



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

ESTUDO DE CASO: APLICAÇÃO DO PROGRAMA SUPERAR EM UMA
ADOLESCENTE VÍTIMA DE ABUSO E EXPLORAÇÃO SEXUAL

LUANA LUIZA GALONI

Junho de 2018



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ESTUDO DE CASO: APLICAÇÃO DO PROGRAMA SUPERAR EM UMA
ADOLESCENTE VÍTIMA DE ABUSO E EXPLORAÇÃO SEXUAL

Luana Luiza Galoni

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à banca examinadora como
parte dos requisitos necessários à
graduação em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Cláudia de Azevedo Peixoto

Seropédica
Junho de 2018

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

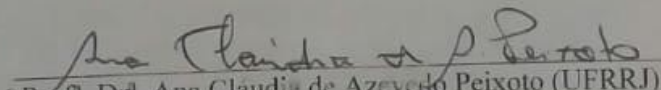
ESTUDO DE CASO: Aplicação do programa SUPERAR em uma adolescente
vítima de abuso e exploração sexual

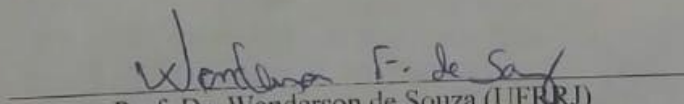
LUANA LUIZA GALONI

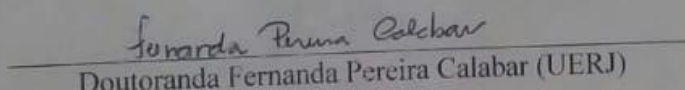
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos necessários à
graduação em Psicologia.

Aprovado em 28 de Junho de 2018.

BANCA EXAMINADORA:


Prof.^a Dr.^a Ana Cláudia de Azevedo Peixoto (UFRRJ)
Presidente/Orientador


Prof. Dr. Wanderson de Souza (UFRRJ)
Membro Titular


Doutoranda Fernanda Pereira Calabar (UERJ)
Membro Convidado

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a cada criança e adolescente atendidos pela Associação Vida Plena. Por me ensinarem que clinicar com criança é trabalhar com duas caixas, sempre abertas, a dos brinquedos e aquela cheia de poeira onde ficam nossas certezas.

AGRADECIMENTOS

Eu que, por vezes, faço das palavras meu algoz e meu cristo, venho tentar me usar delas, na utópica esperança de que essas não me falem, para agradecer aqueles que, vez ou outra, me deixam sem palavras, me devolvem o ar e me são puro afeto.

Agradeço primeiramente a Deus, pela jornada, pelo colo, pela missão, pela fé desconstruída e reconstruída toda noite e toda manhã.

Agradeço à minha família por toda confiança depositada, em especial aos meus pais e avós que me são exemplo de resiliência e às minhas irmãs, que são e sempre serão o poema mais bonito que eu nunca escrevi, aquelas que me fazem ver poesia quando eu estou olhando para pedra e vendo só pedra mesmo.

Agradeço aos meus amigos de turma: Jéssica Souza, Marcos Matheus, Yago Baltar, Thaís Eleci, Maxwelle Gomes, Tayane Botelho, Dominique Mathias, Rubia Araujo e Rodrigo Vargas que me acompanharam nesses cinco anos da crise existencial – bonita e incurável – que é ser estudante de psicologia. Vocês fizeram dos anos dias e me fizeram um pouco mais “eu” do que quando cheguei aqui.

Agradeço à minha família ruralina, que dividiu quarto, louça, contas, orações, sonhos, umas boas lágrimas e risadas comigo. Raphaele Lopes, Beatriz Teixeira, Rafaela Arraes e Nathália Oliveira, vocês são aquele encontro bom de alma – e de estômago. Para nós, todo forró do mundo!

Ao LEVICA e à Associação Vida Plena pela rica e importante experiência profissional – e de vida! Vocês são boa parte desse trabalho e boa parte de mim.

A toda equipe do Seu Gusta, por me mostrar na marra que a arte salva, ô se salva! E que a trajetória acadêmica não é linear, é pura linha de fuga.

As pessoas de alma gostosa que a vida me fez esbarrar e que, por loucura ou amor, ficaram. Os de perto e os de longe; os de ontem e os de hoje, obrigada Pabru, Mathousa, Grazi, Carol, Nilsinho, Ingrid, Valesca, Vanita, Jonatas, Pri, Laurinha, Nico, Bianca, Sarinha, Deise, Lele, Grande Igor, Marianus, Carlitos, Vizinho, MV, Mari e toda galera Redenção.

Por último, e de total importância, sou eternamente grata à minha professora, supervisora de estágio e orientadora desse trabalho - e da vida - Prof^a Ana Cláudia de Azevedo Peixoto. Pelos ensinamentos, pela risada inconfundível, pelos áudios ouvidos, pelos

muitos “Querida, você não está perdida” e por tudo mais que não caberia mencionar aqui. Te admiro, você é um exemplo de mulher, mãe, professora e de fé.

*“O tempo parou. Durava infinitamente. Dizem que o infinito é Deus. Mas ela não conhecia o deus Cronos daquela dor. Quando de repente, um vazio profundo a tomou. Um nada a encheu. A menina se ausentou dali. Partiu, foi embora, não sabia pra onde, só sabia que tinha ido pra um lugar distante. Inalcançável. (respiro) Ela foi embora de si. (respiro) (retornando a fala com velocidade) Num súbito inexplicável, talvez de lucidez ou medo, o homem se levantou e voltou para o quarto. E o último pensamento da menina antes de adormecer foi: - tomara que isso não tenha acontecido. Isso não aconteceu. Amanhã vou acordar e isso não terá acontecido. - (sussurrando)
Ei... dá a mão... dá a mão pro bicho não entrar.. (longa pausa)
Naquela noite, o bicho entrou”.*

Priscilla Gomes

RESUMO

GALONI, Luana, Luiza. Estudo de caso: aplicação do programa SUPERAR com uma adolescente vítima de abuso e exploração sexual, 2018, Resumo do Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia, Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Orientação Prof^a. Dr^a. Ana Cláudia de Azevedo Peixoto. 75 páginas.

O presente projeto refere-se a um Estudo de Caso que objetivou descrever a aplicação do Programa Superar, um protocolo validado para vítimas de violência sexual, com uma adolescente de 13 anos vítima de abuso e exploração sexual atendida pela Associação Vida Plena de Mesquita no Rio de Janeiro. A coleta de dados se deu pela aplicação dos Inventários Beck para Crianças e Adolescentes Segunda Edição traduzido para o português, o Teste Não-Verbal de Raciocínio Lógico e o Questionário de Esquemas para Crianças adaptado, para avaliação psicológica antes e pós-aplicação do protocolo, e a partir dos relatórios das sessões, bem como fotos, vídeos e materiais produzidos durante as mesmas. A adolescente apresentou resistência a muitas das sessões e diretrizes do protocolo, o que exigiu do aplicador o desenvolvimento de estratégias para adaptação desse, utilizando-se de do discurso lúdico e imagético, bem como recursos audiovisuais para buscar a adesão da participante e obter os resultados esperados. A adesão se deu, por fim, de forma satisfatória, acarretando na flexibilização de pensamentos disfuncionais apresentados anteriormente pela adolescente, internalização do modelo Cognitivo-Comportamental para resolução de problemas e conscientização de seu modo de funcionamento. É necessário ressaltar a importância de uma boa relação terapêutica, sendo esse o fator diferencial desse Estudo de Caso, pois ela foi o fio condutor para a aplicação das técnicas e adaptações de sessões, prezando sempre pela singularidade e subjetividade do paciente.

Palavras-chave: programa superar, crianças e adolescentes vítimas de violência, abuso sexual, relacionamento terapêutico

ABSTRACT

GALONI, Luana, Luiza. CASE STUDY: Application of the SUPERAR Program with an adolescent victim of sexual abuse and exploitation, 2018, Final Paper of Psychology Course, Institute of Education, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Orientation. Prof^a. Dr^a. Ana Cláudia de Azevedo Peixoto. 75 pags.

This Case Study aimed to describe the application of the SUPERAR Program, a validated protocol for victims of sexual violence, with a 13 years old teenager victim of abuse and sexual exploitation attended by Association Vida Plena on Mesquita in the state of Rio de Janeiro. Data collection was done by the application of Beck Inventories for Children and Adolescents Second Edition translated into Portuguese, Logical Non-Verbal Test and the Children's Scheme Questionnaire adapted for psychological evaluation before and after the application of the protocol and from the reports of the sessions as well such as photos, videos and materials produced during them. The adolescent presented resistance to many of the sessions and guidelines of the protocol, which required the applicator to develop strategies for adapting this, using playful speech, as well as audiovisual resources to seek the participant's adhesion and to obtain the results expected. Adherence finally took place satisfactorily, resulting in the flexibilization of dysfunctional thoughts presented previously by the adolescent, internalization of the Cognitive-Behavioral model to solve problems and awareness of its mode of functioning. It is necessary to emphasize the importance of a good therapeutic relation, being this the differential factor of this Case Study, because this was the connection link to application of the techniques and adaptations of sessions, always emphasizing the singularity and subjectivity of the patient.

Keywords: superar program, children and adolescents victims of violence, sexual abuse, therapeutic relationship

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LEVICA	Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescente
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
OMS	Organização Mundial de Saúde
ECPAT	End Child Prostitution and Trafficking
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
ONG	Organização Não-Governamental
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
BSCI – Y	Beck Disruptive Inventory for Youth
BAI – Y	Beck Anxiety Inventory for Youth
BDI – Y	Beck Depression Inventory for Youth
BDBI – Y	Beck Self-Concept Inventory for Youth
BANI – Y	Beck Anger Inventory for Youth
TNVR	Teste Não-Verbal de Raciocínio
EID	Esquemas Iniciais Desadaptativos
TIE	Treinamento de Inoculação de Estresse
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
FNP	Fundação Nacional de Prefeitos
CEDECA	Centro de Defesa da Criança e do Adolescente

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo geral	13
3.2 Objetivos específicos	13
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
4.1 Violência contra crianças e adolescentes	14
4.2 Violência sexual contra crianças e adolescentes	15
4.3 A terapia cognitivo-comportamental (TCC) com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual	17
5 MÉTODO	19
5.1 Tipo de Pesquisa	19
5.2 Participante	20
5.3 Instrumentos	21
5.4 Procedimentos	25
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
6.1 Avaliação psicológica pré-aplicação do Programa SUPERAR.....	27
6.2 Aplicação do Programa SUPERAR.....	30
6.3 Estrutura das sessões de psicoterapia do Programa SUPERAR.....	32
6.4 Resultados da avaliação psicológica pós-aplicação do protocolo.....	57
6.5 Resultados de observação clínica.....	57
6.6 Adaptações ao Programa SUPERAR.....	58
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	67
ANEXO A - INVENTÁRIOS DE BECK PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES - SEGUNDA EDIÇÃO	68

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE ESQUEMAS PARA CRIANÇAS	
ADAPTADO.....	74

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho refere-se a um Estudo de Caso cuja participante será identificada como D., atualmente tem 13 anos de idade e esteve em atendimento psicológico na Associação Vida Plena de Mesquita durante 3 anos e 9 meses. A Associação Vida Plena de Mesquita é uma instituição conveniada com a Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro pelo Departamento de Psicologia com a finalidade de prestar serviços relacionados à clínica-escola por meio do estágio profissional. Esse estágio é coordenado pelo LEVICA (Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes) e oferece atendimentos sociais utilizando-se dos pressupostos teóricos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e Terapia do Esquema para crianças e adolescentes e seus familiares vítimas de violência.

