da análise de 71 processos jurídicos de casos denunciados de VS do Ministério Público do Rio Grande do Sul no período entre 1992 e 1998 (Habigzang et al., 2006). Em relação ao encaminhamento para acompanhamento psicológico, a análise dos processos jurídicos revelou que isso ocorreu em apenas 32,4% dos casos. Em um estudo com meninas vítimas de VS foi constatado que a maioria não é encaminhada para atendimento psicológico imediatamente após a denúncia. De um total de 40 participantes, apenas 25% recebeu atendimento na rede pública até um mês após a revelação, sendo que 55% aguardaram entre um e seis meses e 20% mais de seis meses (Habigzang, Ramos, & Koller, 2011). Tendo em vista que a passagem do tempo pode não contribuir para redução sintomatológica (Habigzang, 2010), tais dados certificam a necessidade de intervenções efetivas.

O baixo índice de encaminhamentos para acompanhamento psicológico pode estar relacionado a diferentes fatores. No estudo de Habigzang et al. (2006), o envolvimento familiar apareceu como o principal fator relacionado a efetividade dos encaminhamentos do CT. Nos casos em que a família esteve envolvida os encaminhamentos foram cumpridos, tendo em vista que crianças e adolescentes dependem de seus cuidadores para serem conduzidas aos serviços especializados. Em relação à rede de atendimento como um todo, fatores como a (falta de) articulação entre profissionais e serviços da rede que a compõe, o acompanhamento do cumprimento das medidas adotadas, bem como a capacitação profissional também foram verificados (Habigzang et al., 2006).

A conduta dos profissionais que compõe a rede de proteção e de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de VS, também suscita questões acerca de casos de VS contra meninos. Tendo em vista a pouca visibilidade social que a VS contra meninos possui (Holmes, Offen, & Waller, 1997), questiona-se se os profissionais estariam atentos para a sua ocorrência, além de considerar tal hipótese em suas avaliações. Além disso, o número restrito de encaminhamentos de meninos vítimas de VS para atendimento

psicológico pode estar atrelado a estereótipos de masculinidade baseados na premissa de que homens devem lidar com seus sentimentos sem necessitar de auxílio, demonstrando força para superar os próprios problemas. Essas são questões para futuras pesquisas que podem auxiliar no esclarecimento acerca do menor número de casos notificados de meninos vítimas de VS. Entrevistas com profissionais que compõem a rede de proteção e de atendimento poderiam fornecer informações sobre as percepções e condutas desses perante a VS contra meninos.

Em relação à avaliação da aplicação do modelo adaptado, os resultados alcançados evidenciaram a importância da aliança terapêutica para a auto-revelação dos participantes, além da variabilidade na resposta dos participantes à intervenção, com redução no número de alguns sintomas (depressão e estresse) comumente presentes em vítimas de VS. Tal variabilidade pode ser explicada pelas diferenças no histórico de VS de cada participante, acarretando em diferentes respostas após sua ocorrência. A VS é considerada como um estressor generalizado, sendo que as vítimas tendem a apresentar problemas em áreas nas quais apresentam maior propensão (Williams, 2002). Nesse sentido, a violência é considerada a partir do contexto no qual as vítimas estão inseridas, levando em consideração seu momento de vida, suas experiências e características pessoais, além de seus processos psicológicos. Condições pessoais de auto-eficácia, inteligência e saúde mental, bem como o grau de coesão ou conflitos e da estrutura e funcionamento das redes de apoio social e afetiva podem influenciar na ocorrência e consequências de atos violentos (Koller & De Antoni, 2004). Sendo assim, não parece haver uma síndrome que seja característica em vítimas de VS. Diante da variabilidade de consequências, o tratamento de vítimas de VS torna-se um desafio.

A variabilidade na resposta dos participantes à intervenção também pode ser analisada a partir do modelo adaptado. Atualmente, há um consenso quanto aos aspectos centrais que devem ser incluídos em uma intervenção com vítimas de VS, tais como estratégias para identificação e regulação das emoções, manejo da ansiedade e percepções distorcidas, bem como estratégias de resolução de problemas (World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006). A inclusão desses aspectos implica no trabalho com a memória traumática, sendo que os estudos de avaliação de tratamentos para vítimas de VS, que incluíram a construção gradual de narrativas sobre o evento traumático obtiveram resultados satisfatórios na redução de sintomas de ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático e depressão (Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004; Cohen, Mannarino, & Knudsen, 2005; Habigzang,

Hatzenberger, Dala Corte, Stroehrer, & Koller, 2006; Habigzang, Stroehrer, Hatzenberger, & Koller, 2008; Habigzang, Stroehrer, Hatzenberger, Cunha, & Koller, 2009).

Especificamente em relação à avaliação do modelo de intervenção com meninas vítimas de VS (Habigzang et al., 2009), adaptado para utilização com meninos, os resultados obtidos evidenciaram a adequabilidade do TIE, demonstrada pela redução significativa na quantidade de sintomas de TEPT nas três categorias avaliadas – revivência, evitação e hipervigilância. As técnicas de exposição gradual às memórias traumáticas foram citadas como contribuições significativas para a redução dos sintomas de revivência e evitação. Dessa forma, a dificuldade dos participantes deste estudo em relatar a memória traumática durante o TIE sinaliza a necessidade de ajustes nessa etapa do modelo adaptado, sendo que uma possibilidade é o aumento do número de sessões. Esse aumento visaria a preparar os meninos para o relato da memória traumática abordando possíveis sentimentos e percepções relacionados a padrões de masculinidade medo e estigmatização referente à sexualidade (Pinto Junior, 2005; Pires Filho, 2007; Sanderson, 2005; Weiss, 2010) que podem influenciar a produção de narrativas sobre a VS.

O formato da aplicação do modelo adaptado também pode ter contribuído para a dificuldade dos participantes em produzir narrativas sobre suas memórias traumáticas. A realização de uma intervenção no formato grupal oportunizaria que meninos vítimas de VS conhecessem pares que também vivenciaram VS, o que poderia resultar em diminuição dos sentimentos de vergonha e estigmatização e, conseqüentemente, como atenuante da dificuldade em relatar a VS. Ademais, a tendência dos participantes em aderir ao movimento do grupo poderia facilitar a produção de narrativas sobre as memórias traumáticas. Participantes do grupo que conseguem produzir essas narrativas podem servir como modelos para aqueles com maiores dificuldades, facilitando assim, a realização da técnica. No entanto, estudos sobre intervenções psicológicas no formato grupal para meninos vítimas de VS são restritos (Grayston & De Luca, 1995), necessitando assim de mais pesquisas para que se possam obter evidências sobre a utilização desse formato.

Percebeu-se, ainda, que a estrutura e os objetivos da maioria das sessões foram contemplados. Especificamente, o documentário *Superar – a violência sexual contra meninos* se configurou como um importante dispositivo para que os objetivos da segunda sessão fossem alcançados, sendo que o mesmo ocorreu durante a 13ª sessão, com a utilização do vídeo *Estatuto do Futuro* (Centro de Criação de Imagem Popular, 2000). Ademais, a 12ª sessão (oficina de expressão corporal) teve boa adesão dos meninos, que relataram terem gostado da realização das atividades previstas. Em contrapartida, houve

pouca aderência dos participantes às tarefas de casa, indicando a necessidade de reformulações quanto a este aspecto. A inclusão dos pais dos meninos como auxiliares na realização das tarefas de casa pode ser considerada como uma alternativa. Os participantes desse estudo relataram ter perdido seus automonitoramentos ou ter esquecido em casa, sendo que o envolvimento dos pais poderia auxiliar os meninos na organização das tarefas de casa.

