



Psicologia em Estudo

ISSN: 1413-7372

revpsi@uem.br

Universidade Estadual de Maringá
Brasil

Lucânia, Eliane Regina; Iguimar Valério, Nelson; Zocal Paro Barison, Sueli; de Oliveira Santos
Miyazaki, Maria Cristina

Intervenção cognitivo-comportamental em violência sexual: estudo de caso

Psicologia em Estudo, vol. 14, núm. 4, diciembre, 2009, pp. 817-826

Universidade Estadual de Maringá

Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122129022>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM VIOLÊNCIA SEXUAL: ESTUDO DE CASO

Eliane Regina Lucânia*
Nelson Iguimar Valério#
Sueli Zocal Paro Barison¶
Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki#

RESUMO. Violência sexual é um grave problema de saúde pública, pois atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, em especial crianças e adolescentes do sexo feminino. O objetivo do presente estudo é relatar o impacto de uma intervenção cognitivo-comportamental em uma adolescente de 13 anos, vítima de tentativa de estupro. O processo, de 45 sessões, distribuídas em avaliação inicial, intervenção, avaliação final e *follow-up*, utilizou entrevista semidirigida, critérios diagnósticos do DSM-IV, o Inventário de Depressão para Crianças (CDI), técnicas cognitivo-comportamentais e orientações à mãe. Na avaliação inicial verificaram-se dificuldades escolares, problemas comportamentais, sintomas indicativos de estresse pós-traumático e sintomas moderados de depressão, intensificados pelo episódio da violência. Observaram-se também repetições de padrões transgeracionais: comportamento promíscuo, etilismo, violência sexual e instabilidade nos relacionamentos. Os resultados demonstraram redução das queixas iniciais, aquisição de novo repertório comportamental, melhor funcionamento psicossocial e impacto positivo da intervenção. Os dados indicam necessidade de inclusão dos familiares no processo.

Palavras-chave: Violência sexual; terapia cognitivo-comportamental; adolescente.

COGNITIVE-BEHAVIOR INTERVENTION WITH SEXUAL VIOLENCE: CASE REPORT

ABSTRACT. Sexual violence is a serious problem of public health: it reaches all social classes, ethnics, religions and cultures, specially children and adolescents of the female sex. The objective of the present study is to describe the impact of a cognitive-behavior intervention on a 13-year-old adolescent, victim of rape attempt. The process included 45 sessions, distributed in initial evaluation, intervention, final evaluation and follow-up. It also used semi-directed interview, DSM-IV diagnostic criteria, Children's Depression Inventory (CDI), cognitive-behavior techniques, and mother counseling. On the first interview the therapist identified school and behavior problems, symptoms of post-traumatic stress disorder and moderate symptoms of depression, intensified by the episode of violence. Transgenerational standard repetition was also observed: promiscuous behavior, alcoholism, sexual violence and relationship instability. Results demonstrated reduction of the initial complaints, acquisition of new behavior repertoire, better psicossocial functioning and positive impact of the intervention. The data indicate the need for inclusion of the family in the process.

Key words: Sexual violence; cognitive-behavior therapy; adolescent.

INTERVENCIÓN DE COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EN UN CASO DE VIOLENCIA SEXUAL

RESUMEN. La violencia sexual es un problema grave de la salud pública: alcanza todas las clases sociales etnias, religiones y culturas, en especial niños y adolescentes del sexo femenino. El objetivo del actual estudio es decir el impacto de la

* Psicóloga, Especialista em Psicologia da Saúde. Serviço de Psicologia do Hospital de Base (FUNFARME) e Laboratório de Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP, SP.

Psicólogo(a), Doutor(a) em Psicologia, Serviço de Psicologia do Hospital de Base (FUNFARME) e Laboratório de Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP, SP.

¶ Psicóloga, Mestre em Psicologia Especialista em Violência Doméstica contra crianças e adolescentes no IPUSP-SP. Psicóloga no Centro Regional de Atenção aos maus-tratos na Infância/FAMERP.

intervenção cognitivo-comportamental em uma adolescente de 13 anos, vítima de um intento de violação. El proceso, de 45 sesiones, distribuido en la evaluación inicial, intervención, evaluación final y acompañamiento, entrevista semidirigida, criterios diagnósticos del DSM-IV, inventario de depresión para los niños (CDI), técnicas cognitivo-comportamentales y orientación con la madre. En la primera entrevista fueron diagnosticadas dificultades en la escuela, problemas comportamentales, síntomas indicativos del estrés post-traumático y los síntomas moderados de la depresión, agravados por el episodio de la violencia. También fueron observadas repeticiones de padrones transgeneracionales: el comportamiento promiscuo, el alcoholismo, el abuso sexual y la inestabilidad en las relaciones. Resultados muestran la reducción de las quejas iniciales, la adquisición del nuevo repertorio comportamental, mejor funcionamiento psico social y el impacto positivo de la intervención. Los datos indican la necesidad de la inclusión de las familias en el proceso.

Palabras clave: Violencia sexual; terapia cognitivo comportamental; adolescente.

Reconhecida como um fenômeno complexo, a violência pode ser compreendida a partir de diferentes perspectivas, afeta a sociedade como um todo e representa um grave problema de saúde pública (Ribeiro, Ferriani & Reis, 2004; Pires & Miyazaki, 2005; Gomes, Neto, Viana & Silva, 2006; Talbot et al., 2009).

A **violência sexual**, uma das faces da violência e foco deste trabalho, atinge todas as faixas etárias, classes sociais e ambos os sexos, especialmente crianças, adolescentes e mulheres jovens (Lopes, Gomes, Silva, Deus & Borba, 2004; Ribeiro et al., 2004; Gomes et al., 2006; Inoue & Ristum, 2008; Pires, 2005).