Minha entrada no estágio foi atravessada pela trajetória extracurricular que vinha desenvolvendo, fazendo estudos na área da sexualidade, mais especificamente violência sexual, para atuação em áreas urbanas por meio de tecnologias sociais como intervenções artísticas e performances. Encontrar o LEVICA e o estágio oferecido por esse foi a possibilidade de unir minha história pessoal à profissional, casando-a com o aporte teórico e prático da psicologia. Além de vislumbrar experiências que vão para além da clínica tradicional, como o trabalho em rede com equipe multidisciplinar, o contato com o sistema judiciário e explorar a problemática da violência infanto-juvenil, bem como formas de prevenir e intervir.

Segundo informações do site da Organização Mundial de Saúde¹ (2017) a violência contra crianças e adolescentes é um fenômeno multifacetado e considerado uma questão de saúde pública, abrange os maus-tratos físicos e emocionais, o abuso sexual e a negligência. Durante a infância, uma em cada quatro crianças sofre maus-tratos físicos, ao passo que quase uma em cada cinco meninas e um em cada treze meninos são vítimas de abuso sexual. Além disso, o homicídio é uma das cinco principais causas de morte de adolescentes.

¹ OPAS/OMS. Estratégia para acabar com violência contra crianças e adolescentes. Disponível em:< https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5499:opas-oms-apresenta-estrategia-para-acabar-com-violencia-contra-criancas-e-adolescentes&Itemid=820>. Acesso em 19 de junho de 2018.

A violência sexual contra crianças e adolescentes é apenas um dos diversos tipos de violência que acomete essa população, podendo ser, ou não, manifesta em conjunto com outras, como a violência física e violência psicológica.

De acordo com Furniss (1993) *apud* Balbinotti (2008):

[...] abuso sexual consiste no uso de uma criança para fins de gratificação sexual de um adulto ou adolescente cinco anos mais velho, criança imatura em seu desenvolvimento e incapaz de compreender o que se passa, a ponto de poder dar o seu consentimento informado.

Ainda por Balbinotti (2008) entende-se que:

O abuso sexual vem sendo praticado, ao longo dos tempos, sem distinção de raça, cor, etnia ou condição social. Ocorre de forma velada e, na maioria das vezes, não é relatado às autoridades competentes. Devido a constrangimentos, o tema não vinha sendo tratado em doutrina, até poucos anos atrás, dificultando, assim, as estatísticas e a comprovação do fato ilícito.

Esse estudo refere-se a uma pesquisa descritiva que abordará um recorte do estudo de caso de uma paciente e retratam a aplicação do Programa SUPERAR com a mesma. O Programa SUPERAR é baseado na Terapia Cognitivo-Comportamental e foi elaborado para servir de modelo de intervenção para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual (SCHNEIDER; HABIGZANG, 2016). Os artigos atuais sobre trabalho de intervenção psicológica com crianças e adolescentes mostram que a TCC é a abordagem que mais obteve resultados positivos no tratamento de vítimas de abuso sexual, sendo mais eficaz nas crianças e adolescentes com quadros sintomáticos. (HABIGZANG; STROEHER; HATZENBERGER; CASSOL; DA SILVA; KOLLER, 2009).

O programa SUPERAR apresenta alguns eixos principais, a saber: psicoeducação sobre a violência sexual; reestruturação de crenças disfuncionais ligadas ao evento do abuso e seus desdobramentos; ativação e integração de memória traumática; identificação das emoções ligadas à violência; identificação de situações de risco e estratégias de proteção; mapeamento de rede de apoio e aprendizagem sobre direitos de crianças e adolescentes. O Programa constitui-se de 16 sessões semanais na modalidade grupal ou individual, divididas em três etapas: 1. Psicoeducação e reestruturação cognitiva; 2. Treino de inoculação de stress; e 3. Prevenção de recaída. As sessões no formato grupal têm duração de 1 hora e 30 minutos e no formato individual cerca de 50 minutos (SCHNEIDER; HABIGZANG, 2016).

2 JUSTIFICATIVA

A violência sexual contra crianças e adolescentes ainda envolta por segredos e tabus, é uma problemática emergente na atualidade, acontece e é naturalizada desde os primórdios da civilização, acentuando-se pela definição e concepção tardia do que se entende hoje como infância e adolescência. Suas consequências e desdobramentos podem se manifestar de forma a comprometer o desenvolvimento psicossocial da criança e/ou do adolescente. Segundo Balbinotti (2008) as consequências do abuso sexual são distintas, variando caso a caso. Isso porque dependem de fatores específicos como: a idade da criança, época do abuso, proximidade com o agressor, o ambiente familiar, o impacto da revelação, a forma como a criança significou o fenômeno e até mesmo as decisões sociais, jurídicas e médicas que acompanharam a resolução do caso. Podem ocorrer, de acordo com Mari Lucrécia Zavaschi (1991) *apud* Balbinotti (2008), os seguintes sintomas e manifestações:

[...] automutilação e tentativa de suicídio, adição a drogas, depressão, isolacionismo, despersonalização, isolamento afetivo, hipocondria, timidez, distúrbio de conduta (roubo, fuga de casa, mentiras), impulsividade e agressão sexual, assim como é frequente a presença de síndromes dissociativas, transtornos severos de personalidade e transtorno de estresse pós-traumático.

Outras consequências estão relacionadas com os âmbitos emocionais e comportamentais, como: medos, pesadelos, comportamentos hiperssexualizados, fuga na fantasia, sentimentos de rejeição e abandono, repulsa aos indivíduos do mesmo sexo da pessoa que cometeu o abuso, entre outros (HABIGZANG; KOLLER, 2012).

Visto que a violência infanto-juvenil, a incluir o abuso sexual, não é mais um problema apenas jurídico e social, mas também de saúde pública (OMS, 1999) e os efeitos que podem decorrer desse tornam-se prejudiciais às vítimas, faz-se necessário maiores pesquisas, estudos e projetos que visem o atendimento dessa demanda que, ainda que velada, existe em larga escala. Dados recolhidos do *Relatório de Monitoramento de Países sobre Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes*² organizado pela organização de amplitude internacional *End Child Prostitution and Trafficking* (ECPAT) em 2016, indicam que nesse mesmo ano 29.002 casos de abuso sexual foram registrados nos Centros de

² ECPAT. Relatório de Monitoramento de Países sobre Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes (2017).

Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) no Brasil, e a prevalência de casos de exploração sexual chegaram a 3.294 casos a se considerar o grande índice de subnotificações. Numa pesquisa realizada no ano de 2017 pelo Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes da UFRRJ (LEVICA) na Associação Vida Plena de Mesquita, ONG que atende crianças e adolescentes vítimas de violência e seus familiares e/ou cuidadores, feita com 44 crianças e adolescentes atendidos, constatou-se que 43% dos casos referem-se à violência sexual e em 27% dos casos houve violência conjunta, onde não apenas a violência sexual estava posta, mas outras como a psicológica, física e negligência (GALONI; PEIXOTO, 2017).

De acordo com Habigzang; Stroehrer; Hatzenberger; Cassol; da Silva; Koller (2009) “uma meta-análise sobre pesquisas publicadas na língua inglesa que avaliaram formas de tratamento psicológico para vítimas de abuso sexual no período entre 1975 e 2004 identificou somente 28 estudos na área”. Dentre essas pesquisas as que utilizam a Terapia Cognitivo-Comportamental como forma de tratamento têm apresentado melhores resultados quando comparada com outras formas de tratamento para crianças e adolescentes com sintomas decorrentes de violência sexual. Nesse mesmo período, no Brasil, foram encontrados apenas dois trabalhos que avaliaram processos terapêuticos para vítimas de abuso sexual (HABIGZANG, et.al, 2009). Esse estudo tem assim sua relevância demarcada por possibilitar uma análise esmiuçada das potencialidades e limitações de um programa de intervenção com base Cognitivo-Comportamental para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual elaborado por pesquisadores brasileiros. Buscando explaná-lo, bem como apontar possíveis adequações em sua metodologia.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Estudar a aplicação do Programa SUPERAR realizada com uma adolescente vítima de abuso e exploração sexual, a fim de identificar as potencialidades do programa, bem como suas limitações e apontar possíveis ajustamentos.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar um recorte do Estudo de Caso em questão;
- Estudar sobre o abuso sexual e suas consequências;
- Relatar a experiência de aplicação do Programa SUPERAR e as adaptações realizadas;
- Avaliar os resultados obtidos com a intervenção e as adaptações;
- Apontar ajustamentos que foram necessários para a utilização do Programa SUPERAR.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Violência contra crianças e adolescentes

No Brasil, a visão da criança como sujeito de direitos e deveres que precisa ter suas necessidades atendidas passa a ser norteadora de políticas públicas de forma mais tenaz na década de 90 com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei no. 8069, (Brasil,1990)³. Apesar de tardiamente e com grandes considerações a serem feitas, o ECA colocou o Brasil na posição de primeiro país a promulgar um marco legal em consonância com a Doutrina da Proteção Integral preconizada na Convenção sobre Direitos da Criança da Assembleia geral das Nações Unidas (1989). Segundo Moré e Sperancetta (2010, pg. 519):

As principais diretrizes dessa doutrina salientam o valor intrínseco da criança como ser humano; a necessidade de especial respeito à sua condição de pessoa em desenvolvimento; o reconhecimento de sua vulnerabilidade, tornando a criança e o adolescente merecedores de proteção integral por parte da família, da sociedade e do Estado. A criança passou a ser vista como sujeito de direitos e deveres.

Nessa esteira legal a respeito da proteção de crianças e adolescentes, o Brasil avançou de forma significativa com a aprovação em 2000, pelo Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil⁴ e a aprovação da Lei Menino Bernardo⁵ (Lei nº13.010/2014), popularmente conhecida como Lei da Palmada, que proíbe o uso de castigos físicos ou tratamentos cruéis ou degradantes na educação de crianças e adolescentes.

Há inúmeras formas de se violar os direitos de uma criança, desde a perspectiva macro e institucional, considerando aspectos legais e de negligência do próprio Estado, até a realidade micro de outros sistemas onde a criança está inserida como a escola e a família. Ao se atentar para a violência doméstica contra crianças e adolescentes, tem-se conhecimento que no Brasil, desde a década de 70, essa apresenta altas taxas de morbi-mortalidade,

³ BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei Federal n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br>>. Acesso em 19 de dezembro de 2017.

⁴ CEDECA. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Contra Crianças e Adolescentes. Disponível em: <<http://ecpatbrasil.org.br>>. Acesso em 06 de junho de 2018.