Os resultados alcançados com o estudo empírico sobre a adaptação e avaliação do modelo (Capítulo V) indicam adequação do modelo adaptado para tratamento de meninos vítimas de VS no formato individual. Nesse sentido, essa dissertação soma-se ao movimento da psicoterapia baseada em evidências. Tal movimento está alicerçado na necessidade de que os componentes de tratamentos sejam baseados em pesquisas prévias (Kendall & Beidas, 2007) e possuam demonstrações de que são necessários e efetivos (Peuker, Habigzang, Koller, & Araujo, 2009). A intervenção adaptada nesta dissertação partiu de um modelo avaliado previamente e com resultados satisfatórios (Habigzang et al., 2006, 2008, 2009) e que possui elementos considerados centrais para tratamento de vítimas de VS (World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006). Além disso, a necessidade do estudo de intervenções para meninos vítimas de VS é evidente devido às consequências de curto e longo prazo que podem ocorrer, tais como dificuldades de aprendizagem, problemas escolares, estigmatização, vergonha, revitimização e abuso de pares, problemas interpessoais, transtornos disruptivos, depressão, suicídio, abuso de substância, personalidade anti-social e personalidade *borderline* e transtorno do estresse pós-traumático (Holmes & Slap, 1998; Kristensen, 1996; O'Leary, 2009; Pires Filho, 2007).

A necessidade de pesquisas sobre o desenvolvimento e avaliação de intervenções para meninos vítimas de VS também reside na escassez nacional e internacional de estudos sobre o tema. Nas bases de dados brasileiras consultadas (BVS Psi e Scielo, Periódicos Capes), não foram encontrados artigos que abordassem intervenções psicológicas para meninos vítimas de VS. É necessário, então, que os pesquisadores e clínicos estejam atentos para esta lacuna de estudos sobre intervenção psicoterapêutica para meninos vítimas de VS, uma vez que a falta de conhecimento sobre possíveis tratamentos efetivos para crianças e adolescentes vulneráveis pode acarretar em prejuízos de longo prazo (Petersen & Wainer, 2011).

Nesse sentido, essa dissertação teve o intuito de contribuir com a prática dos profissionais visando ao bem estar de meninos vítimas de VS ao apresentar e avaliar um

modelo de intervenção que foi adaptado para utilização especificamente com essa população. Porém, os resultados referentes à variabilidade na resposta dos participantes à intervenção indicam a necessidade de se continuar avaliando o modelo adaptado. Esta dissertação consiste, então, no início do processo de adaptação e avaliação do modelo e requer a continuidade de seu estudo. Além de se verificar sua adequação por meio de um ensaio clínico com maior número de participantes, a realização de um estudo longitudinal com medidas de *follow-up* pode fornecer dados sobre a manutenção (ou não) dos ganhos terapêuticos obtidos com sua utilização.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2009), em sua publicação sobre as referências para atuação de psicólogos em situações de VS contra crianças e adolescentes, indicou que um terço dos profissionais que atua em serviços de enfrentamento à VS no estado do Rio Grande do Sul não se considerava apto ao manejo adequado dos casos de VS. Dessa forma, em decorrência da formação ampla e generalista dos cursos de Psicologia (CFP, 2009), os profissionais podem não estar atentos e considerar a VS contra meninos em sua prática, necessitando assim, de maior capacitação.

A contribuição desta dissertação para a capacitação profissional consiste na possibilidade de se unir teoria e prática por meio da utilização dos resultados aqui descritos em intervenções com meninos vítimas de VS. Esta dissertação contribuiu, ainda, com o avanço de conhecimento sobre a temática, além de possuir o potencial de despertar o interesse da comunidade científica para sua abordagem em novos estudos. A continuidade da condução de pesquisas com meninos vítimas de VS é necessária e pode ser considerado um desafio devido à literatura restrita e ao número de meninos acessíveis para pesquisa. Cabe a comunidade científica aceitar tal desafio e somar esforços no objetivo de produção de conhecimento sobre o tema.



## REFERÊNCIAS

- Atena Produções. (Produtora). (2005). *Canto de cicatriz* [DVD]. Porto Alegre: Atena Produções.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression II: Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, *10*(6), 561-571.
- Biaggio, A., & Spielberger, C. D. (1983). *Inventário de ansiedade traço-estado-Idate-C Manual*. Rio de Janeiro: CEPA.
- Brasil (1990). Estatuto da Criança e do Adolescente *Diário Oficial da União*. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Brasília, DF.
- Centro de Criação de Imagem Popular (2000). *Estatuto do futuro* [DVD]. Porto Alegre: Artmed.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *43*(4), 393-402. doi: 10.1097/01.chi.0000111364.94169.f9
- 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. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.12.005
- Conselho Federal de Psicologia (2009). *Serviço de proteção social a crianças e adolescentes vítimas de violência, abuso e exploração sexual e suas famílias: referências para a atuação do psicólogo*. Brasília: DF.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da Versão em Português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- 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.
- Dobson, K., & Dozois, D. J. A. (2006). Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais. In K. S. Dobson & cols., *Manual de terapias cognitivo-comportamentais*. (pp. 17-43). (R. C. Costa, Trad). Porto Alegre: Artmed.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Glodich, A. M. & Allen, J. G. (1998). Adolescents exposed to violence and abuse: A review of the group therapy literature with an emphasis on preventing trauma

- reenactment. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 8(3), 135-154. doi: 1053-0800/98/0900-0135\$15.00/0
- Gold, S. N., Lucenko B. A., Elhai J. D., Swingle, J. M., & Sellers, A. H. (1999). A comparison of psychological/psychiatric symptomatology of women and men sexually abused as children. *Child Abuse & Neglect*, 23(7), 683–692. doi: S0145-2134(99)00041-1
- 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.
- Grayston, A. D. & De Luca, R. V. (1995). An individual treatment programme for sexually abused adult males: Description and preliminary findings. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 5(2), 57-80.
- Habigzang, L. F. (2010). *Avaliação de impacto e processo de um modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual* (Tese de Doutorado). Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/21429/000737671.pdf?sequence=1>.
- Habigzang, L. F., & Caminha, R. M. (2002a). Grupoterapia cognitivo-comportamental em abuso sexual infantil. Mostra de Iniciação Científica: São Leopoldo.
- Habigzang, L. F., & Caminha, R. M. (2002b). *Abuso sexual infantil: modelo de intervenção clínica*. XIV Salão de Iniciação Científica: Porto Alegre.
- 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., Koller, S. H., Ramos, M. S. (2011). A revelação de abuso sexual: As medidas adotadas pela rede de apoio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 467-473.
- Habigzang, L. F., Dala Corte, F., Stroehel, F., Hatzenberger, R., & Koller, S. H. (2008). Avaliação de um modelo de intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 24, 67-76.
- Habigzang, L. F., Hatzenberger, R. Dala Corte, F., Stroehel, F., & Koller, S. H. (2006). Grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual: Descrição de um modelo de intervenção. *Psicologia Clínica*, 18(2), 163-182. doi: 10.1590/S0103-56652006000200012