Embora a violência sexual contra crianças e adolescentes seja identificada em relatos históricos, seu reconhecimento como um problema que pode comprometer o desenvolvimento das vítimas é relativamente recente (Pires & Miyazaki, 2005; Aded, Dalcin, Moraes & Cavalcanti, 2006; Gomes et al., 2006; Inoue & Ristum, 2008).

Abuso sexual contra crianças e adolescentes pode ser definido como o contato com um agressor em estágio psicosssexual mais avançado, que expõe a vítima a estímulos sexuais impróprios para a idade ou a utiliza para satisfazer-se sexualmente. Pode haver uso de força física, ameaças, mentiras ou indução e incluir toques, carícias e exposição genital, relações com penetração (digital, vaginal ou anal), pornografia, assédio, exibicionismo, *voyerismo* e prostituição (Habigzang, Koller, Azevedo & Machado, 2005; Pires & Miyazaki, 2005; Padilha & Gomide, 2004). Três aspectos comuns às diversas definições de abuso sexual incluem “impossibilidade de uma decisão por parte da criança ou adolescente sobre sua participação na situação abusiva” (Padilha & Gomide, 2004, p.53); uso da vítima para satisfação sexual do agressor; e uso de coerção (Padilha & Gomide, 2004).

O abuso sexual pode ocorrer em três diferentes contextos: 1) intrafamiliar, 2) extrafamiliar ou 3) institucional. O primeiro é o mais frequente e envolve um membro da família ou pessoas consideradas pela criança/adolescente como tal. No segundo, o agressor, na maioria das vezes, é alguém que é conhecido e tem acesso à vítima. O terceiro ocorre em instituições cuja

responsabilidade é cuidar da criança/adolescente (Habigzang et al., 2005; Pires & Miyazaki, 2005).

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a cada ano cerca de um milhão de crianças em todo o mundo são vitimizadas sexualmente (Inoue & Ristum, 2008). No Brasil não há dados globais acerca do fenômeno, mas estima-se que menos de 10% dos casos cheguem às delegacias (Lopes et al., 2004; Ribeiro et al., 2004; Aded et al., 2006; Brino & Williams, 2003).

De acordo com a Associação Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA), de 1.547 denúncias de abuso contra crianças e adolescentes, 52% envolviam a faixa etária de sete a 14 anos, 37% das vítimas tinham menos de seis anos e 11% eram adolescentes (15 a 18 anos). As vítimas eram do sexo feminino em 76% dos casos (Laks, Werner & Miranda-Sá, 2006).

Pires e Miyazaki (2005), em estudo realizado em São José do Rio Preto, Interior de São Paulo, identificaram abuso sexual como o terceiro tipo mais frequente de abuso contra crianças e adolescentes, principalmente do sexo feminino. Dados deste e de outros estudos indicam que, embora qualquer pessoa possa ser vítima de violência sexual, em geral as vítimas são do sexo feminino e, em especial, crianças e adolescentes (Gomes et al., 2006; Ribeiro et al., 2004; Habigzang et al., 2005; Faundes, Rosas, Bedone & Orozco, 2006; Inoue & Ristum, 2008).

As consequências da violência sexual podem ser imediatas e em longo prazo, físicas e/ou psicológicas. Incluem doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), HIV-Aids, gravidez, dor e vulnerabilidade a diversas doenças (Ribeiro et al., 2004; Pfeiffer & Salvagni, 2005; Faundes et al., 2006; Talbot et al., 2009), uso de drogas, prostituição, depressão, sentimentos de culpa, isolamento, estigmatização, baixa autoestima, transtorno de estresse pós-traumático, suicídio, problemas de comportamento e dificuldades escolares (Habigzang & Caminha, 2004; Lopes et al., 2004; Inoue & Ristum, 2008).

Atenção contínua e especializada à saúde física e emocional da vítima é fundamental. A família também deve ser foco de atenção, pois os progenitores não ofensores desempenham importante papel: influenciam o ajustamento dos filhos após o abuso, assim como sua

resposta à terapia (Heflin, Deblinger, Fisher, 2004; Pfeiffer & Salvagni, 2005; Faundes et al., 2006; Amazarray & Koller, 1998; Habigzang et al., 2005).

Diferentes intervenções têm sido propostas para o atendimento de vítimas de abuso sexual (Padilha & Gomide, 2004; Brino & Williams, 2003; 2008). De acordo com Habigzang e Caminha (2004), a terapia cognitivo-comportamental tem apresentado resultado superior ao de outras abordagens não focais no tratamento da violência sexual; porém, mais importante que a teoria subjacente ao atendimento, é proporcionar um ambiente em que a vítima se sinta acolhida e segura.

Tomando por base as considerações anteriormente formuladas teve-se como hipótese que a intervenção cognitivo-comportamental poderia modificar comportamentos inadequados ou de risco, desenvolver habilidades para prevenir novas situações de violência e melhorar a qualidade vida da paciente.

O presente trabalho tem como objetivo apresentar o relato de um atendimento, fundamentado no modelo cognitivo-comportamental, de uma adolescente vítima de violência sexual.

RELATO DO CASO

Participante

F., 13 anos, filha mais velha, foi encaminhada ao Projeto Acolher do Ambulatório do Hospital de Base de São José do Rio Preto - SP, vítima de tentativa de estupro.