⁵ BRASIL. Lei Menino Bernardo: Lei Federal n.º 13.010 de 26 de junho de 2014. Disponível em:<<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 06 de junho de 2018.

configurando-a como uma questão de saúde pública e não apenas sociojurídica (TARDIO; PINTO; SANTOS, 2005; BRITO; ZANETTA; MENDONÇA; BARISON; ANDRADE 2005). De acordo com Minayo (2001) em pesquisa feita no ano referido, a violência configurava-se como a primeira causa de morte para as crianças e adolescentes de 5 a 19 anos e a segunda entre crianças de 1 a 4 anos. Os tipos de violência doméstica infanto-juvenil, são: violência física, psicológica, sexual, abandono intencional e negligência. Podendo acontecer isoladamente ou associada a outras (DESLANDES, 1994; TARDIO; PINTO; SANTOS, 2005; BRITO et al.,2005; PORTO; CASSOL, 2007). Segundo pesquisas realizadas, a violência física é a mais frequentemente notificada, seguida da negligência e violência psicológica e por último, a violência sexual (TARDIO; PINTO; SANTOS, 2005; BRITO et al.,2005). Dados fornecidos pela Fundação *Childhood* do Brasil revelam que dos 13 tipos de violações registradas pelo Disque-Denúncia em 2014, a violência sexual ocupou o 4º lugar. Tal dado da bibliografia vai de encontro ao levantamento citado anteriormente realizado pelo LEVICA, que indica que na Associação Vida Plena de Mesquita, campo teórico e prático do referida pesquisa, 43% dos casos das crianças e adolescentes atendidos referem-se à violência sexual.

A exposição de crianças e adolescentes a qualquer tipo de violência, seja ela psicológica, sexual, física ou negligência, pode acarretar consequências que influenciarão de forma negativa o desenvolvimento social e emocional das mesmas. A violência contra crianças e adolescentes acontece, no geral, dentro do âmbito familiar, sendo praticada por pais, responsáveis ou parentes próximos e amigos da família (DESLANDES, 1994). Segundo levantamento de dados feito pelo LEVICA na Associação Vida Plena de Mesquita, em 85% dos casos atendidos na ONG o agressor era um familiar ou algum parente próximo. Tal fato torna mais complicado o trabalho de identificação dos casos, pois embora haja notificações aos órgãos competentes, as estatísticas são escassas e subnotificadas, já que a violência no seio intrafamiliar acaba permanecendo oculta, sendo mantida de forma geracional por segredos e disfarçada pela própria família, vizinhos e sociedade (TARDIO; PINTO; SANTOS, 2005).

4.2 Violência sexual contra crianças e adolescentes

Como visto anteriormente, a conceituação de violência infanto-juvenil abrange diferentes tipologias. A violência sexual contra crianças e adolescentes se coloca de forma

similar, com subdivisões de acordo com o tipo de exposição e finalidade da mesma. De acordo com a divisão feita pela Fundação *Childhood* do Brasil (2013),⁶ a violência sexual se divide em dois grandes grupos: abuso sexual e exploração sexual.

Tabela 1 – Violência sexual

ABUSO SEXUAL	EXPLORAÇÃO SEXUAL
Não envolve dinheiro ou gratificação	Pressupõe uma relação de mercantilização, na qual o sexo é fruto de uma troca, seja ela financeira, de favores ou presentes
Acontece quando uma criança ou adolescente é usado para estimulação ou satisfação sexual de um adulto	Crianças ou adolescentes são tratados como objetos sexuais ou como mercadorias
É normalmente imposto pela força física, pela ameaça ou pela sedução	Pode estar relacionada a redes criminosas
Pode acontecer dentro ou fora da família	

Fonte: Fundação Childhood do Brasil (2013)

E esses dois grupos constituem-se seguinte forma:

- **Abuso sexual**

O abuso sexual pode acontecer dentro e fora do núcleo familiar, sendo conhecido como intrafamiliar e extrafamiliar, respectivamente, e pode se expressar de diversas maneiras.

Abuso sexual sem contato físico corresponde a práticas sexuais que não envolvem contato físico, e pode ocorrer de várias formas:

- O assédio sexual caracteriza-se por propostas de relações sexuais por chantagem ou ameaça.
- O abuso sexual verbal pode ser definido por conversas abertas e/ou telefonemas sobre atividades sexuais, destinados a despertar o interesse da criança ou do adolescente ou a chocá-los.
- O exibicionismo é o ato de mostrar os órgãos genitais ou de se masturbar em frente a crianças ou adolescentes.
- O voyeurismo é o ato de observar fixamente atos ou órgãos sexuais de outras pessoas quando elas não desejam ser vistas.

⁶ Fonte: Guia de referência: construindo uma cultura de prevenção à violência sexual (2009).

- A pornografia é considerada abuso sexual quando uma pessoa mostra material pornográfico à criança ou ao adolescente.

Abuso sexual com contato físico corresponde a carícias nos órgãos genitais, tentativas de relações sexuais, masturbação, sexo oral, penetração vaginal e anal, beijos forçados e estimulação em zonas erógenas do corpo.

▪ A exploração sexual

A exploração sexual é caracterizada pela relação sexual de uma criança ou adolescente com adultos, mediada pelo pagamento em dinheiro ou qualquer outro benefício, e divide-se em:

- A pornografia se configura como exploração sexual quando há produção, utilização, exibição, comercialização de material (fotos, vídeos, desenhos) com cenas de sexo explícito envolvendo crianças e adolescentes ou imagem, com conotação sexual, das partes genitais de uma criança.

- O tráfico para fins sexuais é a prática que envolve cooptação e/ou aliciamento, rapto, intercâmbio, transferência e hospedagem da pessoa recrutada para essa finalidade. O mais recorrente é que o tráfico para fins de exploração sexual ocorra de forma disfarçada por agências de modelos, turismo, trabalho internacional, namoro-matrimônio, e, mais raramente, por agências de adoção internacional.

- A exploração sexual agenciada é quando há a intermediação por uma ou mais pessoas ou serviços. No primeiro caso as pessoas são chamadas rufiões, cafetões e cafetinas e, no segundo, os serviços são normalmente conhecidos como bordéis, serviços de acompanhamento, clubes noturnos.

- A exploração sexual não-agenciada é a prática de atos sexuais realizada por crianças e adolescentes mediante pagamento ou troca de um bem, droga ou serviço.

4.3 A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual

Não há um transtorno ou sintoma psiquiátrico específico que resulte diretamente da violência sexual, o que acontece é que crianças expostas a esse tipo de violência tornam-se

mais propícias a ter problemas psicológicos e inter-relacionais do que as que não foram expostas a esse tipo de violação (Duarte; Arboleda, 2005 *apud* Hatzenberger; Habigzang; Koller, 2014).

Junto a possíveis problemas psicológicos e inter-relacionais, percebe-se a presença de crenças disfuncionais advindas da situação do abuso sexual, como por exemplo, pensamentos referentes à culpa, abandono, rejeição de pares, baixa autoestima e autodepreciação. Além de aparecerem comportamentos disfuncionais como agressividade excessiva, conduta hiperssexualizada, diminuição de rendimento escolar, comportamentos de risco como automutilação e tentativas de suicídio e dificuldade na autorregulação emocional. Tais aspectos se afinam com a alçada teórica de intervenção da TCC, contando com técnicas de reestruturação cognitiva, regulação emocional, exposição gradual às memórias traumáticas e psicoeducação acerca do problema em questão.

De acordo com revisão integrativa feita por Passarela; Mendes; Mari (2010) quatro estudos de revisão analisaram o tratamento de crianças e adolescentes abusados sexualmente. Das conclusões levantadas, notou-se que a TCC foi a abordagem que mais obteve resultados positivos no tratamento de vítimas de abuso sexual, sendo mais eficaz nas crianças e adolescentes sintomáticos e a abordagem individual é eficaz para alívio da angústia psicológica e os trabalhos em grupo parecem obter bons resultados relacionados a autoestima.

Alguns estudos consideram o abuso sexual infantil como fator de risco para o desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), em crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual, a prevalência do TEPT varia de 21% a 74%, com um valor médio de 40% a 50%. Outros estudos mostram que as taxas podem variar de 18% a 90% (PASSARELA; MENDES; MARI, 2010). Apesar do alto índice, percebe-se certa variação na faixa, isso se deve as oscilações que se pode ter em casos de violência sexual, como a idade em que se sofreu o abuso, a frequência com que se foi exposto a tal ato, a proximidade do abusador, a forma de revelação do abuso, as consequências de sua revelação e o impacto subjetivo que a violência sexual causou na criança e adolescente.

5. MÉTODO

5.1 Tipo de Pesquisa

Quanto à natureza da pesquisa, essa ocorrerá de forma aplicada, a fim de gerar conhecimentos para produção prática, dirigidos a problemas e questões específicas. No que se refere aos objetivos da pesquisa, essa se configurará como descritiva. A pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987 *apud* GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Quanto ao procedimento da pesquisa, optou-se pela realização de um Estudo de Caso único e documental, onde a coleta de dados se dará por registros de sessões, consulta a relatórios, fotografias e materiais confeccionados durante a psicoterapia (PERES; SANTOS, 2005). Um Estudo de Caso pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa, ou uma unidade social (FONSECA, 2002 *apud* GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Essa modalidade é caracterizada como um estudo profundo de um objeto, de maneira a permitir amplo e detalhado conhecimento sobre o mesmo (PEREIRA; GODOY; TERÇARIOL, 2009). Considerando pesquisas feitas em psicoterapias, o modelo de estudo de caso permite o alinhamento da pesquisa empírica com a prática clínica, esse método é por assim dizer uma forma de pesquisa de excelência para analisar os processos clínicos, bem como intervenções, mudanças ocorridas e de que forma essas se deram, prezando a dimensão subjetiva inerente ao processo terapêutico (SERRALTA; NUNES; EIZIRIK, 2011).

O Estudo de Caso é um procedimento utilizado habitualmente na intervenção clínica com objetivo de compreensão e planejamento da intervenção, destacando-se pela possibilidade de integração de diferentes técnicas e campos do conhecimento [...] A clínica configura-se como um precioso e particular espaço de conhecimento, semelhantemente a um laboratório (embora sem a possibilidade de controle dos elementos interferentes), no qual a todo momento se testam e se constroem hipóteses. Nesse espaço se confrontam teoria e realidade, hipóteses e soluções por vezes inesperadas e desconhecidas, no embate cotidiano de superação de dificuldades e buscas por melhores condições de vida. Em tal espaço, afirma Souza (2000), a prática não se configura como aplicação de teorias, pois a imprevisibilidade e o acaso dos encontros exigem que se produza e se opere sobre as teorias, originando novos vetores de teorização (PEREIRA; GODOY; TERÇARIOL, 2009).

No presente trabalho, em função da finalidade da investigação, o estudo de caso único caracteriza-se como descritivo, pois visa compreender uma instância específica, além de ser diagnóstico, visto que se propõe a obter subsídios para futuras intervenções junto ao objeto (PERES; SANTOS, 2005).

5.2 Participante

O caso a ser estudado é de D., uma adolescente de 13 anos vítima de abuso e exploração sexual por seus pais biológicos, padrasto e outros homens. A adolescente participou do programa de atendimento psicológico social para crianças e adolescentes vítimas de violência da Associação Vida Plena de Mesquita, vinculado ao Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes (LEVICA) da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

D. deu entrada na ONG em 19 de setembro de 2014, na época com 10 anos de idade, e desligou-se em 29 de janeiro de 2018, já com 13 anos de idade, tendo passado por três trocas de estagiárias, processo esse de difícil aceitação para a paciente, por conta das diversas perdas que teve ao longo de sua vida.

