

Terapia Cognitivo-Comportamental em situação de Abuso Sexual: um Estudo de Caso

Cognitive-Behavioral Therapy in situations of Sexual Abuse: a Case Study

Júlio Gonçalves¹, Juliana Vieira Silva²

¹Autor para correspondência. Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, Santa Catarina, Brasil. ORCID: 0000-0002-5026-8967. psico.julio@edu.univali.br

²Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, Santa Catarina, Brasil. ORCID: 0000-0003-1785-7986. juliana_vas_psi@hotmail.com

RESUMO | As consequências ocasionadas pelo abuso sexual são múltiplas e podem circunscrever desde modificações nos padrões de respostas psicológicas à impactos negativos no processo de desenvolvimento. Em sua maioria, os impactos de ordem psicológicas são traduzidos em distorções cognitivas que são caracterizadas pela forma com que o indivíduo percebe a si e os outros, produzindo assim alterações comportamentais, cognitivas e emocionais. Outrossim, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é dotada de aporte teórico-prático, com evidências substanciais, que atua centrada em problemas específicos com intuito de gerar soluções funcionais a esses indivíduos, inclusive em casos de abuso sexual. Dessa forma, o objetivo do presente trabalho é descrever uma intervenção realizada por meio da Terapia Cognitivo-Comportamental para redução do medo, culpa e ansiedade antecipatória em uma paciente que sofreu abuso sexual. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório, organizada por meio de uma estrutura descritiva norteada pelas informações coletadas e baseadas em proposições teóricas, com avaliações mensais através de um Inventário de Ansiedade. Como resultados, foi observado melhorias substanciais referente às cognições, comportamentos e sentimentos da paciente, com expressivo aumento na qualidade de interações sociais e diminuição do sentimento de culpa, medo e de sintomas ansiosos.

PALAVRAS-CHAVE: Abuso sexual infantil. Terapia cognitivo-comportamental. Psicologia clínica.

ABSTRACT | The consequences of sexual abuse are manifold and can range from changes in patterns of psychological responses to negative impacts on the development process. For the most part, psychological impacts are translated into cognitive distortions that are characterized by how the individual perceives self and others, producing behavioral, cognitive and emotional changes. Furthermore, Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) is endowed with a theoretical-practical contribution, with substantial evidence, which focuses on specific problems with the purpose of generating functional solutions to these individuals, including in cases of sexual abuse. The objective of the present study is, therefore, to describe an intervention performed through Cognitive-Behavioral Therapy to reduce fear, guilt and anticipatory anxiety in a patient who has been sexually abused. It is a qualitative research of an exploratory nature, organized through a descriptive structure guided by the information collected and based on theoretical propositions, with monthly evaluations through an Anxiety Inventory. As results, substantial improvements were observed regarding the cognitions, behaviors and feelings of the patient, with expressive increase in the quality of social interactions and decrease of feelings of guilt, fear and anxious symptoms.

KEYWORDS: Child sexual abuse. Cognitive behavioral therapy. Clinical psychology.

Introdução

A violência contra crianças e adolescentes é considerada uma realidade que atinge milhares de famílias pelo mundo. Dispostas à maior vulnerabilidade e por dependerem do cuidado de adultos, crianças e adolescentes são as principais vítimas de maus-tratos e abusos, práticas que se caracterizam em um problema sério de cunho psicossocial, jurídico e de saúde pública (Santos, 2013; Florentino, 2015, WHO, 2014).

Estimativas acerca dos maus-tratos e abusos, apontam que 22% dos adultos no mundo sofreram abusos físicos na infância, 36% sofreram abuso emocional e 16% sofreram negligência, não havendo significativas diferenças entre gêneros. Entretanto, tratando-se pontualmente de abuso sexual na infância, acentua-se essa diferença: 7,6% para meninos e 18% para meninas (WHO, 2014). Dados estatísticos, apresentados pelo Ministério dos Direitos Humanos (Ministério dos Direitos Humanos, 2017), apontam a violência sexual contra crianças e adolescentes a quarta violação com maior índice de denúncia no Disque 100, sucedida por negligência, violência física e violência psicológica. Em 2015, houveram 80.437 denúncias referente à crianças e adolescentes, havendo 21.3% relacionado à violência sexual em que as meninas representam 68% das vítimas (Ministério dos Direitos Humanos, 2017).

Subsídios relevantes, dispostos no Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência (WHO, 2014), apresentam evidências de que crianças vítimas de maus tratos, e mulheres que sofreram abuso sexual, enfrentam maiores problemas de saúde e procuram com maior frequência os atendimentos de saúde ao longo da vida do que aquelas que não sofreram abuso. Nesse sentido, estudos de revisão sinalizam que entre os danos de ordem psicológicas, encontram-se altas taxas de suicídio, abuso de substâncias psicoativas, Transtorno do Estresse Pós-Traumático, problemas em relação à percepção da imagem corporal, desordens de ansiedade e comportamento antissocial (Almeida, 2012).