História de vida

Proveniente de camada socioeconômica desfavorecida, F. teve contatos esporádicos com o pai até os dois anos de idade. Era cuidada pela bisavó (a mãe trabalhava) e quando estava com cinco anos a mãe casou-se, mas os filhos permaneceram com a avó por mais dois anos. Na sétima série iniciou namoro com um menino mais velho, sem aprovação dos pais. Com o término do namoro, o ex-namorado tentou estuprá-la.

História familiar (figura 1)

A bisavó materna tivera dez filhos e sofrera violência sexual por parte do marido, que era alcoolista, apresentava comportamento promíscuo e relacionamento hostil. A avó materna era também alcoolista e apresentava comportamento promíscuo e instabilidade nos relacionamentos (filha de segundo casamento, assediada sexualmente pelo pai). A mãe de F. também apresentou comportamento promíscuo, tinha bom relacionamento com a avó e relacionamento hostil com a mãe. Na gravidez de F. tentou aborto e foi mãe solteira. Na gravidez do segundo filho realizou várias tentativas de aborto e também foi mãe solteira. Teve o terceiro filho com o atual companheiro, com quem mantém relacionamento instável e conflituoso (parceiro alcoolista e agressivo). Os irmãos de F. estão em acompanhamento psicológico e psiquiátrico e a mãe tem história de depressão. Após a violência sexual, os pais foram pouco acolhedores; acusaram F. pela violência e ameaçaram expulsá-la de casa se não fosse mais virgem.

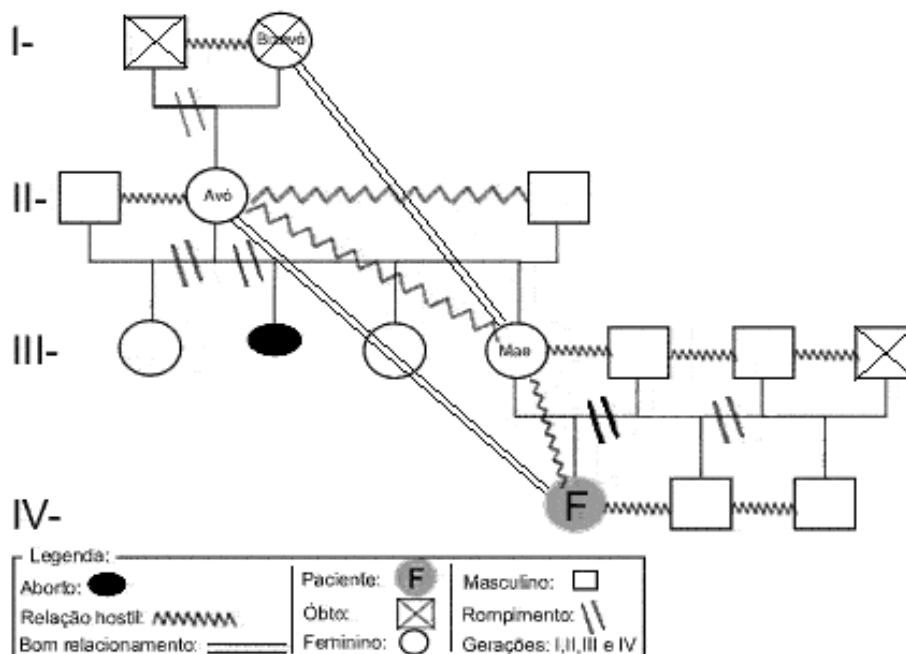


Figura 1. Genograma (Cabral, Alves, Passos, Ladvocat & Sodré, 2002). Aqui.

Material e procedimentos utilizados

O processo teve início com o registro de um boletim de ocorrência na cidade de origem de F. Esta foi encaminhada ao Instituto Médico Legal (IML) de São José do Rio Preto - SP, à emergência do Hospital de Base e posteriormente ao Projeto Acolher, a este último, com finalidade de realizar profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis e iniciar acompanhamento psicológico.

Para avaliação e intervenção foram utilizados: entrevista semidirigida, elaborada pela psicoterapeuta, contendo dados de identificação e sociodemográficos da família, motivos da consulta e história de vida e familiar; Critérios Diagnósticos para Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (APA, 2002); Inventário de Depressão Infantil CDI (Gouveia, Barbosa, Almeida & Gaião, 1995).

Foram realizadas 45 sessões individuais de 50 minutos cada, uma vez por semana, fundamentadas no modelo cognitivo-comportamental. O procedimento incluiu avaliação inicial, intervenção, avaliação final e *follow up*. A estruturação das sessões durante o processo terapêutico está apresentada no Quadro 1.

Sessões / objetivos	Conteúdo
1ª a 5ª Sessões / Avaliação inicial	Estabelecimento de vínculo; entrevista semidirigida; critérios diagnósticos para TEPT; CDI; discussão de queixas e motivação para o tratamento.
6ª a 35ª Sessões / Intervenção:	Discussão dos sintomas de estresse pós-traumático e de depressão; orientação sobre a importância das tarefas de casa e cooperação da paciente na psicoterapia. Identificação de crenças e de pensamentos automáticos; reestruturação cognitiva; relaxamento; dessensibilização sistemática; treino de assertividade; ensaio comportamental; resolução de problemas; exposição e prevenção de respostas; orientações para a mãe.
36ª a 39ª Sessões / Avaliação Final:	Verificação de queixas iniciais, sintomas de estresse pós-traumático e depressão; checagem de novo repertório cognitivo e comportamental; <i>feedback</i> da evolução do tratamento.
40ª a 45ª Sessões / Follow Up	Verificação da aquisição e manutenção de novo repertório cognitivo-comportamental; avaliação dos sintomas de estresse e depressão; orientação e encaminhamento da mãe para psicoterapia.