A paciente é fruto de um relacionamento instável, o casal tinha características toxicomânicas e envolvimento com tráfico. Ao término do relacionamento, que durou 2 anos, D. permaneceu com sua mãe. Quando a paciente tinha de 6 para 7 anos, a mãe e o padrasto foram denunciados por negligência e abuso sexual. Segundo a investigação, outros homens também chegaram a abusar de D., e de acordo com relatos da paciente a mãe a oferecia sexualmente em troca de drogas. Nesse período, o pai, que se encontrava aparentemente reestruturado e com uma nova família, pediu a guarda de D. que passou a residir com ele em outro município. Em 2013 a guarda do pai foi retirada por uma denúncia feita pela tia paterna (atual responsável legal da adolescente) por suspeita de abuso sexual, negligência e agressão física contra a menina. D. foi acolhida institucionalmente em 4 dezembro de 2013 e passou 3 meses e meio numa casa de acolhimento institucional no mesmo município de residência do pai. A paciente foi desligada do abrigo em 21 de fevereiro de 2014 para reintegração de convívio familiar, indo morar com a tia e avó paterna. O pai de D. foi condenado e cumpriu um período curto de sentença, e apesar de morar longe, ainda mantinha certa proximidade da tia e da avó da menina, o que ocasionava em algumas visitas.

O pai era usuário de drogas e por vezes se envolvia em alguma situação extrema que mobilizou toda a família, como desaparecimento por semanas, venda de bens para comprar drogas, relacionamentos extraconjugais, etc. A mãe de D. só reapareceu apenas uma vez durante o tratamento, fazendo contato com a assistente social do fórum responsável pelo caso de D. e querendo saber de que forma poderia se aproximar da menina, porém sem interesse de retirar a guarda da tia. Após essa aparição, a mãe nunca mais apareceu.

A paciente esteve em tratamento na ONG desde 2014, completando 60 sessões de psicoterapia, até o momento em que esse projeto foi finalizado, das quais 39 foram com a atual estagiária Luana Galoni. Devido ao tempo em terapia e a baixa resposta da paciente frente às intervenções da TCC tradicional, fez-se necessário lançar mão de outras estratégias de intervenção terapêutica. Optou-se dessa forma pela aplicação do protocolo que constitui o Programa Superar, a fim de intervir de forma mais eficaz nas demandas trazidas pela paciente.

5.3 Instrumentos

Para a realização do Estudo de Caso foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Inventários de Beck para Crianças e Adolescentes – Segunda Edição (Versão em Português) de Neto; Alves: São 5 inventários que se propõem a avaliar itens referentes à autopercepção (BSCI-Y), ansiedade (BAI-Y), depressão (BDI-Y), raiva (BANI-Y) e comportamentos disruptivos (BDBI-Y) em crianças e adolescentes, numa escala Likert apresentando pensamentos e sentimentos que podem ou não ser recorrentes, num recorte temporal das duas últimas semanas;
- Teste Não verbal de Raciocínio para Crianças (TNVR) por Pasquali (2005): O teste é composto por 58 figuras de objetos concretos e abstratos, distribuídos em dois fatores: Fator 1 (Raciocínio Analógico Abstrato), constituído por 44 itens e Fator 2 (Raciocínio Analógico Concreto), constituído por 13 itens. A criança escolhe a opção correta, que então é registrada na folha apropriada. A correção é realizada pelo total de acertos, pela avaliação quantitativa e qualitativa, considerando os diferentes tipos de raciocínio exigidos para responder cada item do teste;⁷
- Questionário de Esquemas para Crianças adaptado de Rijkeboer; Boo (2009), validado semanticamente por prova de juízes por Rosa Camilo, Lopes; Lopes (2016): O questionário é

⁷ Coleção TNVRI - Teste não Verbal de Raciocínio para Crianças. Vetor Editora, 2005.

utilizado para avaliar os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) das crianças e adolescentes entre 8 e 14 anos. Ele é composto por 40 afirmações agrupadas com base nos 11 fatores (EIDs) que compõem o instrumento: abandono (5 afirmações), vulnerabilidade (6), abuso e desconfiança (3), defectividade (3), fracasso (3), subjugação (5), padrões inflexíveis (3), autossacrifício (3), emaranhamento (3), autoengrandecimento (3), e autocontrole insuficiente (3);⁸

- Programa SUPERAR e suas diretrizes adaptado para formato individual por Habigzang; Schneider (2016): O Programa foi idealizado para intervir junto a crianças e adolescentes de 8 a 16 anos vítimas de violência sexual. São 16 sessões semanais com objetivos pré-definidos e de duração de aproximadamente de 50 min a 90 minutos.

Tabela 2 - Alterações para adaptação do formato grupal para formato individual de intervenção⁹

SESSÃO	FORMATO GRUPAL	FORMATO INDIVIDUAL
1	Dinâmica de grupo para apresentação das participantes; dinâmica de grupo para desenvolver confiança; estabelecimento de contrato terapêutico (horário, frequência, duração); discussão sobre identidade do grupo; mapeamento a partir da construção de um cartaz sobre as expectativas do grupo; discussão e estabelecimento dos objetivos do grupo.	Estabelecimento do contrato terapêutico (horário, frequência e duração); mapeamento das expectativas da paciente; estabelecimento de objetivos terapêuticos.
2	Apresentação e discussão do documentário “Canto de Cicatriz”; Relato de experiência de violência	

⁸ CAMILO, I.C.R.R.C.; LOPES, R.F.F.L.; LOPES, M.C.F.F.L., O questionário de esquemas para crianças: um estudo de validação semântica através de prova de juízes. In: Jornada de Terapias Cognitivo Comportamentais, 4. Ribeirão Preto 2016.

⁹ 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. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/apl34.3.2016.08>.

	sexual de cada participante; Reestruturação de crenças distorcidas sobre o violência; Abordagem do impacto afetivo da revelação no grupo.	Manteve-se igual.
3	Abordagem das reações da família e demais pessoas significativas após a revelação da violência sexual; construção do mapeamento das possíveis mudanças na configuração familiar (dispositivo: livro “minha família antes e depois da revelação”); reestruturação cognitiva das crenças relacionadas a culpa e vergonha (construção de cartões de enfrentamento).	Manteve-se igual.
4	Psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental; abordagem dos estados emocionais (dispositivo: jogo das emoções); abordagem terapêutica dos sentimentos com relação ao agressor (dispositivo: construção do agressor com massa de modelar e role-play entre paciente e boneco); automonitoramento (registro de situações problema e sentimentos identificados).	Manteve-se igual.
5	Discussão dos registros de automonitoramento; psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental, abordagem dos pensamentos e reações fisiológicas e suas relações com as emoções;	

	identificação de pensamentos com relação a violência sexual e reestruturação cognitiva de pensamentos disfuncionais (tríade cognitiva); aprendizagem de técnicas de relaxamento muscular e de respiração controlada para controle de ansiedade; automonitoramento (registros de situações-problema, pensamento, reações fisiológicas e sentimentos relacionados).	Manteve-se igual.
6	Discussão dos registros do automonitoramento; psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental, abordagem dos comportamentos e sua relação com pensamentos, sentimentos e reações fisiológicas; mapeamento escrito das principais mudanças de comportamentos pensamentos e emoções decorrentes da violência sexual; psicoeducação quanto ao problema – estabelecimento de relações entre violência/trauma com mudanças identificadas no mapeamento; construção de história em quadrinhos, a partir de situação registrada, com identificação de emoções, pensamentos, comportamentos e reações fisiológicas para integrar o modelo cognitivo-comportamental.	Manteve-se igual.

7	Treino de inoculação do estresse (TIE) - Apresentação, de forma gradual, das situações de violência experienciadas, por meio de relato oral e escrito; reestruturação cognitiva das memórias traumáticas (treino de autoinstrução); relaxamento.	Manteve-se igual.
8	Relato mais detalhado da violência sexual; mapeamento da frequência e intensidade das lembranças e dos eventos desencadeadores destas; treino de relaxamento.	Manteve-se igual.
9	Relato mais detalhado da violência sexual; técnica de substituição de imagens positivas e negativas (gavetas da memória).	Manteve-se igual.
10	Relato do pior momento da violência sexual; construção do “botão de emergência” com estratégias cognitivas e comportamentais para lidar com lembranças intrusivas da violência; relaxamento.	Manteve-se igual.
11	Oficina de sexualidade: Jogo em grupo com perguntas das participantes sobre mudanças no corpo, relacionamentos amorosos e sexuais e estratégias de autocuidado.	Dúvidas sobre sexualidade abordadas a partir de conversa entre terapeuta e paciente
12	Oficina de expressão corporal: Realização de jogos e dinâmicas de grupo que envolva relação com o corpo.	Abordagem da expressão corporal por meio do espelho, brincadeiras e/ou

		conversas sobre toques abusivos e não abusivos.
13	Oficina sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente: Apresentação e discussão do vídeo sobre o ECA; construção de painel sobre o ECA; esclarecimento de dúvidas sobre audiência.	Manteve-se igual.
14	Treino de habilidades sociais focadas em medidas protetivas; escolha de um adulto-referência para solicitar ajuda em situação de risco.	Manteve-se igual.
15	Retomada das estratégias cognitivas e comportamentais aprendidas na intervenção; abordagem das perspectivas em relação ao futuro e reestruturação de possíveis crenças distorcidas (Máquina do Tempo).	Manteve-se igual.
16	Autoavaliação; festa de encerramento.	Manteve-se igual.

Fonte: (SCHNEIDER; HABIGZANG, 2016.)

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A): O termo de compromisso é um documento de resguardo tanto para o grupo de pesquisa LEVICA, quanto para a Associação Vida Plena e o responsável pela criança e adolescente. O termo é assinado assim que o sujeito começa atendimento na ONG e nele consta as cláusulas e exigências para inserção no programa de estágio supervisionado, incluindo o consentimento para que se use material da terapia e informações do paciente para fins de pesquisa, agindo de acordo com as diretrizes da bioética.

5.4 Procedimentos

O Estudo de Caso foi realizado a partir de um serviço de estágio supervisionado, o atendimento clínico da paciente em questão durou 1 ano e 4 meses, desses, 7 meses corresponderam à aplicação do Programa Superar, a começar do dia 4 de maio de 2017 com término no dia 19 de dezembro de 2017. Antes da aplicação a paciente e sua responsável foram informadas dessa nova configuração das sessões, explicando qual era a intenção exata da intervenção, minimizar os aspectos sintomáticos e consequências que se manifestavam na paciente em decorrência da violência sexual. Foi acordado também que alguns encontros seriam realizados apenas com a tia da paciente, para maior êxito na aplicação do Programa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido já havia sido preenchido no momento que o caso foi cadastrado na ONG, disponibilizando-o para possíveis intervenções específicas e utilização de dados para pesquisa.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Avaliação psicológica pré-aplicação do Programa SUPERAR

Inicialmente uma bateria de instrumentos foi administrada para uma avaliação psicológica inicial de D. antes da aplicação do Programa, como sugerido por Habigzang e Schneider (2016). Os instrumentos utilizados foram o Teste Não Verbal de Raciocínio para Crianças, Inventários de Beck para Crianças e Adolescentes – Segunda Edição e Questionário de Esquemas para Crianças Adaptado. Sendo esses dois últimos tratados como tarefas auxiliaadoras na elaboração da avaliação psicológica, considerando a viabilidade e aprovação para pesquisa científica e orientação clínica.