Os impactos negativos ocasionados pela exposição à violência infantil, inclui-se aqui principalmente o abuso sexual infantil, são evidentes e permane-

cem no decurso da vida através de queixas sintomáticas, quadros fóbicos e ansiosos, distúrbios do sono, sentimento de rejeição, sensações crônicas de perigo, culpa excessiva, doenças gastrointestinais, problemas sexuais e de saúde reprodutiva, déficits nas habilidades sociais, entre outras (Schneider & Habigzang, 2016; Florentino, 2015; WHO, 2014; Baía, et al., 2015; Day, 2003; Silva & Hutz, 2002). Especificamente, as crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual podem apresentar diversas alterações comportamentais e cognitivas, que se traduzem na irritabilidade, isolamento social, comportamentos auto lesivos, baixa concentração e atenção, baixo rendimento escolar e diversas distorções cognitivas como a personalização e a generalização, assim como intensas alterações emocionais, como sentimentos de medo, vergonha, culpa, ansiedade, tristeza, raiva e irritabilidade (Schneider & Habigzang, 2016).

Alusivo às intervenções psicoterápicas voltadas à pacientes que sofreram abuso sexual, diversas modalidades terapêuticas são apontadas como recursos pela literatura, destacando-se modalidades individual, familiar e grupal. As pesquisas realizadas até então, apontam uma prevalência de resultados positivos mais frequentes na modalidade grupal (Baía, 2015; Schneider, & Habigzang, 2016). Especificamente no Brasil, fundamentado pelo modelo de Grupoterapia Cognitivo-Comportamental, o programa Superar tem apresentado efetividade em suas aplicações (Damásio et al., 2014), contudo, conforme citam Habigzang e Schneider (2016), a prática clínica no formato individual carece de intervenções respaldadas por evidências substanciais.

Por conseguinte, no nível de modelos explicativos de psicoterapia individual, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem apresentado evidências numerosas na modificação de distorções cognitivas e comportamentos desadaptativos nos transtornos ansiosos, que em indivíduos que sofreram abuso sexual podem constituir-se como subprodutos sintomáticos centrais (Florentino, 2015). Transversalmente, essas numerosas evidências são fundamentadas pelos estudos de psicoterapias baseadas em evidências, com detenção de eficácia bem estabelecida no uso das técnicas de modelagem, práticas de reforço, manejo de ansiedade, entre outras (Pheula & Isolan, 2007).

A premissa básica da TCC é de que as percepções que o indivíduo possui sobre o mundo alteram comportamentos e emoções. Essas percepções podem ser identificadas através dos pensamentos automáticos que se caracterizam por interpretações imediatas de qualquer situação. Os pensamentos automáticos são mantidos por esquemas cognitivos, compostos por crenças nucleares que se alicerçam através das experiências adquiridas durante o processo de desenvolvimento, e geram, conseqüentemente, crenças subjacentes com pressupostos abalizados em regras, atitudes e suposições que mantêm sua interpretação acerca dos contextos que acessa (Knapp & Beck, 2008). Ademais, a TCC aplicada à pacientes que sofreram abuso sexual tem por finalidade a redução dos sintomas ansiosos/depressivos, através da reestruturação cognitiva, assim como a reestruturação da memória traumática (Schneider & Habigzang, 2016).

Dessa forma, o objetivo do presente trabalho é descrever uma intervenção realizada por meio da Terapia Cognitivo-Comportamental para redução do medo, culpa e ansiedade antecipatória em uma paciente que sofreu abuso sexual.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório. Devido ao estudo de caso valer-se da abordagem descritiva e qualitativa, a análise foi baseada em proposições teóricas, agrupando o conjunto de dados com base nas mesmas e procurando evidência das relações causais extraídas pela teoria, em que se tem por resultado uma estrutura descritiva que identifica a existência de padrões de relação entre as informações coletadas (Yin, 2001; Denzin & Lincoln, 2000).

As escolhas das intervenções definiram-se a partir da delimitação dos objetivos específicos, sendo utilizadas técnicas fundamentadas teoricamente pela TCC. Desse modo, elaborou-se um plano de tratamento em conjunto com a paciente e aplicou-se mensalmente o Inventário de Ansiedade dos autores Greenberger e Padesky (2017), com o objetivo de avaliar a manifestação dos sintomas ansiosos.

Os aspectos éticos foram observados conforme critérios estabelecidos pela Resolução 466/12 do CO-NEP para as pesquisas que envolvem seres humanos. As intervenções psicoterápicas iniciaram após autorização por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que consta a utilização das sessões para fins de pesquisas acadêmicas e posterior aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí sob o CAAE n. 68401217.7.0000.0120, em 26 de junho de 2017.