Quadro 1. Conteúdo geral das sessões durante o processo terapêutico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avaliação inicial

Na entrevista semidirigida foi verificada repetição intergeracional de padrões interacionais: comportamento promíscuo, abuso sexual, alcoolismo e instabilidade nos relacionamentos. Segundo Cerveny (2000), padrões interacionais familiares tendem a se repetir ao longo das gerações e, se não devidamente identificados e conduzidos, podem ser negativos para o indivíduo e família.

Foram identificadas outras queixas, além da tentativa de estupro (que motivou busca da psicoterapia): comportamentos inadequados, agressividade, brigas, problemas escolares (ir para a diretoria quase todos os dias, dificuldades escolares), mentir com frequência, instabilidade nos relacionamentos, falta de confiança nos pais. A frequência e a intensidade das queixas aumentaram após a tentativa de violência sexual.

Embora a paciente apresentasse sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (dificuldades para dormir, pensamentos recorrentes acerca da violência e medo de encontrar o agressor), estes foram insuficientes para um diagnóstico de TEPT. O CDI (27 pontos) indicou sintomas moderados de depressão (Figura 3).

Segundo F., quando revelou a tentativa de estupro aos pais, estes foram pouco acolhedores, culpando-a pela violência. A postura dos pais reflete uma história de funcionamento familiar instável, com muitos conflitos, que se intensificaram após o abuso.

De acordo com a literatura, funcionamento familiar pouco coeso está relacionado ao ajustamento pós-abuso, bem como à presença de outros sintomas comportamentais em crianças e adolescentes sexualmente abusados. O ajustamento pós-abuso pode ser significativamente influenciado pelo nível de apoio recebido dos adultos não ofensores, após a revelação de uma situação de violência (Heflin et al., 2004).

Cadeias funcionais de comportamentos se estabelecem a partir de esquemas de contingências reforçadoras e punitivas. Contingências reforçadoras tendem a manter ou elevar a probabilidade de o comportamento se repetir; contingências punitivas estão relacionadas à redução ou mesmo à extinção do comportamento contingenciado (Guilhardi, 2004). Para Skinner (1980), tais contingências punitivas podem eliciar outros comportamentos não desejados. Neste caso, o ato de revelar a situação de violência foi contingenciado punitivamente, com baixa probabilidade de ser compartilhado novamente com os pais.

De acordo com os dados obtidos nos instrumentos de avaliação e verbalizações da adolescente, pode-se verificar um prejuízo significativo no seu funcionamento psicossocial, com necessidade de intervenção psicoterápica.

Intervenção

Queixas de dificuldades escolares foram trabalhadas com a reestruturação de crenças acerca da exposição em sala de aula e reforço de comportamentos adequados. Solicitar explicação do professor em sala de aula era visto por F. como sinal de incompetência ou incapacidade. Esta visão distorcida da situação foi modificada com a busca de evidências e questionamento socrático (Miyazaki, 2004). Aumento de autonomia visando à realização de tarefas foi obtido com o reforço de comportamentos adequados, como copiar matéria, fazer os exercícios e tarefas de casa, conversar menos e prestar mais atenção nas aulas.

Comportamentos inassertivos na escola e brigas com os irmãos indicam o repertório limitado de F. para solucionar problemas: poucas respostas assertivas verbais e excesso de ações diretas agressivas (ex. brigar, xingar). É possível compreender estas dificuldades pela baixa frequência de oportunidades que F. teve, em sua história de vida, de vivenciar experiências sociais adequadas. Além disso, experiências com comportamentos inadequados foram frequentes durante o desenvolvimento de F. Durante a terapia, estas dificuldades foram abordadas com treino em solução de problemas (Jacob, 2004). O treino em solução de problemas envolve vários passos: 1) ajudar a reconhecer a existência de problemas e admitir que estes podem ser solucionados; 2) identificar e definir de forma clara o problema; 3) formular possíveis soluções e identificar as consequências de cada uma; 4) decidir-se pela solução que provavelmente acarretará a consequência desejada; 5) implementar a solução, observar e avaliar os resultados (Jacob, 2004; Miyazaki, 2004).

Tarefas de casa na busca de atividades prazerosas como ler poesia, ouvir música e jogar vôlei foram gradativamente introduzidas no repertório da adolescente, com vista a aumentar a frequência de reforçadores.

Embora F. não apresentasse sintomas suficientes para um diagnóstico de TEPT, os sintomas presentes acarretavam sofrimento. Estes foram abordados com treino em relaxamento e dessensibilização sistemática (ex. medo de uma nova tentativa de violência por parte do namorado), reestruturação cognitiva para pensamentos disfuncionais (identificados a partir de registro destes pensamentos feito por F.) e exposição com prevenção de respostas (ex. permanecer em situação causadora de ansiedade na ausência de perigo real).

A partir do primeiro mês de intervenção a paciente referiu melhora gradativa dos sintomas de TEPT. No sexto mês referiu pensamentos acerca da situação de violência diante de estímulos específicos (ex. ficar com algum garoto). O resultado positivo destas intervenções é compatível com a literatura em relação à efetividade da terapia cognitivo-comportamental no alívio de sintomas de estresse pós-traumático em adolescentes e vítimas mais jovens de abuso sexual (Heflin & Deblinger, 1999).

Houve redução importante dos sintomas de depressão identificados no CDI na avaliação inicial (Figura 3).