- Habigzang, L. F., Stroehrer, F. H., Hatzemberger, R., Cunha, R. C., Ramos, M. S., & Koller, S. H. (2009). Grupos de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 70-78.
- Hetzel-Riggin, M., Brausch, A. M., & Montgomery, B. S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse & Neglect*, 31, 125-141. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.10.007
- Holmes, G. R., Offen, L., & Waller, G. (1997). See no evil, hear no evil, speak no evil: Why do relatively few male victims of childhood sexual abuse receive help for abuse-related issues in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 17(1), 60-88.
- Holmes, W. C., & Slap, G. B. (1998). Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae and management. *Journal of American Medical Association*, 180, 1855-1862.
- Kendall, P. C., & Beidas, R. S. (2007). Smoothing the trail for dissemination of evidence-based practices for youth: Flexibility within fidelity. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 13-20. doi: 10.1037/0735-7028.38.1.13
- Knapp, P. (2004). Princípios fundamentais da terapia cognitiva. In P. Knapp (Ed.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- 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. & 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.
- Kristensen, C. H. (1996). *Abuso sexual em meninos* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1432/000177073.pdf?sequence=1>.
- Lipp, M. E., & Lucarelli, M. D. M. (1998). *Escala de Stress Infantil – ESI: Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lucânia, E. R., Miyazaki, M. C. O. S., & Domingos, N. A. M. P. (2008). Projeto Acolher: caracterização de pacientes e relato do atendimento psicológico a pessoas sexualmente vitimadas. *Temas em Psicologia*, 16(1), 73-82.

- Lucânia, E. L., Valério, N. I., Barison, S. Z. P., & Miyazaki, M. C. O. S. (2009). Intervenção cognitivo-comportamental em violência sexual: Estudo de caso. *Psicologia em Estudo, 14*(4), 817-826. doi: 10.1590/S1413-73722009000400022
- 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. doi: 10.1207/s15374424jccp2302\_9
- Ministério da Saúde (2002). *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: Um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde.
- O'Leary, P. J. O. (2009). Men who were sexually abused in childhood: Coping strategies and comparisons in psychological functioning. *Child Abuse & Neglect, 33*, 471-479. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.02.004
- Organização Internacional do Trabalho (1999). *Convenção 182. Convenção sobre proibição das piores formas de trabalho infantil e ação imediata para sua eliminação*. Genebra, Suíça: Autor.
- Pelisoli, C., Pires, J. P. M., Almeida, M. E., & Dell'Aglio, D. D. (2010). Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência. *Temas em Psicologia, 18*(1), 85-97.
- Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: Uma revisão. *Psicologia em Estudo, 14*(3), 439-445. doi: 10.1590/S1413-73722009000300004
- Pfeiffer, L., & Salvagni, E. P. (2005). Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria, 81*(5), 197-204. doi: 0021-7557/05/81-05-Supl/S19
- Petersen, C. S. & Wainer, R. (2011). Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental de crianças e adolescentes. In C. S. Petersen & R. Wainer (Eds.), *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: Ciência e arte* (pp. 16-31). Porto Alegre: Artmed.
- Pinto Junior, A. A. (2005). *Violência sexual doméstica contra meninos: um estudo fenomenológico*. São Paulo: Vetor.
- Pires Filho, M. F. (2007). *Violência intrafamiliar: a compreensão de psicólogos que atendem em instituições crianças do sexo masculino, vítimas de abuso sexual* (Dissertação de mestrado). Recuperado de [http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=179849](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=179849).

- Polanczyc, G. V., Zavaschi, L., Benetti, S., Zenker, R., & Gammerman (2003). Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. *Revista de Saúde Pública, 37*(1), 8-14.
- Programa nacional de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes (2010). *Relatório Disque Denúncia Nacional*. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.
- Romano, E., & De Luca, R. V. (2006). Evaluation of a treatment program for sexually abused adult males. *Journal of Family Violence, 21*(1), 75-88. doi: 10.1007/s10896-005-9006-y
- Runyon, M. K., & Kenny, M. C. (2002). Relationship of attributional style, depression, and posttrauma distress among children who suffered physical or sexual abuse. *Child Maltreatment, 7*(3), 254-264. doi: 10.1177/1077559502007003007
- Sanderson, C. (2005). *Abuso sexual em crianças: Fortalecendo pais e professores para proteger crianças contra abusos sexuais e pedofilia*. (F. de Oliveira, Trad). São Paulo: M. Books do Brasil.
- The Metropolitan Toronto Special Committee on Child Abuse (1995). *Child Sexual Abuse Protocol* (3a. ed.). Toronto: Author.
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. (D. Grassi, Trad.). Porto Alegre: Bookman. (Original publicado em 2003).
- Weiss, K. G. (2010). Male sexual victimization: examining men's experiences of rape and sexual assault. *Men and Masculinities, 12*(3), 275-298. doi: 10.1177/1097184X08322632
- Williams, L. C. A. (2002). Abuso sexual infantil. In H. J. Guilhardi, M. B. B. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Eds.), *Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento* (Vol 10, pp. 155-164). Santo André: ESETec.
- World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Suíça: World Health Organization.

## **ANEXOS**

## ANEXO A

### Entrevista semi-estruturada inicial

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

#### Início – *Rapport*

1. Como é todo seu nome?
2. Meu nome é.... Sou psicólogo(a). Você já conversou com um psicólogo(a) antes? Sabe o que um psicólogo(a) faz?
  - Breve explicação sobre o trabalho do psicólogo

#### Questões gerais

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

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

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

#### *Questões sobre o abuso*

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

4. Como acontecia o abuso? (aqui investigar quem, onde, rituais de entrada e saída)
5. Os abusos deixaram de acontecer ou ainda acontecem?
6. Que idade você tinha quando o abuso aconteceu pela primeira vez?
7. Que idade você tinha quando o abuso deixou de acontecer?
6. O abuso aconteceu mais de uma vez?
7. Você contou que isso estava acontecendo para alguém?
8. Para quem você contou?
10. Você sofreu algum tipo de ameaça para não contar sobre o abuso?
11. Fulano/a (nome do/a agressor/a) alguma vez bateu em você ou te xingou?
12. E o que aconteceu depois que você contou sobre o abuso?

13. Como sua família reagiu/o que ela fez depois que você contou sobre o abuso?
14. Você foi à delegacia ou ao Conselho Tutelar falar sobre o abuso?
15. Me conta como foi ir a estes lugares.
16. E o que aconteceu depois?
17. Como está sua vida agora?

### *Questões finais*

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

### Pontos importantes:

Não prometer sigilo sobre as informações.