Descrição do caso

A mãe da adolescente Marta (nome fictício) procurou atendimento psicoterápico em uma Clínica Escola de Psicologia de uma instituição de ensino superior de Santa Catarina em virtude do psicodiagnóstico relacionado ao Transtorno Relacionado a Traumas e Estressores Não Especificado, sendo inserido o Abuso Sexual Infantil Confirmado como outras condições que podem ser foco de atenção clínica (DSM-5, 2014), dado pela Unidade Básica de Saúde de seu território. Marta possuía 14 anos, morava com a mãe e com a irmã, e cursava o primeiro ano do ensino médio.

A mãe divorciou-se do pai biológico quando Marta tinha sete anos de idade. Após o período de três anos a mãe casou-se novamente, assim Marta e sua irmã passaram a conviver com o padrasto diariamente. Durante o período de convivência, o padrasto passou a se aproximar sucessivamente de Marta em busca de contato físico através de abraços. A adolescente não informou as situações para a mãe com receio de que fosse repreendida, o que permitiu que o abusador passasse a intensificar progressivamente o contato físico.

Com a intensificação do contato físico, ao ponto de consumir o abuso sexual, o padrasto passou a realizar ameaças pessoais caso a adolescente contasse para alguém, com a justificativa de que iria machucar a mãe, a irmã e a própria Marta. A descoberta da ocorrência de abuso sexual se deu quando a mãe observou mensagens comprometedoras no celular de Marta, levando assim, a confissão do abuso sexual sob intervenção de órgãos militares.

Recursos Interventivos

O processo psicoterapêutico da TCC tem caráter breve e focal e suas premissas são alicerçadas na inter-relação entre cognição, emoção e comportamento, ou seja, tanto o funcionamento normal do ser humano quanto o psicopatológico ocorrem a partir dessa relação durante todo processo de desenvolvimento humano (Knapp, 2008). A interpretação equivocada de uma experiência, processo que envolve pensamento e emoção, tem como consequência uma

ampliação na percepção falha de um indivíduo, o que ocorre de modo distinto nos diferentes transtornos. Ademais, a TCC visa alcançar a reestruturação cognitiva de modo que essas mudanças reflitam no nível comportamental, fisiológico e emocional do indivíduo (Neufeld & Cavenage, 2010).

A distribuição final das intervenções psicoterápicas, definidas a partir das demandas trazidas nas sessões, pode ser observada na figura 1:

Figura 1. Diagrama dos recursos interventivos utilizados nas sessões

Sessões - 1º a 4º	Sessões - 5º a 10º	Sessões - 11º e 12º
Avaliação Cognitiva e Psicoeducação sobre Modelo Cognitivo	Intervenções Cognitivo Comportamentais	Devolutiva e encaminhamentos
Empirismo Colaborativo Aliança Terapêutica Contrato Psicológico Queixa Inicial Conceitualização Cognitiva	Descoberta Guiada Questionamento Socrático Exame de Evidências Descatastrofização e Ressignificação Relaxamento Progressivo Respiração Diafragmática Reatribuição Seta Descendente Técnica da Análise Processual	Prevenção à Recaída Feedback da Psicoterapia Devolutiva

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

Resultados e Discussão

Avaliação Cognitiva Inicial e psicoeducação sobre Modelo Cognitivo

Para compreender o funcionamento cognitivo de Marta iniciou-se o levantamento de dados para Conceitualização Cognitiva, sendo este um norteador primordial para a escolha de intervenções efetivas (Knapp, 2004).

Para análise das queixas iniciais, foi combinado que Marta registraria todo evento que a fizesse sentir-se ansiosa, com medo ou triste. Um desses eventos ocorreu nas primeiras sessões, do seguinte modo: ao atravessar a rua, a paciente percebeu um grupo de pessoas conversando no lado em que se deslocava, assim, com o objetivo de reduzir o medo, Marta atravessou para o outro lado e acelerou sua passada. Essa situação gerou sensações fisiológicas

de taquicardia, sudorese e tremores, sintomas recorrentes em vítimas de violência sejam elas sexual ou agressão (Silva, 2000).

Com o intento de identificar as regras que têm mantido as esquivas da paciente, indagou-se o motivo, além do medo, que a levou fugir dessa situação. Foi identificado pressupostos subjacentes baseados em regras e atitudes: “Não existem pessoas boas, eles podem me fazer mal. E também tenho vergonha de mim” (sessão 2). Essas afirmações denotam crenças nucleares relacionadas a sentimento de fragilidade e vulnerabilidade, constructos que são, basicamente, as “lentes” que os indivíduos interpretam o mundo. A partir dela são expressas crenças subjacentes que mantêm pressupostos básicos e ditam a forma como a pessoa atua nos ambientes que acessa, que em casos traumáticos e psicopatológicos se traduzem em interpretações desproporcionais acerca do mundo (Knapp, 2004; Knapp & Beck, 2008).