Tabela 3 – Resultados do Teste Não Verbal de Raciocínio para Crianças (TNVR)

TESTE NÃO VERBAL DE RACIOCÍNIO PARA CRIANÇAS (TNVR) – 30/03/2017			
<i>Faixa etária - 15: 12 anos e 2 meses à 12 anos e 9 meses.</i>			
Fator	Escore Bruto	Percentil	Classificação
FATOR 1	19	25	Médio Inferior
FATOR 2	13	100	Definitivamente Superior
FATOR G	25	25	Médio Inferior

Os Inventários Beck para Crianças e Adolescentes traduzidos para o português foram ministrados no dia 6 de abril de 2017, e considerados para essa aplicação como questionários norteadores do processo de avaliação psicológica e indicativos reforçadores da observação clínica. Cada questionário contém 20 afirmativas para serem assinaladas com a frequência “Nunca”, “Às vezes”, “Quase Sempre” e “Sempre”. Foi realizada uma análise correlacional qualitativa dos itens assinalados pela paciente e os comportamentos e crenças aparentes nos atendimentos. Encontrou-se forte resistência por parte da paciente durante a aplicação dos instrumentos para avaliação psicológica, o que pode, ocasionalmente, ter influenciado os resultados. D. apresentou comportamentos de recusa, indagação se aquilo era de fato necessário, falas como “Ai, já chega”, “Isso é muito chato”, em certos momentos largava o lápis e a folha de resposta e abaixava a cabeça, e por vezes mostrava fazer uma leitura superficial do enunciado, sem muita reflexão. Alguns momentos de intervalo e de manejo de contingências foram necessários para que se concluísse toda a avaliação. Tais comportamentos evitativos foram considerados dados para análise, cooperando para maior entendimento da gravidade do caso de D., da dificuldade de adesão ao processo terapêutico e de sua rejeição às atividades propostas.

No que se refere ao inventário de autoconceito/autopercepção (BSCI - Y) D. assinalou a maioria absoluta dos itens com conceito positivo, entretanto, muitos desses iam de encontro ao que era trazido pela paciente em terapia. Um desses itens foi “Eu gosto do meu corpo”, quando inúmeras vezes D. se mostrou insatisfeita com o corpo, com seu peso, com seu cabelo e principalmente com o que as pessoas pensavam quando a olhavam. Esse era um típico comportamento de D., quando interrogada diretamente sobre sua autoimagem, costumava responder “Sou uma menina linda”, porém em outros momentos durante as sessões onde tal fato era abordado de forma não direta, D. trazia incômodos e pensamentos angustiantes a respeito de sua imagem. Outro item assinalado que contrapõe falas trazidas por D. foi “As pessoas gostam de estar comigo”, quando essa levava à terapia preocupações acerca de seus relacionamentos interpessoais, com frases como “Ninguém gosta de mim e ninguém me aceita”; “As pessoas só são minhas amigas por interesse, pelo o que eu tenho/faço”.

O inventário para averiguar comportamentos disruptivos (BDBI - Y) concordou com o que se tinha a priori dos comportamentos de D., a paciente assinalou apenas um item indicando a frequência de “Quase Sempre” que foi “Eu quebro coisas quando eu fico bravo (a)”, de acordo com os relatos da tia, quando D. tinha “ataques de fúria” em casa isso era presente. Os demais itens foram assinalados com a frequência de “Nunca” e “Às vezes”, no geral a primeira opção era tida para comportamentos extremos como “Eu roubo”; “Eu arrombo carros, casas ou outras coisas”; “Eu gosto de maltratar animais”, e a segunda para comportamentos de gravidade leve/moderada como “Eu minto”; “Eu falto às aulas”; “Eu discuto com os adultos”.

Nas respostas ao inventário de raiva (BANI – Y) 2 itens considerados importantes para análise foram assinalados com a frequência de “Quase sempre” e “Sempre”, respectivamente, foram esses “Eu fico com raiva” e “Eu sinto vontade de gritar”. Os demais itens foram assinalados em sua maioria absoluta com a frequência “Às vezes”, o que nos faz questionar a veracidade dessas respostas, visto que se espera que alguém que “quase sempre está com raiva”, “sempre tem vontade de gritar” e apresenta comportamentos de automutilação quando posta em situações de conflito, manifeste outros comportamentos relacionados à raiva.

Os inventários de depressão (BDI – Y) e ansiedade (BAI – Y) foram os que mostraram maior correspondência com as questões, comportamentos e crenças trazidas por D.

nos atendimentos. No BAI – Y, afirmações como “Eu tenho medo de errar”; “Eu fico nervoso”; “Eu sou ansioso”; “Meu coração dispara”; “Eu fico tremendo”; “Eu não consigo dormir bem”; “Eu penso em coisas que me dão medo”; “Eu me preocupo em ficar muito agressivo”, foram assinaladas com a frequência de “Quase Sempre” e “Sempre”. No BDI – Y, “Eu me sinto mal fazendo as coisas”; “eu não consigo dormir bem”; “Eu sinto que ninguém gosta de mim”; “Sinto vontade de ficar sozinho”; “Sinto vontade de chorar”; “Eu me sinto vazio por dentro”; “Meu estômago dói”, foram assinalados com a frequência “Quase Sempre”. A paciente trazia, com frequência e de forma bem demarcada, comportamentos oscilantes entre euforia e apatia durante as sessões, como choro frequente, pensamentos autodestrutivos e ruminantes, e episódios de aceleração da fala e pensamentos, impaciência e inquietude. Vale ressaltar que ambos os inventários foram os primeiros a serem ministrados, o que pode ter influenciado na qualidade das respostas, considerando que ao longo do tempo a paciente foi ficando cansada e não querendo mais responder os outros, enquanto a princípio ainda estava atenta no preenchimento dos inventários.

No Questionário de Esquemas para Crianças Adaptados, também aplicado no dia 6 de abril de 2017, a paciente D. apresentou, de acordo com os itens assinalados, a prevalência dos esquemas de dependência, vulnerabilidade ao dano e emaranhamento, todos esses pertencentes ao domínio Autonomia e Desempenho Prejudicados. A observação clínica corroborou com tais esquemas apresentados, além de salientar a ativação de esquemas dos domínios Desconexão e Rejeição, Limites Prejudicados e Direcionamento para o outro, sendo esses: esquema de abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, defectividade/ vergonha, busca de aprovação/reconhecimento e autocontrole/autodisciplina insuficientes. Segue abaixo algumas crenças disfuncionais da paciente que evidenciam a existência desses esquemas desadaptativos:

- “Todo mundo vai embora, então eu fico sozinha”;
- “Isso é porque eu sou uma pessoa difícil de lidar”;
- “Todos vão me abandonar”;
- “Tem a ver com toda minha história. Eu sempre fui rejeitada quando era criança”;
- “Preciso fazer coisas para as pessoas me aceitarem e se sentirem felizes”;
- “Ninguém gosta de mim e ninguém me aceita”;
- “As pessoas só são minhas amigas por interesse, pelo o que eu tenho/faço”;
- “Se eu mostrar quem sou, ninguém vai me querer”.

6.2 Aplicação do Programa SUPERAR

Considerando as 16 sessões prescritas para a aplicação do Programa SUPERAR, esse iniciou-se no dia 4 de maio de 2017 e tinha previsão de término para o dia 17 de agosto de 2017, entretanto, diversos fatores contribuíram para que a aplicação se prolongasse, faltas da paciente, feriados, período de recesso da clínica-escola, demandas de urgência apresentada pela mesma no decorrer da aplicação, a necessidade de adaptação de técnicas e materiais, bem como a redução ou prolongamento de algumas sessões. Dessa forma, a finalização das sessões do protocolo se deu no dia 19 de dezembro de 2017, cerca de 4 meses de diferença do anteriormente previsto.

Desde a aplicação do protocolo totalizou-se 27 sessões com duração entre 1h e 1h30min, das quais 3 foram reservadas para avaliação psicológica inicial, 18 referem-se à execução do Programa Superar, 4 envolvendo alguma demanda de urgência da paciente ou que impossibilitava a continuidade do protocolo e 2 para se trabalhar aspectos do vínculo terapêutico. Algumas modificações foram feitas nas sessões dos protocolos, 3 sessões precisaram ser divididas em 2 dias de atendimento e 6 sessões foram condensadas em pares para serem aplicadas num mesmo encontro, dessa forma 6 sessões foram realizadas em 3 dias de atendimentos. Foram realizadas algumas sessões extras com a tia responsável pela guarda da paciente, envolvendo psicoeducação sobre violência sexual e treinamento parental, essas não serão descritas no presente trabalho, porém deve-se ressaltar que foram de grande importância para o progresso de D. na terapia.

No início dos meus atendimentos com D. alguns comportamentos se apresentados pela mesma foram tidos como grandes desafios para o processo terapêutico e para adesão ao tratamento, foram esses: desconfiança; comportamentos autodestrutivos; ansiedade; percepção de falta de valor; distorções cognitivas do tipo “tudo ou nada” e rotulação; comportamento hiperssexualizado; refúgio à fantasia; comportamentos de mentira; e manipulação. Além de outros fatores como a terceira troca de estagiária pela qual a paciente passava, tendo um forte apego pela primeira estagiária que a atendeu na Associação, o que ocasionou numa grande resistência à entrada da nova terapeuta. Em uma das sessões, durante um “ataque de fúria” D. verbalizou: “*Então eu vou embora. Porque eu quero a tia I.*”/ “*Eu e a tia I. tínhamos uma relação que ia muito além (choro), nós éramos amigas...*”. Em virtude

dessa resistência e do longo período para estabelecimento de vínculo terapêutico, pensou-se numa forma que se mostrasse eficaz para que D. aderisse ao Programa Superar. Para tal, resolvemos recorrer ao lúdico; aproveitando que a paciente havia começado a fazer aulas de Judô e mostrou-se bastante empolgada com sua entrada para o esporte. Foi proposto então para a paciente uma adaptação do Programa SUPERAR como um “Tatame de Judô”, onde as sessões foram divididas em blocos de acordo com o que se propunha intervir e a relação feita com a lógica do judô, e a cada etapa passada a paciente mudaria de faixa, assim como num treino de judô, onde se muda de faixa de acordo com seu nível de desenvolvimento na luta. A divisão ficou da seguinte forma:

- Área azul do tatame (área de segurança/preparação): Psicodiagnóstico + 1ª sessão (vínculo, valores, regras...) - Faixa branca.
- Área vermelha do tatame (área de alerta): 2ª sessão (canto de cicatriz) + 3ª sessão (família) + 4ª sessão (emoções) + 5ª sessão (pensamentos) + 6ª sessão (corpo) - Faixa azul, faixa amarela, faixa laranja, faixa verde, faixa roxa, respectivamente.
- Área amarela do tatame (área de combate): 7ª sessão + 8ª sessão + 9ª sessão + 10ª sessão (construção de narrativas, técnicas de automonitoramento, autoinstrução, lidando com as memórias e lembranças intrusivas) - Faixa marrom, faixa preta, faixa coral, faixa vermelha, respectivamente.
- Momento das oficinas (11ª sessão + 12ª sessão + 13ª sessão).
- Prevenção de recaídas e relembrando: Momento de recolher os bilhetes deixados em cada fase, treino de habilidades sociais, estratégias cognitivas, projeção de futuro (14ª sessão + 15ª sessão + 16ª sessão).

Imagem 1 – Tatame terapêutico confeccionado com a paciente D.

O tatame foi confeccionado juntamente com a paciente, os materiais utilizados foram emborrachados e cartolina. Para representar a mudança de faixa foram impressos desenhos de uma menina usando um kimono e a cada etapa passada D. pintava a faixa de acordo com a cor daquela etapa e a colava na área do tatame correspondente. De forma a sistematizar o feedback das sessões, após o término dessas pedia-se que a paciente escrevesse num bilhete o que tinha ficado de mais significativo para a mesma e colasse no tatame.