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

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

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



## ANEXO B

### *The Children's Attributions and Perceptions Scale (CAPS)*

Autores: Mannarino, Cohen & Berman (1994)

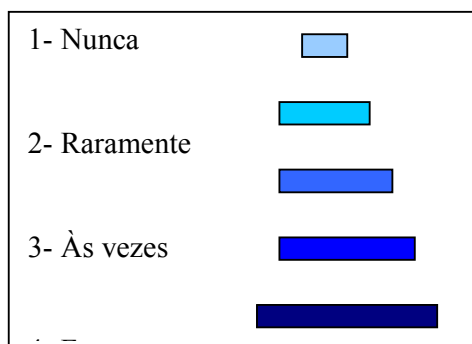
Traduzido e adaptado para o Português por Habigzang & Koller (2006)

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

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

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



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

\_\_\_\_\_ 2. Você pensa que as pessoas tratam você como se você fosse mais velho do que realmente é?

\_\_\_\_\_ 3. Você se sente diferente de outros meninos da sua idade?

\_\_\_\_\_ 4. Você age diferente das outros meninos da sua idade?

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

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

- \_\_\_\_\_ 7. Você se culpa quando as coisas dão errado?
- \_\_\_\_\_ 8. Você sente que faz ou diz coisas que causam problemas para outras pessoas?
- \_\_\_\_\_ 9. Você pensa que as pessoas acreditam em você quando você conta a elas alguma coisa?
- \_\_\_\_\_ 10. Alguma vez as pessoas sentiram que você não estava contando a verdade sobre algo?
- \_\_\_\_\_ 11. Alguma vez as pessoas sentiram que você fantasiou ou imaginou alguma coisa que na verdade ocorreu?
- \_\_\_\_\_ 12. Alguma vez as pessoas duvidaram do que você estava lhes contando?
- \_\_\_\_\_ 13. Alguma vez as pessoas o acusaram de mentir?
- \_\_\_\_\_ 14. Você alguma vez já sentiu que é difícil confiar em outras pessoas (que não são seus amigos)?
- \_\_\_\_\_ 15. Você alguma vez já sentiu que não pode contar com ninguém?
- \_\_\_\_\_ 16. Você alguma vez já sentiu que não pode confiar em seus amigos ou membros da sua família?
- \_\_\_\_\_ 17. Você sente que confiar nas pessoas pode ser arriscado?
- \_\_\_\_\_ 18. Você alguma vez já sentiu que as pessoas nas quais você confia fizeram coisas para te prejudicar?

## ANEXO C

### Entrevista neuropsiquiátrica internacional MINI para crianças e adolescentes

Autores: Sheehan, Shytle, Milo & Janavs, 2009

Traduzido por Hohendorff, Habigzang, & Koller a partir da versão portuguesa de Portugal  
(Guerreiro, Navarro, Mendes, & Sampaio, 2009)

**L. DEPENDÊNCIA/ABUSO DE ÁLCOOL**

( SIGNIFICA: IR PARA AS CAIXAS DE DIAGNÓSTICO, CODIFICAR NÃO EM TODAS E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE)

---

L1 No último mês, você bebeu 3 ou mais bebidas alcoólicas num dia?  
Nesses casos, bebeu 3 ou mais bebidas em 3 horas? Isso aconteceu 3 ou mais vezes no último ano?  
SE NÃO EM ALGUMA QUESTÃO, CODIFICAR NÃO

NÃO SIM

---

L2 **No último ano:**

a Sentiu a necessidade de beber mais álcool para sentir o mesmo efeito que sentia quando começaste a beber? NÃO SIM

b Quando você reduz ou para mesmo de beber álcool, as tuas mãos tremem? Fica nervoso ou como se não conseguisse ficar quieto? Alguma vez você bebeu para deixar de sentir esses problemas? Voltou a beber para evitar a ressaca?  
SE SIM EM ALGUMA QUESTÃO, CODIFICAR SIM NÃO SIM

c Quando você bebe álcool, acaba por beber mais do que tinha planejado? NÃO SIM

d Tentou reduzir ou parar de beber álcool mas não conseguiu? NÃO SIM

e Nos dias em que bebe, passa mais de 3 horas fazendo isso? (Contando o tempo que demora a obter o álcool, a bebê-lo e até iniciar a outra atividade). NÃO SIM

f Tem menos tempo para outras atividades por causa do álcool? (como escola, hobbies, ou estar com amigos)? NÃO SIM

g Beber álcool causou problemas de saúde física ou mental? Continuou bebendo mesmo sabendo que isso te causava esses problemas? NÃO SIM

EXISTEM 3 OU MAIS QUESTÕES L2 CODIFICADAS SIM?  
\* SE SIM, PASSAR AS QUESTÕES L3, CODIFICAR N/A NA CAIXA E PASSAR PARA A PERTURBAÇÃO SEGUINTE. (A DEPENDÊNCIA TEM PRIORIDADE DIAGNÓSTICA SOBRE O ABUSO).

NÃO SIM\*

**DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL**

**No último ano:**

L3 a Esteve bêbado ou de ressaca, mais do que uma vez quando tinha alguma coisa importante para fazer? Como trabalhos da escola ou responsabilidades em casa? Isso causou algum problema?  
CODIFICAR SIM APENAS SE CAUSOU PROBLEMAS NÃO SIM

b Esteve bêbado mais do que uma vez enquanto fazias alguma coisa arriscada (como andar de bicicleta, conduzir um carro ou barco, ou usar máquinas)? NÃO SIM

c Teve problemas legais mais que uma vez porque estava alcoolizado (como ser preso ou mandado parar pela polícia)? NÃO SIM

M.I.N.I. *Kid* (6.0) January 1, 2009. -1-

d Você continuou bebendo apesar do álcool ter causado problemas com a família ou com outras pessoas?

NÃO SIM

SE SIM EM ALGUMA QUESTÃO, CODIFICAR SIM

EXISTEM 1 OU MAIS QUESTÕES L3 CODIFICADAS SIM?

NÃO N/A SIM

**ABUSO DE ÁLCOOL  
ATUAL**

## M. DEPENDÊNCIA/ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ÁLCOOL)

( SIGNIFICA: IR PARA AS CAIXAS DE DIAGNÓSTICO, CODIFICAR NÃO EM TODAS E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE)

- M1 a Agora vou ler uma lista de drogas ou medicamentos. NÃO SIM  
Me pesa para parar se, **no último ano**, você tomou alguma destas substâncias mais do que uma vez  
Para ficar "chapado"? Para te sentir melhor ou para mudar de humor?

ASSINALAR CADA DROGA UTILIZADA:

**Estimulantes:** anfetaminas, "speeds", metanfetaminas, dexadrina, ritalina, comprimidos para emagrecer.

**Cocaína:** cocaína, "coca", crack, branca.

**Narcóticos:** heroína, morfina, ópio, metadona, codéina, meperidina.

**Alucinógenos:** LSD ("ácidos"), mesalina, PCP ("pó de anjo"), "cogumelos",  
"ecstasy", MDA, MDMA, quetamina, ("special K").

**Inalantes:** "cola", éter, gasolina.

**Marijuana:** haxixe ("hash"), THC, cannabis, "ganzas", "erva", "charro".

**Tranquilizantes:** Valium, Xanax, Lorenin, Halcion, Lexotan, barbitúricos, GHB, Rohypnol ("Roofies").

**Variados:** Esteróides, indutores de sono e dietéticos sem prescrição médica. Antitússico? Outros?

Especifique qual/quais a(s) DROGA(S) MAIS USADA(S): \_\_\_\_\_

QUAL A DROGA(S) QUE CAUSA MAIORES PROBLEMAS? \_\_\_\_\_

PRIMEIRO EXPLORE A DROGA QUE CAUSA MAIORES PROBLEMAS E AQUELA QUE É MAIS PROVÁVEL DE CRIAR DEPENDÊNCIA/ABUSO.