Dessa forma, iniciou-se o processo de psicoeducação sobre a influência dos pensamentos no comportamento e suas implicações quando variam em excesso, ou seja, as distorções cognitivas (Knapp & Beck, 2008). Para observar operacionalmente os pensamentos automáticos e suas consequências, apresentou-se o Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD), instrumento basilar para a identificação, exame e modificação da cognição (Greenberger & Padesky, 2017; Neufeld & Cavenage, 2010; Knapp, 2004).

Por meio do RPD, a paciente pôde analisar cada elemento ativador das respostas disfuncionais e avaliar as interpretações realizadas nesses contextos. Dentre as distorções cognitivas identificadas, o sentimento de culpa pela ocorrência do abuso, assim como todos outros aspectos relacionados ao abuso (personalização e generalização) foram frequentes e relatados com intenso sofrimento. O RPD permite com que o indivíduo tenha uma percepção mais racional sobre suas interpretações, sendo possível generalizar essa análise para outros contextos, promovendo mudanças graduais no sistema que rege seu funcionamento, as crenças nucleares (Knapp, 2004; Neufeld & Cavenage, 2010).

Após identificação dos eventos ativadores, pensamentos automáticos e respostas, explicou-se sobre o manejo da ansiedade, sendo realizado um treino (sessão 3) de Respiração Diafragmática (Knapp, 2004). Os sintomas fisiológicos da ansiedade surgem como mecanismos de defesa do organismo e o mobiliza para fuga ou luta, dessa forma, a Respiração Diafragmática (RD) ajuda na ativação do sistema parassimpático, e desativa o sistema de fuga ou luta na mesma medida em que auxilia a restaurar a sensação de relaxamento (Neto, 2011).

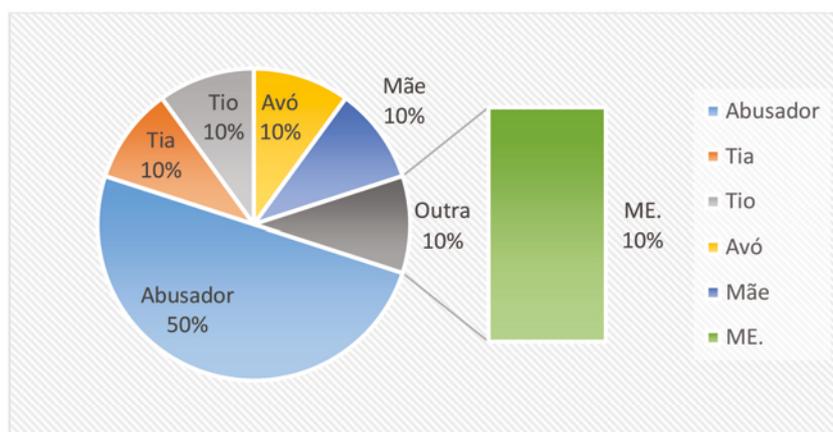
Um dos eventos analisados (sessão 4) se deu quando Marta estava assistindo televisão com sua mãe e a percebeu chorando. Os pensamentos automáticos foram: “Não contei para minha mãe sobre o abuso, sou a culpada dessa tristeza”. A expressão facial de choro da mãe gerou tristeza e pensamentos que se caracterizam em uma distorção cognitiva de personalização, ou seja, intensa culpa por acontecimentos negativos com falhas em perceber outros indivíduos e variáveis envolvidas (Knapp, 2004).

De modo a instigar Marta a evidenciar a veracidade desses pensamentos, realizou-se questionamentos acerca da validade dessas informações através do Exame de Evidências, método que torna possível observar as evidências que apoiam e não apoiam os pensamentos disfuncionais (Greenberger & Padesky, 2017). Esse método é classificado como Descoberta Guiada a partir do Questionamento Socrático, em que os questionamentos servem como linhas orientadoras para o entendimento e exploração de possíveis soluções para o problema, que se define por descatastrofização. A Descoberta Guiada aumenta a frequência do envolvimento do paciente, permitindo com que se sinta agente ativo no processo terapêutico, além de conhecer suas performances frente aos contextos (Caminha, et al., 2003; Wright, et al., 2008).