6.3 Estrutura das sessões de psicoterapia do Programa SUPERAR

▪ 1ª SESSÃO DO PROTOCOLO

A primeira sessão de aplicação envolveu o estabelecimento do contrato terapêutico, mapeamento das expectativas da paciente e estabelecimento de objetivos terapêuticos. Por já estar em terapia há um tempo considerável, o estabelecimento do contrato terapêutico já estava consolidado, o que se fez nessa sessão então foi apresentar à D. o Programa Superar, o tatame terapêutico que seria o norteador de nossas sessões, explicar o que se pretendia com essa intervenção e ouvir sobre as expectativas da paciente frente a isso.

Resumo da sessão: D. foi apresentada à ideia do tatame e aos “Valores do Judoca”, que em sessão representam nossas regras, sendo esses: respeito, disciplina, confiança, paciência e persistência. Perguntei se ela sabia para que servia um tatame, ela disse que era para proteger quando caísse e para amortecer as quedas. Eu validei a resposta e disse que o nosso tatame também poderia representar isso, que a partir de agora experienciaríamos muitas coisas e algumas poderiam doer um pouco mais, mas que eu estaria ali para amortecer a queda dela. Falei sobre o fato das pessoas entrarem no tatame descalço e que eu gostaria que ela

nas
sessões,



entrasse
nossas

metaforicamente, também dessa forma. Porque quando estamos descalços significa que confiamos e estamos à vontade no local. Ela perguntou se podia parar quando se sentisse mal, eu disse que sim, que estaríamos construindo aquilo juntas e se em algum momento ela não quisesse falar sobre algo, poderia sinalizar e eu a respeitaria. Expliquei as áreas do tatame e como se relacionaria com a nossa prática. Na área azul, área de segurança, era onde estávamos, já havíamos realizado as avaliações iniciais (referência ao psicodiagnóstico), adquirimos confiança, preparo e agora ela tinha mudado da faixa branca de iniciante para a faixa azul. Na área vermelha que era a de alerta, trabalhamos mais as questões das cicatrizes, das emoções, do corpo e dos pensamentos e na área amarela, área de combate, seria onde reconstruiremos sua história e começamos a entender um pouco mais sobre ela. A paciente perguntou se na área amarela poderíamos ter uma nova D., porque às vezes ela age de certa forma para esconder as coisas (dizia isso chorando). Acolhi o choro e disse que a ideia da terapia era essa, que ela se entendesse cada vez mais e pudesse construir novos caminhos. Começamos então a montar o tatame [...] D. escreveu em alguns bilhetinhos o que ela havia aprendido e as expectativas que ela tem para a próxima fase do tatame. Nesses bilhetes D. colocou que aprendeu sobre confiança, disciplina e respeito a si mesma e ao próximo. Perguntei o que ela considerava respeito a si mesma, ela disse que entende as coisas que ela consegue e as que ela não consegue fazer e respeitar isso. Nas expectativas a paciente destacou construir uma D. que existe de verdade e não o que os outros querem dela, disse também que isso foi o que mais ficou da sessão para ela.

▪ 2ª SESSÃO DO PROTOCOLO

Na segunda sessão ocorreu a psicoeducação sobre violência sexual através do documentário “*Canto de Cicatriz*”¹⁰ com depoimentos de vítimas de violência sexual na infância e profissionais que atuam na área. A partir da discussão do documentário, desvendando mitos e termologias a respeito da violência sexual, constitui-se a reestruturação cognitiva de crenças disfuncionais decorrentes da violência como a ideia de responsabilização da vítima e encoraja-se que a criança e adolescente relate a experiência de violência vivida. Essa sessão foi dividida em dois atendimentos, pois a paciente se mostrou relutante em tratar dos assuntos referentes à violência sexual.

¹⁰ Documentário “Canto de Cicatriz”. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=dbz2hXJLnjk>>.

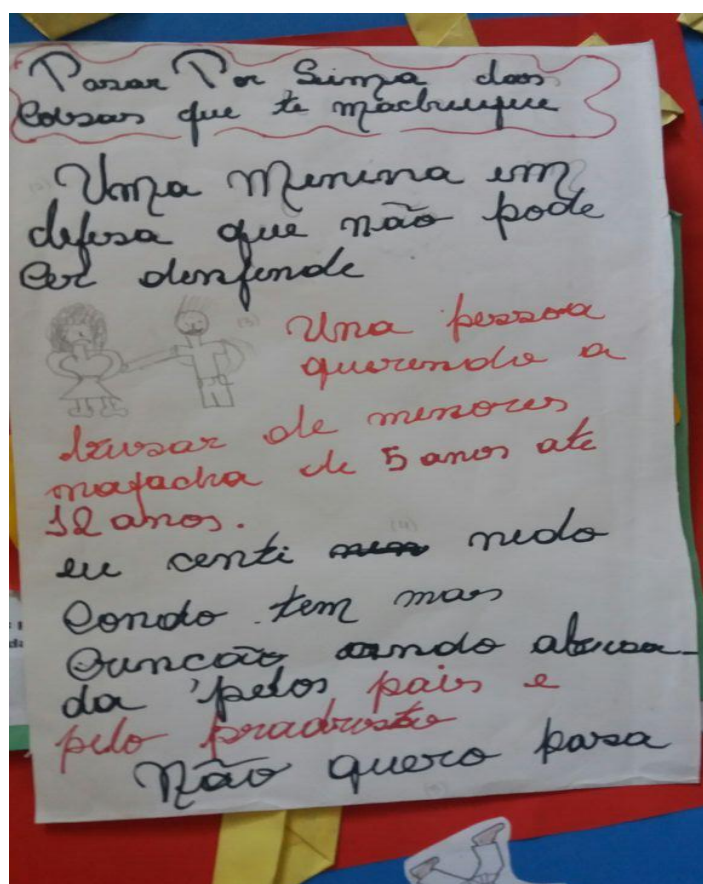
Resumo da sessão 1º dia: Comecei a sessão com a exibição do documentário “*Canto de Cicatriz*”, quando D. se deu conta do que se tratava o vídeo, começou a apertar um pouco os dedos sobre as coxas, desviava o olhar algumas vezes e em poucos minutos do vídeo pediu para que eu parasse. Perguntei o que ela estava sentindo, ela disse que estava sentindo medo. Indaguei o porquê do medo e ela não quis mais falar, disse que não conseguia mais falar. Perguntei se ela poderia desenhar para mim então como ela estava se sentindo, ela disse que sim e começou a desenhar e escrever (D. gosta muito de escrever, embora tenha limitações na escrita, se mostra esforçada). D. foi muito detalhista, apagava muito o desenho, alternava a todo momento entre lápis e canetinha. No desenho mudou o sorriso do homem que aparentemente estava abusando da menina, primeiro o colocou triste, depois sorrindo. Fui tentando conversar sobre o que ela tinha produzido, porém não consegui tirar muita informação. Sobre a primeira coisa escrita, ela disse que não podíamos deixar que as coisas desestruturaram a gente, eu concordei, mas conversei com ela que às vezes precisamos deixá-las vir um pouco, sentir um pouco a dor. Na segunda frase, onde ela terceirizava muito a questão como “uma menina indefesa”, eu perguntei se a menina era ela e ela disse que sim. Perguntei se ela se sentia indefesa, ela disse que antes era. Eu a reforcei dizendo que agora ela era muito forte, que escrever aquilo que ela estava escrevendo demonstrava isso. D. não quis mais continuar e fomos brincar de massinha.

Resumo da sessão 2º dia: Nessa sessão comecei apresentando outro vídeo para D. sobre abuso, esse já um pouco mais didático e informativo, da série “*Que abuso é esse?*”¹¹ do Canal Futura, mas ela pareceu não se interessar e desviou o olhar. Após o vídeo pedi para que ela fosse comigo para o tapete que tinha no chão, ela foi se arrastando e brinquei com ela dizendo que daquele jeito não tinha como a gente ficar, que iríamos ter que fazer polichinelo pra ela acordar. Ela riu, fizemos uns segundos de polichinelo para descontrair e depois voltamos a sentar no tapete. Perguntei o que ela tinha achado do vídeo, ela enrolou para falar e disse que não gostava de falar daquele jeito, se poderia falar de outra forma (a fala a qual ela se refere aqui é sobre a violência sexual). Então eu peguei algumas pranchas com imagens de relações de mãe/filho, crianças, adulto/criança que remetiam a abuso e exploração sexual. Então pedi que ela fosse me apontando o que ela achava ser abuso e o que não era, e conforme íamos conversando e tirando dúvidas, D. ia se expressando mais e se apropriando

¹¹ CANAL FUTURA. Série “Que abuso é esse?”. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=fsUWq800rF4&list=PLNM2T4DNzmq4ela0EhSWG3W1ZW_JGA9uX>.

do tema, mostrando até mesmo entendimento sobre toques que se pode ter, não se pode ter, exposição de menores à pornografia, diferença entre abuso e exploração... Ao falarmos sobre exploração, ela mesma se identificou, dizendo que no caso dela tinha sido exploração porque a mãe a trocava por drogas. Numa das pranchas tinha a imagem de um homem tentando abusar de uma menina e de uma mulher atrás da menina com feição de muito medo, a paciente ao olhar essa foto disse que acontece muito isso de ter chantagem. Perguntei se ela já tinha presenciado isso, ela disse que já, que o padrasto fazia isso com a mãe. Pedi ao final que ela escolhesse algumas fotos para me explicar sobre o que tinha entendido, então ela escolheu 3 pares de fotos, onde ia comparando e explicando o porquê uma era abuso sexual e a outra não era. No final eu a parabeneizei pela apresentação, dizendo que ela tinha mesmo entendido do que estávamos tratando. Perguntei como foi para ela e ela disse que foi tudo muito bom.

Imagem 2 – Desenho sobre abuso sexual da paciente D.



Na terceira sessão abordaram-se as reações da família após a revelação da violência sexual e a construção do livro “Minha família antes e depois da revelação”, onde se trabalha a reestruturação cognitiva das crenças relacionadas à culpa e vergonha. Essa sessão também precisou ser manejada em dois encontros, pelos comportamentos evitativos da paciente.