Para a análise das informações cognitivas e afetivas foi utilizado o Diagrama de Conceituação Cognitiva (Beck, 1997) (Quadro 1). Os dados indicam que a paciente apresentou comportamentos de brigas, isolamento e esquiva, baseados na percepção distorcida acerca de situações de insegurança no ambiente escolar, dificuldades no relacionamento com os familiares e medo de encontrar o agressor.

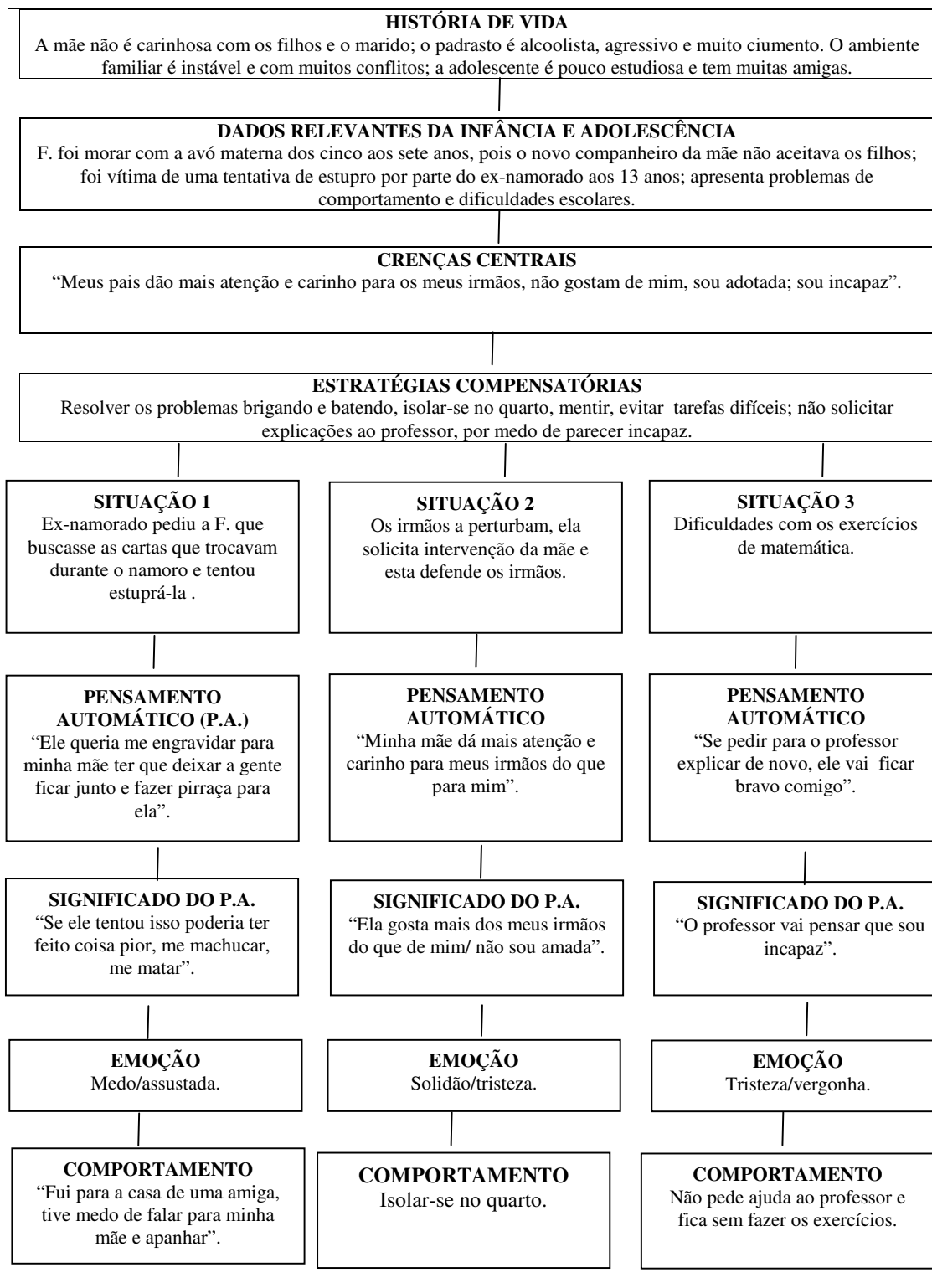
Esta distorção gerou percepções de insegurança, desvalia, incompetência e de não ser amada, que motivaram sentimentos de solidão, tristeza, vergonha, raiva, angústia e medo. Exemplos de situações vivenciadas por F., associadas a estes pensamentos e sentimentos, incluíam: solicitar à mãe que interviesse nas brigas com os irmãos e a mãe não atender; dificuldade em realizar exercício em sala de aula; dificuldade para sair de casa, com receio de encontrar o agressor. Estes pensamentos e sentimentos, ativados nestas situações, confirmavam suas crenças de não ser amada, de ser insegura e incapaz.

Segundo Beck (1997), quando uma crença central é ativada, o paciente é capaz de processar informações que a apoiam, distorcendo aquelas que são contrárias à crença central. Neste caso, os comportamentos, pensamentos, emoções e história de vida da paciente estavam associados a crenças de desamparo e de não ser amada.

O processo cognitivo disfuncional da paciente pode ser associado à sua história de vida, ao complicado funcionamento familiar e às estratégias comportamentais compensatórias que desenvolveu para enfrentar suas crenças. O processo terapêutico procurou desenvolver estratégias mais adequadas para lidar com os problemas diários, que substituíssem estratégias inadequadas como brigar, bater, mentir ou esquivar-se.