Intervenções Cognitivo-Comportamentais

Para discutir a temática “culpa” (sessão 5) foi apresentado a técnica a Torta da Responsabilidade para Culpa ou Vergonha (Greenberger & Padesky, 2017). A partir do gráfico o indivíduo consegue analisar as variáveis que compõem o evento e distribuir responsabilidades às pessoas envolvidas (Friedberg, et al., 2011; Greenberger & Padesky, 2017; Wright, et al., 2008). Marta optou por analisar a ocorrência do abuso sexual, recordações que possuem significados altamente negativos e que geram intenso sentimento de culpa. Os comportamentos emitidos por indivíduos vítimas de traumas, entre eles o abuso sexual, são resultados de mudanças significativas em seus esquemas cognitivos em que a auto responsabilização é uma das cognições principais (Kristensen, et al., 2011).

Solicitou-se à Marta que descrevesse todas as pessoas e circunstâncias que constituíram o abuso sexual: “minha tia e meu tio apresentaram ele (abusador) para minha mãe, minha avó permitiu que minha mãe trouxesse ele para dentro de casa”. Para analisá-la visualmente, se transpôs a circunstância e pessoas para um gráfico, que a partir da discussão e revisão das interpretações de Marta se construiu da seguinte maneira:

Figura 2. Distribuição de responsabilidade do abuso sexual

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

Após a transposição da circunstância e pessoas envolvidas discutiu-se como a organização do gráfico afeta seus sentimentos de culpa, ao mesmo tempo em que foi questionado sobre quais medidas são possíveis tomar, mesmo que a maior culpada fosse a paciente. Marta obteve uma interpretação adaptativa na distribuição de responsabilidades, atribuindo a si mesma 10% de culpa, apresentando indícios de descatastrofização referente suas crenças. Os autores Friedberg e McClure (2007) intitulam de Reatribuição o procedimento que promove avaliação do indivíduo sobre explicações alternativas, podendo ser utilizada quando o indivíduo assume responsabilidade às situações que não possui controle. O uso de técnicas de reatribuição, entre elas a Torta da Responsabilidade para Culpa ou Vergonha, tem evidenciado resultados efetivos em tratamentos para casos relacionados à sintomas de ansiedade, pois permite estimular o paciente a reavaliar os possíveis fatores que estão envolvidos em uma situação e ponderar um nível mensurável de responsabilidade a cada um desses fatores ou indivíduos (Friedberg, McClure & Garcia, 2011).

Uma das queixas recorrentes da paciente (sessão 7) são as constantes preocupações relativas aos eventos futuros, compreendidas pela modelo cognitivo-comportamental como distorções cognitivas de adivinhação. Além de elaborar previsões negativas, Marta age impulsivamente em diversas situações com o fim de suprimir estímulos aversivos, por exemplo: “sei que tenho tudo que preciso na mochila, mas preciso conferir para ter certeza que está lá”. Esses sintomas ansiosos estão relacionados aos pressupostos subjacentes, por conseguinte, as consequências

em manter essas crenças intactas se resumem na utilização de Estratégias de Enfrentamento (Banaco & Zamignani, 2005).

A ansiedade por se caracterizar por comportamentos que possuem a função de fuga e esquiva de eventos potencialmente aversivos, reforçam as crenças de periculosidade incompatíveis com o que realmente ocorre (Banaco & Zamignani, 2005). A paciente apresenta elevados sintomas ansiosos, que se traduzem na conferência constante de que a porta está realmente fechada e hipervigilância, consequências geradas pelo abuso de que sua vida está em constante exposição ao perigo (Day, 2003).

Com objetivo de estimular a paciente a reavaliar suas distorções cognitivas se utilizou como estratégia a Descatastrofização (Knapp, 2004). O intuito da técnica é avaliar a veracidade das possíveis consequências dos eventos futuros e diminuir o impacto emocional dessas situações através de questionamentos como: o que de pior poderia acontecer se você esquecesse de levar algum item para a escola? Se você não fizer o trabalho da escola muito bem o que de pior poderia ocorrer? Isso de algum modo porá em risco sua vida? Às vezes em que a porta ficou aberta, algo ruim ocorreu? A diminuição do impacto emocional, através da avaliação das consequências dos eventos futuros, permite com que a paciente seja mais efetiva na solução de seus problemas quando exposta à essas circunstâncias, adquirindo estratégias de enfrentamento funcionais e redução de repostas ansiosas e impulsivas (Knapp, 2004; Wright, et al., 2008).

Para introdução ao conceito de pressupostos subjacentes discutiu-se sobre a apresentação de um seminário na escola (sessão 10). Ao sentir-se nervosa e ansiosa por rememorar que havia trabalho da escola para ser apresentado no outro dia, Marta se perguntou o que poderia acontecer de pior se não conseguisse apresentar, e, concluiu, que o máximo de consequência seria uma nota baixa. Ao mesmo tempo em que avaliava a veracidade das possíveis consequências desse evento, Marta reproduziu de maneira imaginada um RPD, em que as evidências que não apoiavam o pensamento automático era que em outros seminários que apresentou, mesmo sem estudar muito, saiu-se bem. Após o seminário constatou que seu desempenho se deu de forma satisfatória e com nota acima de média, concluindo que a antecipação negativa desse evento não condiz com a real consequência. A partir do evento relatado solicitou-se que a paciente formulasse uma frase que resumisse a ansiedade elevada anterior a apresentação do trabalho na escola: “Eu precisava que o trabalho ficasse bom para que ninguém risse de mim”.