Resumo da sessão 1º dia: D. chegou desanimada, a tia conversou comigo no pátio dizendo que D. disse não aguentar mais falar sobre abuso, mas que a tia já tinha conversado com ela que era para o bem dela. Nesse momento ela se escondia atrás da tia. Eu disse que entendia e que poderíamos trabalhar isso melhor no atendimento, a esperei e ela passou na minha frente batendo os pés e com lágrimas nos olhos dizendo que não aguentava mais aquilo e que tinha que contar tudo de novo para toda estagiária que entrava. Ela entrou na sala e abaixou a cabeça na cadeira, me sentei na frente dela e esperei em silêncio até que ela quisesse falar. Quando ela levantou a cabeça e se ajeitou na cadeira eu peguei o baralho das emoções e pedi que ela me falasse o que ela estava sentindo, ela disse que nojo, tristeza e raiva. O nojo era porque estava se sentindo enjoado e não tinha essa palavra ali, disse que estava vomitando muito ultimamente. A tristeza segundo ela era por causa de “tudo”, pedi que ela me explicasse o que ela estava chamando de “tudo”. Ela disse que era por causa do pai dela e que ele tinha entrado numa facção, perguntei quem tinha dito isso à ela, ela falou que foi a tia. A raiva era por estar sentindo todas aquelas coisas, por estar daquele jeito. Falou que no judô não consegue se concentrar, que tá sendo caçoada na escola por conta do olho dela que muda de lugar. Perguntei sobre a conversa que a tia tinha tido comigo minutos antes, se ela queria falar sobre isso. Ela disse que lembrar a machucava, eu falei que a entendia, mas lembrei das nossas últimas sessões que eu disse que falaríamos de coisas um pouco chatas e que a incomodavam, mas que ela estava livre para pedir pra parar quando não se sentisse mais à vontade, só que algumas coisas na vida precisamos enfrentar senão poderiam crescer com o tempo e ocasionar outras coisas, dei uns exemplos sobre medo para que ela pudesse entender melhor ao que eu estava me referindo. Falei que ali a gente não falaria do abuso por si só, mas que procuraremos trabalhar as consequências que isso poderia ter trazido pra ela. Perguntei se ela conseguia ver as consequências, ela disse: “Ah, as doenças do coração que eu tenho, que são coisas de gente velha, mas eu sou bem nova e já tenho isso”. Perguntei sobre as consequências no comportamento, ela disse que achava que poderia ser o fato de estar nervosa. Falei que iríamos pensar sobre isso, que assim como ela mesma sinalizou há algumas

sessões, estaríamos construindo uma nova D., mas para isso ela precisava vencer algumas coisas do passado. Ela disse que entendia, mas que só naquele dia ela não queria falar sobre o abuso. Falei que a respeitaria e brincamos de forca no quadro e tabuada, o nível de comprometimento cognitivo de D. ficou nítido na brincadeira da forca onde ela tinha dificuldades em lembrar a letra da palavra que ela tinha colocado e tinha que ir rememorando letra por letra da forca.

Resumo da sessão 2º dia: Peguei os “valores do judoca”, o “tatame”, e rememorei algumas coisas que havíamos trabalhado nas últimas sessões, inclusive como abordamos o tema do abuso de forma lúdica e não tão diretiva. Falei que é comum evitarmos falar de algo como uma forma de fuga, mas precisamos enfrentar essas coisas se quiséssemos mudar. Falei sobre confiança e a questionei se ela confiava em mim, ela disse que sim, falei então que eu não a exporia a algo que não achasse que ela estava pronta, que faríamos aquilo juntas e de forma menos agressiva possível. Lembrei novamente da sessão que falamos do abuso e como ela se mostrou bem no final, ela disse que foi muito bom mesmo porque pode falar da história dela de uma forma diferente, que assim era bem mais fácil. Achei que o confronto seria bem mais difícil, mas D. estava muito disposta, dizendo frases do tipo: “Hoje pode me perguntar qualquer coisa que eu respondo”; “É melhor falar do que guardar tudo”; “Já passou isso, vamos”. Começamos a confeccionar o livro “Minha família antes e depois da revelação” como orienta a segunda sessão do protocolo. D. não teve muitas dificuldades, ela gosta muito de escrever e de atividades manuais. Dividimos o livro em 4 partes: 1. Minha família antes da descoberta do abuso; 2. Minha família depois da descoberta do abuso; 3. Minha família agora; 4. Pontos positivos e negativos da revelação do abuso. Na parte 1. D. contou uma história bonita de como a família era unida e a mãe era mais chegada a ela e que ninguém imaginava que isso poderia acontecer. Que eles sempre saíam para passear. Perguntei que família era essa, ela disse que a avó, a tia, o pai e a mãe... Fui, com cuidado, colocando a história à prova, perguntando como a família era unida se os pais se separaram quando ela tinha 2 anos. Ela disse que com o pai não teve tanto essa proximidade, mas a mãe estava e a tia e a avó também. Ela disse que aquele “antes” era quando ela era bem nova e que as coisas não tinham acontecido ainda, falou do amor da mãe por ela, que a mãe ficava entre amar o padrasto e amá-la e preferia não ver aquilo (nesses momentos “aquilo” e “as coisas” referem-se à violência sexual). Eu questionei o que era amor para ela, ela disse que era dar carinho, cuidar, respeitar... Perguntei se a mãe dela tinha feito isso quando a ofereceu para outros homens, ela

disse que não. Eu falei que realmente não parecia com o amor que ela tinha me trazido, mas não consegui falar diretamente que a mãe não a amava, fiquei com medo de como seria a reação dela e achei que eu mesma não estava preparada para esse confronto. A paciente falou que a mãe a amava do jeito dela de ser. Perguntei como era isso, ela disse que quando a mãe não estava bebendo ou se drogando, ela era carinhosa. Percebi, talvez por inferência mesmo, que a história tinha mais a ver com o que ela desejava do que com o que realmente era, mas não soube como sinalizar que aquilo era fantasia ou um desejo dela. Não me senti à vontade, fiquei um pouco receosa desse confronto direto, acredito que um pouco pela questão de estabelecimento de vínculo ter sido um processo difícil de alcançar e ter receio de rompê-lo, acredito que não é dessa maneira extrema que realmente funciona, mas na hora foi esse meu pensamento. Não me aprofundi tanto no confronto também pelo tempo curto, ela chegou um pouco atrasada e a elaboração do livro levou um mais tempo do que eu havia programado. Na parte 2 ela trouxe o episódio de ter ido morar na casa do pai, nesse momento ela perdeu o contato com a mãe. Disse que pensava que o pai iria cuidar dela, que iria receber amor e carinho, mas que ele abusou dela e para piorar batia muito nela. D. geralmente traz a agressão física com muito mais pesar do que o abuso sexual, “pelo menos minha mãe não me batia”, disse. A paciente completou dizendo que emagreceu muito com o pai e depois de tudo foi parar no abrigo. A parte 3 era sobre como estava a família agora, D. trouxe que foi adotada pela tia e avó e agora tinha amor e carinho, e que tinha muito medo de tudo acontecer de novo. Ela disse que fala pra tia que ela só tem medo, mas a palavra certa é pavor, ela tem pavor de em algum momento ter que dormir com o pai ou estar com a mãe bêbada porque ela sabe que pode acontecer de novo e que ela saiu de um lugar que era risco para ela. A questioneei então lembrando que nas primeiras sessões ela trazia muito o sentimento de saudade dos pais, de querer vê-los, mas que agora ela parecia dizer que não era algo tão bom assim. Ela apenas afirmou dizendo que era isso mesmo. Perguntei se ela tinha medo que isso acontecesse por meio de outras pessoas, ela disse que não tinha medo porque se sentia protegida com o restante da família. Na parte 4 ela a paciente fez uma coluna de prós e contras da revelação do abuso, disse enfaticamente que não houve nenhum contra e escreveu “sem arrependimentos” e na coluna dos aspectos positivos colocou: alívio, receber amor, carinho e ser protegida. Terminamos com a troca de faixa no tatame, indo para a amarela e ela escrevendo um bilhete para se lembrar do que aprendeu na sessão, no bilhete estava escrito “tudo acontece por algum motivo e a gente tem que lidar com isso”.

▪ 4ª SESSÃO DO PROTOCOLO

Na quarta sessão começa a psicoeducação sobre o modelo cognitivo-comportamental, fala-se a respeito das emoções e pede-se que a criança ou adolescente faça seu agressor na massa de modelar e projetar ali as emoções relacionadas a ele por meio da técnica de *role-play*. No final da sessão o paciente recebe o afetivograma para automonitorização de emoções para realizar em casa.

Resumo da sessão 1º dia: Antes do início da sessão a tia da paciente me relatou que o pai de D. havia aparecido e a menina desde então havia mudado o comportamento, estava malcriada e chegou a tentar se enforcar numa briga que teve com a avó. Perguntei como foi a visita e a tia disse que tudo ocorreu de forma normal, aparentemente, D. parecia estar feliz e o pai também. A tia disse ainda que eles choraram na hora de ir embora e que D. gostou da visita pois na última briga de família que havia tido o pai disse que não queria mais saber dela. Após isso a paciente entrou na sala quieta e com uma postura demonstrando pouca disposição com ombros e olhos caídos. D. se sentou e eu coloquei o baralho das emoções à sua frente, ela escolheu as emoções “raiva” e “tristeza”, perguntei o que estava fazendo ela se sentir daquela forma e ela se recusou a responder. Ficamos um tempo em silêncio, então peguei papel e caneta e, ainda em silêncio, coloquei na mesa à sua frente. O silêncio perdurou por alguns minutos e D. permaneceu quieta e sem interagir com os objetos que eu havia posto em sua frente. Em dado momento a paciente pegou a caneta e escreveu que estava triste porque o pai estava doente e com raiva por que não podia ajudá-lo (a tia me disse que ele estava realmente doente, com pneumonia e por conta de ser aidético isso poderia ser um problema). Perguntei se ela achava que poderia ajudá-lo de alguma forma, mas ela não quis responder, pegou a massinha e começou a brincar. Permanecemos em silêncio enquanto a paciente manuseava a massa de modelar, até que pedi a ela que fizesse um homem de massinha. Ela demorou um tempo para fazer, quando estava pronto eu lhe disse que aquele homem representava seu pai. Após essa informação, D. retornou ao boneco e começou a acrescentar detalhes e fazer algumas mudanças. Pedi para que ela falasse o que estava sentindo ao pai, o boneco. Ela continuou em silêncio e assim permanecemos até o fim da sessão. Em alguns momentos a paciente intercalava o olhar, ora para mim, ora para o boneco.

Entre os dois atendimentos referentes à 4ª sessão do protocolo, houve duas sessões, uma de finalização do semestre, onde foi realizado uma linha do tempo da terapia com D.

pontuando todos os avanços e dificuldades que havíamos tido naquele período e elaborado junto à paciente um diário onde ela poderia fazer anotações durante as férias, as quais poderíamos trabalhar assim que retornássemos. A outra sessão foi após um mês logo no começo do outro semestre para retorno de nossos atendimentos.

Resumo da sessão 2º dia: Começamos a trabalhar as emoções, seguindo o protocolo, levei algumas imagens sobre emoções, como nosso corpo reagia a elas e alguns pensamentos associados. Por estar em terapia há bastante tempo, D. compreende bem o modelo cognitivo, então apenas recapitulamos alguns pontos principais. Usamos alguns exemplos do seu cotidiano, como o judô e o medo de não ganhar a competição. Pedi para que ela fizesse alguns bonecos de massinha: 2 homens e 3 mulheres. Fui auxiliando na confecção para que desse tempo de fazermos a atividade prevista no protocolo. Ao terminarmos, disse que os bonecos seriam: seu pai, seu padrasto, sua mãe, ela e eu. Colocamos os bonecos dispostos na parede numa linha reta e fui perguntando que emoções vinham quando ela pensava em cada um dos bonecos. O pai disse que já havia perdoado, não sentia mais nada. O que sentia agora era ansiedade. Perguntei em relação a que era a ansiedade, ela disse: “Ansiedade para o dia em que ele vai me amar”. Nesse momento eu intervindo indagando sobre as pessoas que ela já tinha na vida dela que a amavam, como na escola, na família, na terapia, no judô, etc. Ela deu ênfase ao judô e disse que lá se sente amada por todos. No boneco referente à mãe, ela disse que tinha raiva pelo que ela fez e por não a ter procurado depois. Lembrei-a das músicas que ela disse escrever para a mãe quando tem saudade. Ela disse que sente saudade e raiva, completando com “eu sou complicada mesmo, uma hora tô amando e na outra já tô odiando”. Na vez do padrasto ela disse que não quer o ver nem pintado de ouro, disse que nem pensa nele. Contou de uma vez em que ele bateu em sua mãe e ela chegou a colocar uma faca na perna, contou também de quando eles brigaram e ela e a mãe tiveram que dormir na rua. No boneco que a representava, D. disse “linda!”, eu disse que linda não era uma emoção e então ela falou que se sentia alegre quando olhava para aquela boneca, falou que a terapia havia ajudado, que no começo me achava insuportável, mas agora já tinha se acostumado, que agora já nos conhecíamos melhor. Acabamos por falar da minha boneca e ela disse que as outras terapeutas não entravam nessas questões de família e de como ela lidaria com a vida dali pra frente. Disse: “Eu era muito dramática e elas passavam a mão na minha cabeça”. Não entreguei o afetivograma de automonitorização à D. por já ter passado do nosso tempo de atendimento.