SE OS SINTOMAS DO PACIENTE SÃO CRITÉRIO PARA ABUSO/DEPENDÊNCIA, PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE, SE NÃO, EXPLORE A PRÓXIMA DROGA PROBLEMÁTICA.

- M2 Pensa no consumo que você fez de (NOME DA DROGA/ CLASSE DE SUBSTÂNCIA) **no último ano**:
- a Sentiu necessidade de consumir uma maior quantidade da substância para sentir o mesmo que sentia quando começou a consumir? NÃO SIM
- b Quando você tentou reduzir ou parar o consumo de droga(s) se sentiu mal ou doente? (sentiu-se dolorido, tremeu, com febre, fraco, com dores de estômago ou diarreia, suando, com o coração batendo muito forte, com problemas para dormir. Sentiu nervosismo, irritação ou como se não conseguisse ficar quieto). Voltou a utilizar as drogas outra vez para não te sentir doente ou para te sentir melhor? NÃO SIM  
SE SIM EM ALGUMA QUESTÃO, CODIFICAR SIM
- c Quando consome (NOME DA DROGA/ CLASSE DE SUBSTÂNCIA), acaba consumindo mais do que tinha planejado? NÃO SIM
- d Tentou reduzir ou parar de consumir (NOME DA DROGA/ CLASSE DE SUBSTÂNCIA)? Percebeu que não conseguiu fazê-lo? NÃO SIM  
SE NÃO EM ALGUMA QUESTÃO, CODIFICAR NÃO
- e Nos dias em que consumiu (NOME DA DROGA/ CLASSE DE SUBSTÂNCIA), passava mais de 3 horas consumindo? (Contando o tempo que demora a obter a substância, para consumi-la) NÃO SIM

e até iniciar outra atividade).

- f Tem menos tempo para outras atividades por causa de (NOME DA DROGA/ CLASSE DE SUBSTÂNCIA)? NÃO SIM  
(como para a escola, para *hobbies*, ou estar com amigos)?
- g Consumir (NOME DA DROGA/ CLASSE DE SUBSTÂNCIA), causou problemas de saúde física ou mental? Continuou consumindo mesmo sabendo que isso te causava esses problemas? NÃO SIM

EXISTEM 3 OU MAIS QUESTÕES M2 CODIFICADAS SIM?

DROGA(S) ESPECÍFICA: \_\_\_\_\_

\* SE SIM, PASSAR AS QUESTÕES M3, CODIFICAR N/A NA CAIXA PASSAR PARA A PERTURBAÇÃO SEGUINTE. (A DEPENDÊNCIA TEM PRIORIDADE DIAGNÓSTICA SOBRE O ABUSO ).

NÃO SIM\*

DEPENDÊNCIA DE  
SUBSTÂNCIAS  
ATUAL

Pensa nos consumo que fizeste de (NOME DA DROGA/ CLASSE DE SUBSTÂNCIA) no último ano:

**No último ano:**

- M3 a Esteve drogado ou de ressaca, mais do que uma vez, quando tinha alguma coisa importante para fazer? Como trabalhos da escola ou responsabilidades em casa? Isso causou algum problema? NÃO SIM  
CODIFICAR SIM APENAS SE CAUSOU PROBLEMAS
- b Esteve drogado, mais do que uma vez, enquanto fazia alguma coisa arriscada (como andar de bicicleta, conduzir um carro ou barco, ou usar máquinas)? NÃO SIM
- c Teve problemas legais, mais que uma vez, devido ao consumo de (NOME DA DROGA/ CLASSE DE SUBSTÂNCIA), (como ser preso ou mandado parar pela polícia)? NÃO SIM
- d Continuou consumindo apesar da (NOME DA DROGA/ CLASSE DE SUBSTÂNCIA) ter causado problemas com a família ou com outras pessoas? NÃO SIM  
SE SIM EM ALGUMA QUESTÃO, CODIFICAR SIM

EXISTEM 1 OU MAIS QUESTÕES M3 CODIFICADAS SIM?

DROGA(S) ESPECÍFICA: \_\_\_\_\_

NÃO N/A SIM

ABUSO DE SUBSTÂNCIAS  
ATUAL

## O. PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE/ DÉFICIT DE ATENÇÃO

(L SIGNIFICA : IR PARA CAIXA DIAGNÓSTICA, ASSINALAR NÃO EM TODOS OS DIAGNÓSTICOS E PASSAR PARA PRÓXIMO MÓDULO)

### QUESTÃO DE TRIAGEM PARA 3 PERTURBAÇÕES (PHDA, PC, POD)

O1 Alguém já (professor(a), educador(a), amigo(a) ou pai) se queixou acerca do teu comportamento ou do teu desempenho na escola? NÃO SIM

SE RESPOSTA NÃO: CODIFICAR MÓDULOS PERTURBAÇÃO DE OPOSIÇÃO DESAFIO E PERTURBAÇÃO DE COMPORTAMENTO COMO NÃO.

#### Nos últimos 6 meses:

O2 a É habitual ter pouca atenção aos detalhes? Na escola, tem cometido erros por descuido? NÃO SIM  
b É habitual ter dificuldade em manter a atenção durante as tarefas ou em atividades lúdicas? NÃO SIM  
c É habitual lhe dizerem que parece não ouvir os outros, mesmo quando falam diretamente contigo? NÃO SIM  
d É habitual ter problemas em seguir instruções ou em terminar aquilo que está fazendo (como trabalhos da escola ou tarefas em casa)? Isto acontece mesmo apesar de você compreender o que deve fazer? Isto acontece, apesar de não fazer isso de propósito para te opor? NÃO SIM  
SE NÃO A ALGUMA QUESTÃO, CODIFICAR NÃO  
e É habitual ter dificuldade em te organizar? NÃO SIM  
f É habitual tentar evitar coisas que exijam muita concentração ou muito esforço mental (como tarefas escolares)? Odeia coisas que exijam muita concentração ou muito esforço mental? NÃO SIM  
SE SIM A ALGUMA QUESTÃO, CODIFICAR SIM  
g É habitual perder ou esquecer coisas que necessita? Como por exemplo, exercícios escolares, lápis, livros ou outros materiais. NÃO SIM  
h É habitual ser facilmente distraído por pequenas coisas (como barulhos ou coisas fora da sala de aula)? NÃO SIM  
i É habitual esquecer de coisas que tem de fazer todos os dias (como te pentear ou escovar os dentes)? NÃO SIM  
O2 SUMÁRIO: EXISTEM 6 OU MAIS RESPOSTA DE O2 CODIFICADAS SIM? NÃO SIM