Assim, inseriu-se o conceito de pressupostos subjacentes, que se constituem em normas e regras que direcionam nosso comportamento e interpretação acerca do mundo, mantendo assim, uma cascata de pensamentos automáticos ativados (Caminha, et al., 2003). Após psicoeducação sobre os pressupostos subjacentes construíram-se novas regras com objetivo de tornar o dia a dia de Marta funcional. Por exemplo, ao invés de procurar ser melhor em tudo que faz, acertou-se de que ela se observaria, através de um Experimento Comportamental, em qual frequência e intensidade as pessoas em que convive à cobraria da realização de tarefas da melhor forma possível.

Os resultados observados não condisseram com seus pressupostos, a paciente identificou que nenhuma pessoa exigiu perfeição nas tarefas que realizou e muitas sequer perceberam que houve erros. Essa situação evidencia as reestruturações cognitivas adquiridas por Marta até então, em que os Experimentos Comportamentais foram meios eficazes para

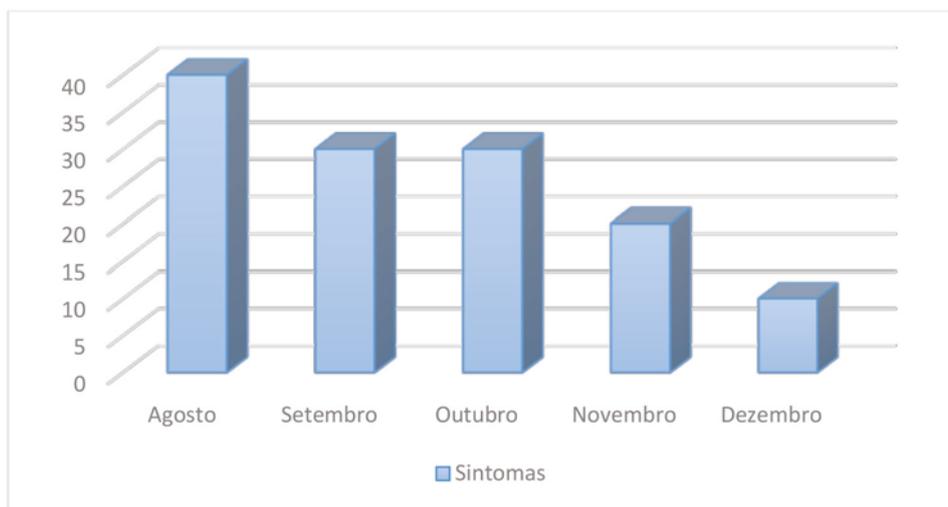
validar os aprendizados adquiridos, assim como se constituíram como atividades importantes para reforçar a Descatastrofização e Ressignificação, ampliando as capacidades da paciente manejar situações que outrora não se sentia capaz (Knapp, 2004; Rangé, 2005).

Devolutiva e Encaminhamentos

As últimas sessões se destinam a revisão do tratamento e prevenção à recaída com intuito de reforçar as reestruturações cognitivas obtidas até então (sessão 11 e 12). Na sessão de devolutiva para a mãe evidenciaram-se, através do relato, várias situações que exemplificam as modificações obtidas até então. Dentre elas se destaca o compartilhamento de Marta acerca de suas percepções e sentimentos alusivos à experiência traumática do abuso. Essa atitude pode levar anos para ocorrer tendo em vista que entre os fatores inibidores da conversa sobre o assunto está o medo da criança ou adolescente ser rejeitada e criticada pela família (Baía, 2015; Santos & Dell’aglio, 2010).

Para Prevenção à Recaída, a última sessão destinou-se a retomar as estratégias aprendidas durante a psicoterapia para o manejo dos sintomas de ansiedade e enfrentamento do medo. Assim, comparou-se as novas reestruturações adquiridas às anteriores, desse modo, a paciente pode observar analiticamente suas novas percepções e consequentes modificações comportamentais e cognitivas, tanto no nível de pensamentos automáticos, pressupostos subjacentes e crenças nucleares.

Ademais, a paciente aderiu de maneira significativa ao tratamento obtendo respostas substanciais referente às suas novas cognições, comportamentos e sentimentos, realizando testagens das reestruturações cognitivas, e habilidades aprendidas, nos ambientes que atua, evidenciando um aumento na qualidade dessas interações e diminuição do sentimento de culpa e do medo. Por conseguinte, a partir do Inventário de Ansiedade aplicado mensalmente, foi possível ratificar a redução significativa nos sintomas de ansiedade, conforme a figura 3:

Figura 3. Aferição mensal dos sintomas ansiosos

Fonte: Elaborados pelos autores (2017).