Foram realizadas orientações com a mãe, para: a) estimular relações afetivas com a filha, b) romper a continuidade de comportamentos inadequados (como estimular a filha a resolver os problemas, brigando e batendo: “...se brigar na rua, você bate, porque se apanhar, apanhará novamente quando chegar em casa”); c) reforçar tentativas de comportamentos

adequados; e d) desenvolver repertório de contingenciamento reforçador.



Quadro 1. Diagrama de Conceitualização Cognitiva e Afetiva.

Avaliação final

As queixas apresentadas na avaliação inicial melhoraram de forma relevante. A aquisição de novo repertório cognitivo e comportamental pode ser observada com a aquisição de estratégias de enfrentamento mais adequadas para lidar com situações ativadoras de crenças disfuncionais de incompetência e de não ser amada. Algumas verbalizações de F. ilustram estas mudanças:

- a - Estou com menos notas vermelhas e, quando tenho dificuldades em alguma matéria peço ajuda para as amigas ou para o professor (sic) **(Modificação de crença e comportamentos disfuncionais)**.
- b - Não resolvo mais os meus problemas brigando ou batendo, agora procuro conversar e resolver de outras maneiras (sic) **(Modificação de comportamento)**.

c - Estou mais compreensiva, menos nervosa, acho que a minha mudança ajudou na mudança deles (sic) **(Modificação de pensamentos disfuncionais)**.

d - Não acredito mais que os meus pais dão mais atenção e carinho para os meus irmãos e que gostam mais deles do que de mim. Penso que eles são menores, e eu já sei me virar, por isso, às vezes, meus pais se preocupam mais com eles do que comigo. Acho que eles gostam de nós três por igual (sic) **(Modificação da crença de não ser amada)**.

Dados relativos ao comportamento de “ir para a diretoria” indicam redução significativa para esta queixa, importante no funcionamento escolar da de F. (Figura 2).

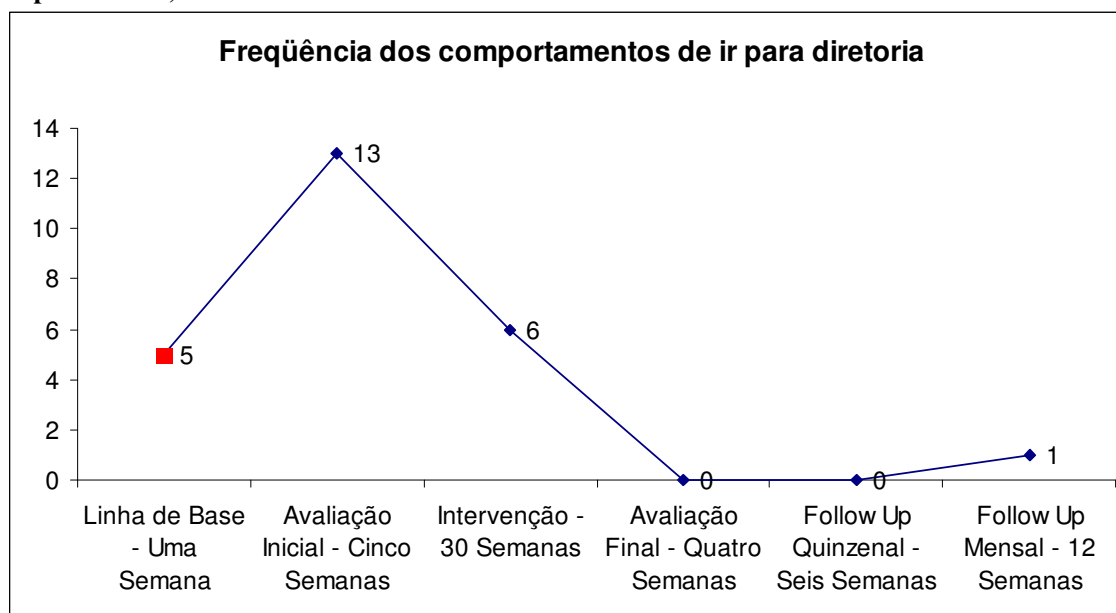


Figura 2. Frequência de Comportamentos de ir Para a Diretoria Antes e Após a Intervenção. Aqui

Não referiu sintomas de estresse pós-traumático e houve redução no escore do CDI (escore classificado como ausência de sintomas significativos (Figura 3).

O trabalho terapêutico visa a promover mudanças cognitivas e comportamentais que reduzam o sofrimento e a aumentar contingências reforçadoras. O bom resultado dessa tarefa está ligado à qualidade da relação terapêutica (Meyer & Vermes, 2001). Neste trabalho, além das estratégias e técnicas utilizadas, é importante destacar a adesão da paciente ao processo, dado que evidencia o estabelecimento de vínculo terapeuta-cliente, fundamental para o progresso dos pacientes.

Follow Up

Foram realizados três encontros quinzenais e três mensais, para verificar as queixas iniciais, que apresentaram melhora significativa. Fazia sete meses que F. não era chamada à diretoria. Está copiando matéria, fazendo as atividades, solicitando explicações; algumas notas melhoraram, mas não conseguiu recuperar as cinco matérias em que estava com dificuldades, sendo reprovada para o ano. Não apresentou sintomas de estresse pós-traumático e manteve ausência de sintomas de depressão (Figura 3). Quanto às crenças de “não ser amada” e “ser incapaz”, refere: *...nem penso mais nisso* (sic).