#### Nos últimos 6 meses:

O3 a É habitual não parar de mexer as mãos ou os pés? Ou não conseguir ficar quieto quando está sentado? NÃO SIM  
SE SIM A ALGUMA QUESTÃO, CODIFICAR SIM  
b É habitual levantar do teu lugar na sala de aula quando isso não é permitido? NÃO SIM

c	É habitual correr ou saltar em demasia, em situações em que isto é desadequado? Ou sentir que gostaria de fazer isso apesar de não o fazer?	NÃO	SIM
SE SIM A ALGUMA QUESTÃO, CODIFICAR SIM			
d	É habitual ter dificuldade em participar em atividades ou jogos de uma forma silenciosa?	NÃO	SIM
e	É habitual estar a "mil à hora" ou "ligado na tomada"?	NÃO	SIM
f	É habitual você falar demais?	NÃO	SIM
g	É habitual dar respostas mesmo antes das pessoas terem completado a pergunta?	NÃO	SIM
h	É habitual ter dificuldade em esperar pela tua vez?	NÃO	SIM
i	É habitual interromper outras pessoas? Como por exemplo quando as pessoas estão conversando, ocupadas ou ao telefone?	NÃO	SIM
O3 SUMÁRIO: EXISTEM 6 OU MAIS RESPOSTAS DE O3 CODIFICADAS SIM?		NÃO	SIM
O4	Existiam problemas de atenção, hiperatividade ou impulsividade, antes dos 7 anos de idade?	NÃO	SIM
O5	Estas coisas causaram problemas na escola? Na família? Com os teus amigos? No trabalho? CODIFICAR SIM SE DUAS OU MAIS SÃO RESPONDIDAS COMO SIM.	NÃO	SIM

SUMÁRIO O2 + SUMÁRIO O3 CODIFICADOS SIM?

NÃO	SIM
<i>Perturbação de Hiperatividade/ Deficit de Atenção</i>	
MISTA	

SUMÁRIO O2 CODIFICADO SIM+ SUMÁRIO O3 CODIFICADO NÃO?

NÃO	SIM
<i>Perturbação de Hiperatividade/ Deficit de Atenção</i>	
DESATENTO	

SUMÁRIO O2 CODIFICADO NÃO + SUMÁRIO O3 CODIFICADO SIM?

NÃO	SIM
<i>Perturbação de Hiperatividade/ Déficit de Atenção</i>	
HIPERATIVO /IMPULSIVO	



## P. PERTURBAÇÃO DE COMPORTAMENTO

( SIGNIFICA : IR PARA CAIXA DIAGNÓSTICA, ASSINALAR NÃO E PASSAR PARA PRÓXIMO MÓDULO)

### QUESTÃO DE TRIAGEM

P1	SE A QUESTÃO O1 DA PHDA É NÃO, CODIFICAR NÃO A PERTURBAÇÃO DE COMPORTAMENTO SE O1 AINDA NÃO FOI QUESTIONADO, PERGUNTE A SEGUINTE:		
	Alguém já (professor(a), educador(a), amigo(a) ou pai) se queixou acerca do teu comportamento ou do teu desempenho na escola?	NÃO	SIM
P2	<b>No último ano:</b>		
a	Alguma vez você cometeu "bullying" (humilhações/ provocações) ou ameaçou outras pessoas (excluindo irmãos)?	NÃO	SIM
b	Começou lutas com outros (excluindo irmãos)?	NÃO	SIM
c	Alguma vez utilizou uma arma para magoar alguém? Como uma faca, pistola, bastão ou outro?	NÃO	SIM
d	Alguma vez magoou (fisicamente) alguém de propósito (excluindo irmãos)?	NÃO	SIM
e	Machucou animais propositadamente?	NÃO	SIM
f	Roubou coisas utilizando a força? Como por exemplo, roubar alguém utilizando uma arma ou pegando algo, tipo "bater carteira"?	NÃO	SIM
g	Alguma vez forçou alguém a ter relações sexuais contigo?	NÃO	SIM
h	Alguma vez colocou fogo em alguma coisa, de propósito, para causar danos?	NÃO	SIM
i	Destruiu coisas que pertencem a outras pessoas de propósito?	NÃO	SIM
j	Alguma vez invadiu a casa ou o carro de outra pessoa?	NÃO	SIM
k	Utilizou frequentemente a mentira para obter coisas de outras pessoas ou para sair de problemas? Enganou as pessoas para que fizessem aquilo que querias? SE SIM A ALGUMA QUESTÃO, CODIFICAR SIM	NÃO	SIM
l	Alguma vez roubou coisas que valem dinheiro (como roubos em lojas ou falsificar cheques)?	NÃO	SIM
m	É frequente ficar fora de casa até muito mais tarde do que aquilo que os teus pais te deixam? Isto começou antes dos 13 anos? SE NÃO EM ALGUMA QUESTÃO, CODIFICAR NÃO	NÃO	SIM
n	Já fugiu de casa duas vezes ou mais?	NÃO	SIM
o	É frequente faltar às aulas? Isto começou antes dos 13 anos? SE NÃO EM ALGUMA QUESTÃO, CODIFICAR NÃO	NÃO	SIM
	<b>P2 SUMÁRIO: EXISTEM 3 OU MAIS QUESTÕES P2 CODIFICADAS SIM, COM PELO MENOS 1 PRESENTE NOS ÚLTIMOS 6 MESES?</b>	NÃO	SIM

P3	Estes comportamentos causaram problemas graves na escola? Em casa? Com a família? Com os amigos? SE SIM EM ALGUM, CODIFICAR SIM
----	--

NÃO	SIM
<b>PERTURBAÇÃO DE COMPORTAMENTO ATUAL</b>	

## Q. PERTURBAÇÃO DE OPOSIÇÃO DESAFIO

( SIGNIFICA : IR PARA CAIXA DIAGNÓSTICA, ASSINALAR NÃO E PASSAR PARA PRÓXIMO MÓDULO)

ATENÇÃO: SE CODIFICAÇÃO POSITIVA PARA DIAGNÓSTICO DE PERTURBAÇÃO DE CONDUITA, ASSINALAR NÃO NA CAIXA DIAGNÓSTICA E PASSAR PARA PRÓXIMO MÓDULO.

### QUESTÃO DE TRIAGEM

Q1 SE A QUESTÃO Q1 DA PHDA É NÃO, CODIFICAR NÃO A PERTURBAÇÃO DE OPOSIÇÃO  
SE Q1 AINDA NÃO FOI QUESTIONADO, PERGUNTE A SEGUINTE:

Alguém já (professor(a), educador(a), amigo(a) ou pai) se queixou acerca  
do teu comportamento ou do teu desempenho na escola? NÃO SIM

Q2 Nos últimos 6 meses:

- a Perdeu frequentemente a paciência? NÃO SIM
- b Discuti frequentemente com adultos? NÃO SIM
- c Recusou-se frequentemente a fazer o que os adultos te dizem? Recusou-se a cumprir regras? NÃO SIM
- SE SIM A ALGUMA QUESTÃO, CODIFICAR SIM
- d Irritou ou chateou pessoas de propósito? NÃO SIM
- e Frequentemente culpou outras pessoas pelos teus erros ou pelo teu mau comportamento? NÃO SIM
- f Está se sentido irritável ou facilmente chateado por outras pessoas? NÃO SIM
- g Esteve frequentemente zangado ou ressentido com outros? NÃO SIM
- h Tem sido "mau/ruim" ou "vingativo" para quem te trata mal? NÃO SIM

Q2 SUMÁRIO: EXISTEM 4 OU MAIS QUESTÕES Q2 CODIFICADAS SIM? NÃO SIM

Q3 Estes comportamentos causaram problemas na escola? Em casa? Na família? Com os teus amigos? NÃO SIM  
SE SIM EM ALGUMA QUESTÃO, CODIFICAR SIM

SUMÁRIO Q2 + Q3 CODIFICADOS SIM?