Conclusão

A Psicologia na prática clínica, é uma das atividades que compõe o conjunto de dispositivos institucionais de uma sociedade que objetiva formular uma rede de promoção de saúde, proteção e garantia dos direitos das crianças e adolescentes vítimas do abuso sexual, tendo em visto o impacto severo que este gera ao longo da vida (Schneider & Habigzang, 2016; Florentino, 2015; World Health Organization, 2014; Baía, et al., 2015; Day, 2003; Silva & Hutz, 2002).

Haja vista a severidade do tema, necessita-se que o conhecimento psicológico e suas práticas sejam solidamente respaldadas em dados empíricos, para que assim, novos recursos e intervenções sejam elaboradas visando possibilitar o progresso científico nos estudos relativos à área. A mesma proposição enquadra-se na psicoterapia individual para vítimas de abuso sexual, que necessitam de intervenções baseadas em evidências (Habigzang & Schneider, 2016). Apesar dessas práticas serem discutidas frequentemente nos últimos anos, são raras as publicações brasileiras que se utilizam de uma abordagem baseada em evidências, além de ser pouco debatido (Leonardi & Meyer, 2015).

Por conseguinte, mediante a elevada prevalência de casos de violência infantil, especificamente o abuso sexual infantil, torna-se de extrema importância estudos acerca do tema. Uma variável a se considerar, é de que parte dos dados estatísticos aqui apresentados inicialmente, não contabilizam episódios que não são notificados oficialmente, o que, por si só, aumenta a relevância de acercar-se de práticas e medidas que objetivam a proteção de indivíduos que sofreram algum tipo de violência e assim garantir que não sejam violados os Direitos Humanos dessa população (Brasil, 1990).

Contribuições autorais

Gonçalves J participou das revisões da literatura sobre o tema, atendimentos psicoterápicos, definição do plano de tratamento, avaliação das intervenções e redação do artigo científico. Silva JVA participou da orientação acerca das revisões da literatura sobre o tema, supervisão dos atendimentos psicoterápicos, orientação da definição do plano de tratamento, orientação sobre avaliação das intervenções e correção final do artigo científico.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo mas não limitando-se a subvenções e financiamentos, conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc).

Referências

- Almeida, A. C. C. H., & Centa, M. L. (2009). A família e a educação sexual dos filhos: implicações para enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 71-76. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/appe/v22n1/a12v22n1.pdf>. doi: [10.1590/S1413-24782012000200011](https://doi.org/10.1590/S1413-24782012000200011)
- Almeida, V. M. (2012). Tratamento psicoterápico para vítimas de abuso sexual infantil: evidências da literatura internacional. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 22(2): 221-225. Recuperado de <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/109>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)*. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul.
- Baía, P. A. D., Veloso, M. M. X., Habigzang, L. F., Dell'Aglio, D. D., & Magalhães, C. M. C. (2015). Padrões de revelação e descoberta do abuso sexual de crianças e adolescentes. *Revista de Psicologia*, 24(1), 1-19. Recuperado <https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/37007/38594>. doi: [10.5354/0719-0581.2015.37007](https://doi.org/10.5354/0719-0581.2015.37007)
- Banaco, R. A., & Zamignani, D. R. (2005). Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Cognitivo-Comportamental*, 7(1), 77-92. Recuperado de <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/44/33>
- Beck, J. (2003). *Terapia Cognitivo-Comportamental (2a ed.)*. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul.
- Bijou, S. W., & Baer, D. M. (1980). *O Desenvolvimento da criança: Uma Análise Comportamental*. São Paulo: EPU.
- Caminha, R. M., Feilstrecker, N., & Hatzemberger, R. (2003). Técnicas Cognitivo-Comportamentais. In R. M. Caminha, *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: teoria e prática* (pp. 53-60). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Damáσιο, B. F., Habigzang, L. F., Freitas, C. P. P., & Koller, S. H. (2014). Pode um Programa de Treinamento em Grupoterapia Cognitivo-Comportamental para o Tratamento de Abuso Sexual Infantil Reduzir os Níveis de Burnout e Estresse no Trabalho dos Treinandos? Evidências Iniciais de um Modelo Brasileiro. *Paidéia*, 24(58), 233-242. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v24n58/1982-4327-paideia-24-58-0233.pdf>. doi: [10.1590/1982-43272458201411](https://doi.org/10.1590/1982-43272458201411)
- Day, V. P., Telles, L. E. B., Zoratto, P. H., Azambuja, M. R. F., Machado, D. A., Silveira, M. B., ... Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(1), 9-21. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1.pdf>. doi: [10.1590/S0101-81082003000400003](https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000400003)
- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Califórnia: Sage Publications.
- Florentino, B. R. B. (2015). As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(2), 139-144. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v27n2/1984-0292-fractal-27-2-0139.pdf>. doi: [10.1590/1984-0292/805](https://doi.org/10.1590/1984-0292/805)
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2007). *A prática clínica de Terapia Cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul.
- Friedberg, R. D., McClure, J. M., & Garcia, J. H. (2011). *Técnicas da Terapia Cognitiva para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul.
- Gabel, M. (1997). *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo: Summus.
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (2017). *A mente vencendo o humor*. 2a ed. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Cognitive Therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (Supl. 2), 54-64. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a02v30s2.pdf>. doi: [10.1590/S1516-44462008000600002](https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002)
- Kristensen, C. H., Schaefer, L. S., & Mello, P. G. (2011). Modelo Cognitivo-Comportamental do Transtorno do Estresse Pós-Traumático. In I. Andretta, & M. S. Oliveira, *Manual Prático da Terapia Cognitivo-Comportamental* (pp. 23-40). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
- Leonardi, J. L., Meyer, B. (2015). Prática Baseada em Evidências em Psicologia e a História da Busca pelas Provas Empíricas da Eficácia das Psicoterapias. *Psicologia Ciência e Profissão*, 35(4), 1139-1156. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v35n4/1982-3703-pp-35-4-1139.pdf>. doi: [10.1590/1982-3703001552014](https://doi.org/10.1590/1982-3703001552014)