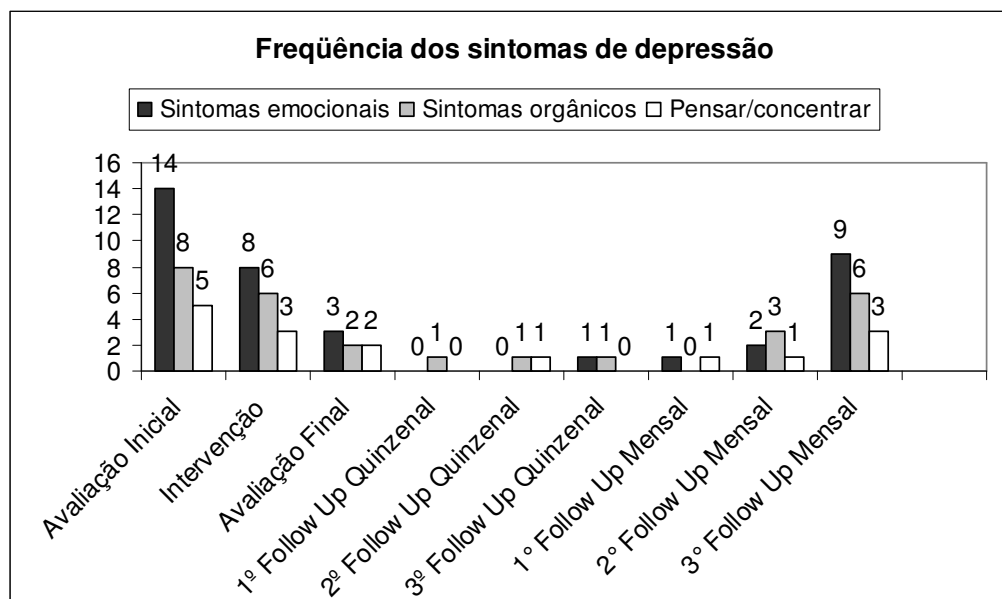


Figura 3. Frequência dos Sintomas de Depressão Durante todo o Processo Terapêutico.

No segundo *follow up* mensal houve um aumento nos sintomas de depressão, associado aos eventos “ter reprovado o ano” e “morte do padrasto”. No último *follow up* mensal também apresentou aumento nos sintomas de depressão, classificados como leves, associados à proibição de namoro pela mãe, como uma punição por ter reprovado o ano escolar (Figura 3). Estes resultados, apesar de associados a episódios de vida significativos, indicam necessidade de generalização dos recursos e estratégias aprendidos.

Foram necessários encontros de orientação com a mãe para sensibilizá-la a facilitar generalizações das estratégias aprendidas pela adolescente durante o processo terapêutico. Esta, porém, mostrou-se irredutível em relação às punições. Pesquisas com meninos sexualmente abusados mostram que alto grau de conflito familiar está associado a resultado negativo da terapia (Heflin et al., 2004).

Após a morte do padrasto, a mãe de F. sentiu-se muito desamparada, referindo sintomas depressivos. Proibiu o namoro de F. por ter sido reprovada no ano, sem considerar as dificuldades escolares que já apresentava antes do namoro, precipitando instabilidade no relacionamento entre ambas e reativação de comportamentos inadequados na adolescente, como mentir e fazer “coisas” às escondidas.

De acordo com Heflin et al. (2004), uma das maneiras de os profissionais da saúde ajudarem crianças e adolescentes sexualmente abusados é ajudar seus progenitores não ofensores a superar dificuldades psicossociais que impedem sua capacidade de serem

terapêuticos e apoiadores. Neste sentido, sugeriu-se psicoterapia para a mãe de F. trabalhar padrões de interação vistos na família de origem que continuavam a se repetir e dificultavam o relacionamento com a filha, a generalização e manutenção dos novos comportamentos aprendidos (Cerveny, 2000).

A paciente recebeu *feedback* positivo acerca da sua melhora e orientações sobre possíveis reativações de pensamentos e comportamentos inassertivos. Foi solicitado *feedback* sobre o tratamento, sobre o qual referiu um impacto positivo. Continuará sendo acompanhada para equacionamento das novas queixas, referentes ao relacionamento com a mãe e pendências escolares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho mostra o impacto positivo de uma intervenção cognitivo-comportamental no tratamento de uma adolescente vítima de violência sexual, com sintomas de estresse pós-traumático, depressão, dificuldades escolares e problemas de comportamento. Este modelo ajudou a paciente a compreender melhor seu funcionamento psicológico, possibilitou o desenvolvimento de novo repertório cognitivo e comportamental e a modificação de crenças. O *follow up* indicou a manutenção dos ganhos terapêuticos.

Não obstante, alguns comportamentos se mantêm, possivelmente em função do contexto familiar, principalmente o fato de a mãe ter dificuldade em favorecer mudanças, ser excessivamente punitiva, não

aberta ao diálogo e ao desenvolvimento e manutenção de habilidades adequadas.

A violência sexual, queixa principal e motivo do acompanhamento psicológico, não foi um fator isolado no desencadeamento da maioria dos problemas apresentados, mas contribuiu para evidenciar uma estrutura e funcionamento familiar disfuncional, negligente e pouco apoiador previamente existente. Essas características do funcionamento familiar favoreciam situações de vulnerabilidade. Não encontrando um ambiente seguro e protetor junto à sua família, a adolescente, por várias vezes, envolveu-se em situações agressivas e de risco.

Para futuros estudos considera-se importante o acompanhamento não só da vítima de violência, mas também dos familiares (desde o início do processo), uma vez que o ajustamento pós-abuso pode ser significativamente influenciado pelo nível de apoio recebido dos adultos não ofensores após a revelação do abuso sofrido.