NÃO SIM

**PERTURBAÇÃO DE  
OPOSIÇÃO DESAFIO  
ATUAL**

ANEXO D

Entrevista estruturada com base no DSM IV/ SCID

Autores: Del Ben, Vilela, Crippa, Hallak, Labe, & Zuardi (2001)

Adaptada por Habigzang (2006)

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 irritado 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?

---

---

E. Duração da perturbação

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

---

---

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

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

---

---

## ANEXO E

### Ficha de avaliação dos relatos da intervenção

Prezado profissional, segue a ficha para a avaliação dos relatos da aplicação do modelo de intervenção cognitivo-comportamental para meninos vítimas de violência sexual. Você deverá avaliar a presença de cada um dos indicadores da tabela a seguir por meio de uma escala de cinco pontos:

1	2	3	4	5
Totalmente ausente				Totalmente presente

Solicita-se que essa ficha seja preenchida ao longo da leitura dos relatos de cada participante da intervenção. Utilize uma ficha para cada participante.

Indicadores		Avaliação				
Aliança terapêutica	Vínculo de confiança Paciente demonstra carisma pelo(a) psicoterapeuta Paciente relata conteúdos importantes Paciente não esconde informações importantes do(a) psicoterapeuta	1	2	3	4	5
	Relação de trabalho Paciente realiza as atividades propostas Feedback dado pelo paciente em relação ao(à) psicoterapeuta	1	2	3	4	5
	Postura do(a) psicoterapeuta Psicoterapeuta é atento Psicoterapeuta é ativo Psicoterapeuta é bem humorado Psicoterapeuta é empático Psicoterapeuta ouve o paciente e o deixa se expressar	1	2	3	4	5
Participação nas sessões	Comparecimento Presenças as sessões Ausências foram comunicadas com antecedência Ausências foram justificadas Avaliar o motivo para a(s) faltas(s) – se voluntário ou involuntário	1	2	3	4	5
	Pontualidade Paciente respeitou o horário das sessões Atrasos foram comunicados com antecedência Avaliar o motivo para o(s) atraso(s) – se voluntário ou involuntário	1	2	3	4	5
	Autorrevelação Paciente falou sobre o problema e/ou falou sobre demais aspectos importantes (p. ex.: assuntos particulares)	1	2	3	4	5
Resposta às técnicas empregadas	Compreensão das técnicas utilizadas Paciente compreendeu a proposta de realização das técnicas Paciente engajou-se nas técnicas conforme proposto	1	2	3	4	5
	Vivência das técnicas utilizadas Paciente empregou as técnicas no seu cotidiano	1	2	3	4	5

Agora avalie cada sessão quanto aos seguintes indicadores:

- Estrutura: a sessão inicia com verificação de fatos relevantes da semana e do humor do paciente, revisão da tarefa de casa (quando há tarefa), retomada da sessão anterior, é realizado *feedback* no final da sessão.
- Objetivos: ao final de cada sessão foi possível observar que os objetivos propostos foram alcançados.
- Tarefas de casa: as tarefas de casa propostas foram realizadas pelo paciente. Obs.: somente as sessões cinco e seis possuem tarefas de casa programadas.

Marque com um “S” sempre que a resposta for positiva (Sim), com um “P” sempre que a resposta for “Em parte” ou um “N” sempre que a resposta for negativa (Não).

Leia atentamente cada sessão e preencha a tabela abaixo.

Indicadores	Sessões															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Estrutura																
Objetivos																
Tarefas de casa	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Muito obrigado pela sua colaboração!

ANEXO F

Documento de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Prefeitura Municipal de Porto Alegre  
Secretaria Municipal da Saúde  
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas



Porto Alegre, 03 de março de 2011.

Ilmo (a) Sr. (a)  
**SILVIA HELENA KOLLER**

Informamos que o projeto de pesquisa intitulado "Adaptação e avaliação de uma intervenção cognitivo-comportamental para meninos vítimas de abuso sexual" do(a) pesquisador(a) **Silvia Helena Koller** protocolado neste CEP sob nº 36/10, foi **Aprovado**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV, em 03/03/2011 estando ética e metodologicamente adequado às Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos - ( Resolução 196/96) - do Conselho Nacional de Saúde. Informamos que os autores deverão encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto, bem como relatório final quando do término do mesmo.

Atenciosamente,

Dr Ygor Arzeno Ferrão  
Presidente do Comitê de Ética em  
Pesquisa/HMIPV

Av. Independência, 661 - Cep: 90035-076 - Porto Alegre-RS  
Fone: (51) 3289.3000 - Fax: (51) 3226.9075



## ANEXO G

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### **Parte 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os pais/mães ou cuidadores**

*Pesquisa:* Adaptação e avaliação de um modelo de intervenção cognitivo-comportamental para meninos vítimas de abuso sexual

*Coordenação:* A pesquisa é coordenada pelo psicólogo Jean Von Hohendorff sob orientação da Profª Drª Sílvia Helena Koller

*Natureza da pesquisa* - Esta pesquisa tem como objetivo adaptar e aplicar um tratamento psicológico para meninos que tenham sido vítimas de abuso sexual.

*Participantes da pesquisa* - Participarão meninos com idade entre 09 e 16 anos que tenham sido vítimas de abuso sexual.

*Envolvimento na pesquisa* - As crianças e adolescentes participarão de três entrevistas (uma por semana). Nestas entrevistas, o pesquisador perguntará sobre o abuso sexual e aplicará questionários para verificar consequências que podem ocorrer depois do abuso na vida dos meninos. Depois destas entrevistas, os meninos receberão atendimento psicológico que terá duração de 16 semanas. Depois do tratamento, os meninos serão novamente entrevistados para avaliar se o tratamento trouxe melhoras para a vida deles. As entrevistas e os atendimentos psicológicos poderão ser gravados ou filmados. As crianças e adolescentes têm a liberdade para não querer participar da pesquisa e podem ainda deixar de participar a qualquer momento. Sempre que quiserem, os meninos poderão pedir mais informações sobre a pesquisa. Poderão entrar em contato com o coordenador pelo telefone 98352078, ou com o Comitê de Ética responsável pelo projeto pelo telefone 3289 3377 (Endereço do Comitê: Av. Independência, 661, 7º andar – Centro, Porto Alegre).

*Riscos e desconforto* - A participação nesta pesquisa não traz complicações, talvez, apenas, um pequeno sentimento de timidez que algumas pessoas sentem quando estão tendo suas declarações gravadas ou filmadas. 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 dos participantes. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à dignidade destes.

*Confidencialidade* - Todas as informações coletadas (inclusive gravações e filmagens) neste estudo são confidenciais, ou seja, apenas os pesquisadores farão uso das informações. Garantimos que em nenhum momento o nome ou a imagem dos meninos serão revelados.