- Ministério da Saúde. (2013). *Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental*. Brasília: Autor. Recuperado de http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf
- Ministério dos Direitos Humanos. (2017). *Prevenção e Enfrentamento à Violência Sexual*. Ministério dos Direitos Humanos para Crianças e Adolescentes, Campanha Respeitar, Proteger e Garantir. Recuperado de <http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/campanha-respeitar-protoger-garantir/violencia-sexual>
- Moreira, M. B., & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios básicos da Análise do Comportamento*. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul.
- Neves Neto, A. R. (2011). Técnicas de respiração para a redução de stress na Terapia Cognitivo-Comportamental. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa*, 56(3), 58-68. Recuperado de <http://www.fcmscsp.edu.br/files/AR09.pdf>
- Neufeld, C. B., & Cavenage, C. C. (2010). Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(2), 3-35. Recuperado de http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=109. doi: [10.5935/1808-5687.20100014](https://doi.org/10.5935/1808-5687.20100014)
- Oliveira, I. R. (2016). *Terapia Cognitiva Processual – Manual para Clínicos*. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul.
- Oliveira, M. S., Silva, J. G., & Szpuzynski, K. P. (2011). Avaliação Cognitivo-Comportamental. In I. Andretta, & M. S. Oliveira, *Manual Prático de Terapia Cognitivo-Comportamental* (pp. 30-38). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pheula, G. F., & Isolani, L. R. (2007). Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(2), 74-83. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n2/03.pdf>. doi: [10.1590/S0101-60832007000200003](https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000200003)
- Rangé, B. (2005). *Terapias Cognitivo-Comportamentais*. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul.
- Santos, M. N. (2013). *Da casa para o abrigo, do abrigo para a casa: as trajetórias de vida institucional das adolescentes vítimas de abuso sexual* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil. Recuperado de: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18984/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20M%C3%B4niele%20Nunes%20dos%20Santos.pdf>
- Santos, S. S., & Dell'aglio, D. D. (2010). Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. *Psicologia & Sociedade*, 22(2), 328-335. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n2/13.pdf>. doi: [10.1590/S0102-71822010000200013](https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000200013)
- Silva, D. F., & Hutz, C. S. (2002). Abuso infantil e comportamento delinqüente na adolescência: prevenção e intervenção. In: C. S. HUTZ, *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção* (pp. 20-30). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silva, I. R. (2000). *Abuso e trauma*. São Paulo: Vetor.
- Silva, S. S., Pereira, R. C., & Aquino, T. A. A. (2011). A Terapia cognitivo-comportamental no ambulatório público: possibilidades e desafios. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva*, 7(1), 44-49. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v7n1/v7n1a08.pdf>
- Schneider, J. A., & Habigzang, L. F. (2016). Aplicação do Programa Cognitivo-Comportamental: Superar para atendimento individual de meninas vítimas de violência sexual: estudos de caso. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(3), 543-556. Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/3273/3058>. doi: [10.12804/apl34.3.2016.08](https://doi.org/10.12804/apl34.3.2016.08)
- World Health Organization. (2014). *Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência*. São Paulo: Inis Communication. Recuperado de <http://nevsp.org/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.