Um relato de caso, embora possibilite avaliar e revisar intervenções, tornando concreta a compreensão e intervenção diante de um problema, não permite generalizações; porém estudo realizado com atendimento cognitivo-comportamental em grupo, para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, mostrou-se efetivo para reduzir sintomas psicológicos nos participantes (Habigzang et al., 2009).

REFERÊNCIAS

- Aded, N. L. O., Dalcin, B. L. G. S., Moraes, T. M. & Cavalcanti, M. T. (2006). Abuso Sexual em Crianças e Adolescentes: Revisão de 100 anos de literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33, 204-213.
- APA - American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR)* (4ª ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- Amazarray, M. R. & Koller, S. H. (1998). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11, 559-578.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brino, R. F. & Williams, L. C. A. (2003). Concepções da professora acerca do abuso sexual infantil. *Cadernos de Pesquisa*, 119, 113-128.
- Brino, R. F. & Williams, L. C. A. (2008). Professores como agentes de prevenção do abuso sexual infantil. *Educação e Realidade*, 33, 209-230.
- Cabral, C., Alves, E. O., Passos, A., Ladvoat, C. & Sodré, S. B. (Org.). (2002). *Trabalho Social com Família*. (3ª Ed rev). São Paulo: Booklink.
- Cervený, C. M. O. (2000). *A família como modelo: desconstruindo a patologia*. Campinas: Editora Livro Pleno.
- Faundes, A., Rosas, C. F., Bedone, A. J., & Orozco, L. T. (2006). Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 28, 126-135.
- Gomes, M. L. M., Neto, G. H. F., Viana, C. H., & Silva, M. A. (2006). Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas em um serviço de Apoio à mulher, Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 6(Supl 1), S27-S34.
- 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.
- Guilhardi, H. J. (2004). Terapia por contingência de reforçamento. Em C. N. Abreu & H. J. Guilhardi *Terapia Comportamental e Cognitivo-comportamental: Práticas clínicas* (p.3-40). São Paulo: Roca.
- 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, 341-348.
- Habigzang, L. F., Strocher, 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(Supl 1), 70-78.
- Heflin, A. H., & Deblinger, E. (1999). Tratamento de um adolescente sobrevivente de abuso sexual na Infância. Em M. A. Reinecke, F. M. Datilio & A. Freman, A. (org.). *Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes: Manual para a prática clínica* (p. 161-178). Porto Alegre: Artmed.
- Heflin, A. H., Deblinger, E. & Fisher, C. D. (2004). Abuso Sexual da Criança. Em M. A. Reinecke, F. M. Datilio & A. Freman, A. (org.). *Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes: Manual para a prática clínica* (pp. 144-165). Porto Alegre: Artmed.
- Inoue, S. R. V., & Ristum, M. (2008). Violência Sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. *Estudos de Psicologia*, 25, 11-21.
- Jacob, L. S. (2004). Treino de resolução de problemas. Em C.N. Abreu, H.J. Guilhardi (org.) *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental* (p.344-351). São Paulo: Roca.
- Laks, J., Werner, J., & Miranda-Sá, L.S. (2006). Psiquiatria forense e direitos humanos nos pólos da vida: crianças, adolescentes e idosos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (Supl II): S80-S85.
- Lopes, I. M. R. S., Gomes, K. R. O., Silva, B. B., Deus, M. C. B. R., Galvão, E. R. C. G. N. & Borba, D. C. (2004). Caracterização da violência Sexual em mulheres atendidas

- no Projeto Maria-Maria em Teresina – PI. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 26, 111-116.
- Meyer, S. & Vermes, J. S. (2001). Relação Terapêutica. Em B. Range (org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (p.101-110). Porto Alegre: Artmed.
- Miyazaki, M.C.O.S. (2004). Diálogo socrático. In: C.N. Abreu, H.J. Guilhardi (org). *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental* (p.311-319). São Paulo: Roca.
- Padilha, M.G.S. & Gomide, P.I.C. (2004). Descrição de um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estudos de Psicologia*, 9,53-61.
- Pfeiffer, L. & Salvagni, E.P.(2005). Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 81 (Supl 5): S197-S204.
- Pires, A.L.D. & Miyazaki, M.C.O.S. (2005). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde*. 12, 42-49.
- Pires, A. L. D. (2005). *Avaliação das notificações compulsórias de maus-tratos contra crianças e adolescentes do município de São José do Rio Preto/SP*. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.
- Ribeiro, A.M., Ferriani, M.G.C., & Reis, J.N. (2004). Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 456-464.
- Skinner, B. F. (1969/1980). *Contingências de reforço*. São Paulo: Abril Cultural.
- Talbot, N.L., Chapman, B., Conwell, Y., McCollum, K., Franus, N., Cotesco, S., Duberstein, P.R. (2009). Childhood sexual abuse is associated with physical illness burden and functioning in psychiatric patients 50 years of age and older. *Psychosomatic Medicine*, 71, 417-422.
- Terry, K.J. & Tallon, J.(s/d). Child Sexual Abuse: A Review of the Literature. Disponível em <http://www.usccb.org/nrb/johnjaystudy/litreview.pdf> Acesso em 24 de outubro de 2009.

Recebido em 17/03/2009

Aceito em 04/11/2009

Endereço para correspondência : Eliane Regina Lucânia. Laboratório de Psicologia e Saúde da FAMERP. Av. Brigadeiro Faria Lima, nº 5416. Vila São Pedro. Cep. 15090.000. São José do Rio Preto – SP. Tel. 17-32015842. FAX. 17-3201-5704. Brasil. E-mail: elucania@bol.com.br