*Benefícios* - Ao participar desta pesquisa, os meninos serão beneficiados pelo atendimento psicológico recebido. Além disso, este estudo poderá contribuir para melhorar o atendimento psicológico oferecido a outros meninos vítimas de abuso sexual.

*Pagamento* - Os meninos não terão que pagar pelo atendimento psicológico e também nada será pago por sua participação.

*Tendo em vista as informações acima apresentadas, eu, de forma livre e esclarecida, concordo com os procedimentos da pesquisa e manifesto meu interesse em participar. Declaro ter recebido uma cópia deste termo.*

#### **Parte 2: Termo de Assentimento Informado para Crianças e Adolescentes**

##### *Introdução*

Olá. Sou profissional da área da Psicologia, e meu nome é Jean Von Hohendorff. Estou realizando uma pesquisa, e gostaria que você participasse. Falei com o seu responsável e ele já aceitou que você participasse deste trabalho. Gostaríamos de saber se você tem interesse. Você pode escolher

se quer participar ou não. Se você não desejar fazer parte na pesquisa, não é obrigado, até mesmo se seus pais concordarem. Você pode discutir qualquer coisa deste formulário com seus pais ou comigo. Você pode decidir se quer participar ou não depois de ter conversado sobre a pesquisa e não é preciso decidir imediatamente. Pode haver algumas palavras que não entenda ou coisas que você quer que eu explique mais detalhadamente porque você ficou mais interessado ou preocupado. Se desejar, peça explicação a qualquer momento.

*Objetivos* – Quero adaptar e avaliar um tratamento psicológico para meninos que tenham sido vítimas de abuso sexual, e sua participação nesta pesquisa poderá ajudar. Você poderá aprender a lidar melhor com essa experiência.

*Voluntariedade de Participação* - Você não precisa participar desta pesquisa se não quiser. É você quem decide. Se decidir não participar da pesquisa, é seu direito e nada mudará no seu tratamento aqui na instituição. Mesmo assim, este serviço estará disponível para você. Até mesmo se disser "sim" agora, poderá mudar de idéia depois, sem nenhum problema.

*Informação sobre o acompanhamento* – O tratamento que temos a te oferecer se chama ‘tratamento cognitivo-comportamental’. Esse tratamento já foi testado com outras crianças e adolescentes tem apresentado resultados positivos. Daqui a alguns dias, você entrará para o acompanhamento comigo. O acompanhamento vai ser em formato individual e nos encontraremos uma vez por semana. Cada encontro vai durar uma hora, durante quatro meses. Isto quer dizer que o tratamento vai acontecer durante 16 semanas.

*Riscos* – A participação nesta pesquisa não traz complicações. Porém, se qualquer coisa incomum acontecer a você, preciso saber e você deverá se sentir à vontade de me chamar a qualquer momento para falar sobre suas preocupações ou perguntas. Outro modo de saber como você está é com a sua vinda para o atendimento em todas as sessões para que possamos fazer uma avaliação. Se você piorar, tiver preocupações ou perguntas nesse meio tempo, você deverá informar a mim ou ao quadro de funcionários desta instituição, não precisando esperar por uma visita marcada.

*Desconfortos* - Há algumas outras coisas que eu gostaria que você soubesse. A participação nesta pesquisa não traz nenhuma complicação, talvez, apenas, um pequeno sentimento de timidez que algumas pessoas sentem quando estão expressando suas opiniões.

Conferir se a criança/adolescente entendeu os riscos e desconfortos da pesquisa:

\_\_\_ *Sim* \_\_\_ *Não*.

*Benefícios* – Ao participar desta pesquisa, você será beneficiado pelo atendimento psicológico. Além disso, este estudo poderá gerar informações importantes para avaliação e tratamento de um número maior de vítimas de abuso sexual, qualificando os serviços de atendimento destes casos.

*Incentivos* – Você, enquanto participante não terá nenhuma despesa por participar desta pesquisa, com exceção do transporte até o local de atendimento. E nada será pago por sua participação.

*Confidencialidade* – Outras pessoas poderão saber que estou participando de uma pesquisa? Não falaremos para outras pessoas que você está nesta pesquisa e também não compartilharemos informação que identifique você para qualquer um que não trabalha na pesquisa. Depois que a pesquisa acabar, os resultados serão informados para você e para seus cuidadores. Qualquer informação sobre você terá um número ao invés de seu nome. Só os investigadores saberão qual é o seu número e manteremos em sigilo.

*Compensação* – Os seus cuidadores estarão cientes de todo o procedimento que você vai estar envolvido. Se alguma coisa ruim acontecer contigo durante a pesquisa, informaremos aos seus cuidadores e, se você precisar, podemos te encaminhar para outro profissional.

*Divulgação dos resultados* – Como saber os resultados da pesquisa? Quando terminarmos a pesquisa, eu sentarei com você e seus pais e falaremos sobre o que aprendemos com a pesquisa. Eu também lhe darei um papel com os resultados por escrito. Depois, iremos falar com mais pessoas, cientistas e outros, sobre a pesquisa. Faremos isto escrevendo e compartilhando relatórios e indo para as reuniões com pessoas que estão interessadas no trabalho que fazemos. Porém, o nome de nenhum participante vai aparecer nos nossos resultados.

*Direito de recusa ou retirada do assentimento informado* – Você não tem que estar nesta pesquisa. Ninguém ficará bravo ou chateado com você se você disser não, a escolha é sua. Você pode pensar nisto e falar depois se você quiser. Você pode dizer "sim" agora e mudar de idéia depois e tudo continuará bem.

*Contato* – Você pode me perguntar agora ou depois fazer as perguntas. Aqui está o meu número de telefone – 98352078.

*Assentimento Informado da Criança/Adolescente*

Entendemos que todos os passos deste estudo foram explicados às crianças e aos adolescentes, que concordaram verbalmente em participar em cada um deles, após terem sido informados detalhadamente sobre os objetivos e tarefas a realizar. As crianças e os adolescentes também concordaram após saber os detalhes sobre cada um dos itens deste Termo, como riscos, desconfortos, benefícios, incentivos, confidencialidade, compensação, divulgação dos resultados e direito de recusa ou retirada do assentimento informado.

*Certificado de Consentimento Livre e Esclarecido de Pais e de Assentimento Informado da Criança/Adolescente*

Entendemos que a pesquisa é sobre um acompanhamento psicológico para crianças e ou adolescentes vítimas de violência sexual e que a criança/adolescente participante da pesquisa poderá participar e ser beneficiada com este tratamento que está sendo atualmente usado. Entendemos que a criança/adolescente participante será acompanhada ao longo de quatro meses e que virá para os encontros uma vez por semana. Sabemos, também, que a criança/adolescente participante da pesquisa poderá desistir da pesquisa quando quiser, sem prejuízo nenhum. Assim, em comum acordo, aceitamos participar da pesquisa e declaramos ter recebido uma cópia deste documento.

---

Local e Data

---

Assinatura participante



Jean Von Hohendorff  
Mestrando em Psicologia

---

Assinatura responsável



Silvia Helena Koller  
Orientadora

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE  
VARGAS

Telefone 3289 3377

Endereço do Comitê: Av. Independência, 661, 7º andar – Centro, Porto Alegre

ANEXO H

Documentário *Superar – A violência sexual contra meninos*