▪ 5ª SESSÃO DO PROTOCOLO

Nessa sessão deu-se continuidade a psicoeducação do modelo cognitivo-comportamental através da relação entre pensamento e emoção, a partir das emoções sobre as diferentes situações trazidas no afetivograma entregue na última sessão. São analisados os pensamentos que o paciente apresenta sobre a tríade cognitiva: eu, outro e futuro e trabalhando a flexibilização de possíveis crenças disfuncionais. Além disso, são ensinadas técnicas de relaxamento para ansiedade e é entregue novamente um afetivograma semanal de automonitorização, só que dessa vez com o acréscimo de pensamentos e reações fisiológicas. Essa sessão também precisou ser dividida em dois dias de atendimento.

Resumo da sessão 1º dia: A paciente não se mostrou muito disposta a colaborar com o atendimento do dia, não queria falar muito e perguntou se poderíamos fazer alguma coisa diferente. Comecei então puxando uma conversa sobre a semana e D. foi contando de uma festa que havia ido e de um menino que ela havia beijado. Terminando essa conversa D. pareceu bem mais disposta a continuar as atividades que eu havia proposto, comecei a explicar sobre as emoções e como elas se manifestam no corpo. Então ela deu um exemplo sobre o beijo e disse que sentiu uma emoção, perguntei o que tinha sido e ela respondeu dizendo que foi adrenalina. Eu expliquei então o que era adrenalina e como isso estava de fato ligado a sentir a emoção no corpo. Comecei a entrar na parte do pensamento do modelo cognitivo, por entender que ela já estava preparada para isso. Elucidar um pouco e pedir que ela me desse um exemplo, D. foi bem precisa falando de uma situação do judô, quando ela fica nervosa por achar que não vai conseguir e muda o pensamento para mudar seu comportamento. Pedi o feedback da sessão e ela disse que foi maravilhoso, por conta do horário não tive como aprofundar isso, apenas lhe dei a grade de monitoramento de emoções pedindo que ela me trouxesse na próxima sessão.

Resumo da sessão 2º dia: D. mais uma vez não trouxe o registro das emoções, nem o diário, a menina apresenta grande dificuldade com as tarefas de casa. Lembrei-a do acordo que tínhamos e que eu precisava que ela cumprisse com algumas tarefas para que déssemos prosseguimento ao tatame. Perguntei como foi a competição, ela disse que ganhou medalha de bronze e que algumas crianças do judô ficaram zoando ela por isso. Perguntei como ela se sentiu e ela disse que a experiência já tinha valido, não era sobre perder ou ganhar. Reforcei

esse pensamento e perguntei se ela conseguia perceber os benefícios do judô para ela. Ela disse que sim, que agora ela conseguia pensar as coisas e ver além. Falei que também achava que tinha ajudado na terapia, por conta das regras, dos limites, expliquei como a atividade física também ajuda na cognição e aproveitei para lembrá-la da importância do reforço escolar. Ela disse que precisava de uma ajuda pra saber quem ela era, eu disse que lembrava que esse tinha sido um pedido dela quando começamos o tatame. Ela falou que quando brigava com a avó pensava nisso, que a avó ficava a comparando com a prima e ela não gostava. Disse que ela fazia as coisas para as pessoas a aceitarem, para elas se sentirem felizes. “Se eu me mostrar, ninguém vai me querer”. Perguntei o que ela sentia quando pensava nessas coisas, ela disse que tinha medo de ser rejeitada. D. disse que tinha a ver com a história dela, pois ela foi rejeitada quando era criança. Conversei um pouco sobre isso, de como o abuso produz isso nas pessoas, essa sensação de ter que agradar os outros, de que somos usáveis. Perguntei se havia alguém para quem ela se mostrasse verdadeiramente, ela disse que sim. A tia, as pessoas no judô e a família Feliz (sobrenome de sua família extensa). Perguntei se essas pessoas a rejeitavam, ela disse que não. Então concluímos que ela não seria rejeitada caso se mostrasse como era. Pedi à paciente que fizesse em casa o exercício de colocar de um lado coisas que ela gostava e do outro coisas que não gostava, para explorarmos mais questões sobre identidade. Fiz a pergunta do protocolo relacionada à tríade cognitiva, perguntei o que ela pensava de si, do outro e do futuro. Ela disse que se considerava uma guerreira por tudo que tinha passado, sobre o outro disse ter aprendido a lidar mais, a se colocar no lugar do próximo e que quando saiu do abrigo não era assim. Sobre o futuro ela disse que queria ser veterinária do exército ou alguma profissão que a desse adrenalina e que gostaria de se casar. Terminamos com o exercício de respiração usando um ursinho no abdômen para ajudá-la a se concentrar, ela ficou por alguns segundos e disse que não conseguia fazer muito bem, pois os pensamentos não paravam. D. relatou que ao fechar os olhos pensava na avó gritando e não no ursinho. Disse que era comum que alguns pensamentos viessem à tona e era só ela deixar os pensamentos irem, assim como eles vinham e não lutar contra eles. Terminamos a sessão e no feedback ela disse ter gostado bastante e que a parte que foi importante para ela foi a de saber que poderia ser ela mesma.

▪ 6º SESSÃO DO PROTOCOLO

A sexta sessão se inicia com o registro de automonitorização e é incluído na discussão o último elemento do modelo cognitivo-comportamental: o comportamento. É solicitado que as crianças e adolescentes descrevam as mudanças de comportamentos, pensamentos e emoções após a violência sexual. Para finalizar, é escolhida uma das situações representadas no afetivograma de automonitorização para construir uma história em quadrinho, compreendendo: situação, emoção, pensamento, reação fisiológica, comportamento e um sexto quadrinho para comportamento alternativo.

Resumo da sessão: D. finalmente trouxe o diário que eu vinha pedindo há algumas sessões. Ela disse que tava da mesma forma da última vez em que ela o trouxe, sem muita informação e que tinha esquecido o registro de emoções. Percebi que D. não o traz justamente por isso, por não utilizá-lo e de repente achar que eu pudesse cobrar de alguma forma. Disse que aquele diário era apenas para que a terapia pudesse fluir em outros espaços, para que ela pudesse usar em momentos em que ela estivesse triste, com raiva ou até muito alegre e poderia trazer para trabalharmos na sessão o que aconteceu. Comentei que faríamos então “ao vivo” um registro de pensamentos, já que não estávamos com o afetivograma de monitoramento das emoções para nos basear e comecei a diagramar o registro no diário. Nesse momento ela disse que, na verdade, havia trazido o afetivograma e que estava no carro, mas ela não tinha feito. Eu disse que não precisava trazer e que poderíamos fazer na hora mesmo, ressaltando que ela não precisava mentir quando não fizesse algo, que poderia me falar sem medo de eu repreendê-la e que juntas procurávamos uma forma de resolver a questão. Toda a relutância dela em trazer o registro, o diário e as tarefas de casa que eu passo, tem a ver com o fato dela não conseguir, por alguma razão, cumpri-las, então acredito que no receio de uma possível repreensão ela prefere mentir e dizer que esqueceu. Começamos o registro de pensamentos, pedi que ela me trouxesse algumas situações que haviam ocorrido nas últimas semanas e que despertaram nela alguma emoção forte. Segue abaixo como ficou o registro:

Tabela 4 – Registro de Pensamento paciente D.

SITUAÇÃO	EMOÇÃO	PENSAMENTO	COMPORTAMENTO	PENSAMENTO ALTERNATIVO
J. disse que sou namorada dele.	Raiva, Tristeza, “Me arrepiei toda”.	Gosto dele.	Empurrei ele.	Ele já tem uma namorada e eu não posso fazer nada, e também só posso namorar com 15 anos.
Meu irmão não morar comigo.	Tristeza.	Poderia estar com ele agora, mas não estou.	Vontade de socar as coisas, de bater em tudo.	É uma situação que não posso mudar. Posso colocar o ursinho na barriga e respirar.

Sobre a primeira situação, D. já havia comentado sobre J., um menino do judô que a tia gosta muito. Mas ela trazia a ideia de J. ser apenas um amigo, então a questioneei sobre esse pensamento de “gostar dele”. Ela disse que muitas vezes se esconde e não demonstra o que sente realmente, por isso não tinha falado nada antes. J. parece estar namorando a filha do Sensei do judô, mas quando estava com seus amigos e D. estava perto, J. disse a eles que D. era sua namorada. Questionei o momento que isso tinha acontecido, ela explicou que foi quando foi na casa de uma amiga fazer trabalho. Então fiquei um tempo perguntando do lugar, se era perto do judô, se J. morava perto dessa amiga, para tentar descobrir a veracidade da história, considerando o histórico de pensamentos fantasiosos que a paciente trazia. Após isso pedi que D. escolhesse uma situação e fizesse um desenho em quadrinhos, mudamos de faixa, encerrando a primeira etapa do Programa Superar e encerramos a sessão.

▪ 7º SESSÃO DO PROTOCOLO

Nessa sessão deu-se início a segunda etapa do Programa Superar: Treino de Inoculação de Stress. O primeiro momento é destinado à explicação do funcionamento da memória usando a analogia de “gavetas mentais”, onde todas as memórias, boas ou ruins, estão guardadas em nossa cabeça. Pede-se que o paciente verbalize com detalhes uma lembrança da situação de violência, após o relato realiza-se um treino de autoinstrução onde o paciente aprende a conversar consigo mesmo, com verbalizações que ajudem a lidar de forma adaptativa com a violência. Para finalizar a sessão, técnicas de relaxamento são utilizadas.

Antes da 7ª sessão de atendimento, realizamos uma sessão de preparo que julguei ser necessária. Para passarmos para a próxima etapa do Programa gostaria que algumas coisas estivessem fixadas em D., como a ideia de identidade, pertencimento e segurança. Então trabalhamos basicamente isso nesta sessão de transição, entendendo um pouco seus gostos, suas atitudes, a filiação tanto com os pais biológicos, quanto com a família extensa e tudo mais que isso implicava. Além disso, fizemos também alguns exercícios de respiração.

Resumo da sessão: D. demorou a entrar na sala, quando eu cheguei ela estava na secretaria escrevendo. Entrei na sala e fiquei a aguardando, depois de alguns minutos ela entrou com feição triste e postura desanimada. Perguntei como ela estava e sobre a mensagem que ela tinha me mandado no dia anterior dizendo que não aguentava mais e que dependendo de como fosse, ficaria por ali. Ela disse que ela e a tia haviam brigado, o motivo segundo D. foi porque ela estava perguntando à tia como se fazia café e essa não queria respondê-la, então ela gritou perguntando e a tia se estressou e bateu no braço dela com uma pedrinha de mármore que segura as roupas de costura. D. disse que a tia está estranha por causa desse namorado, que a avó já tinha percebido. Contou que a tia tinha ciúmes porque ele estava distante e que desconfava disso nelas, perguntei como ela sabia disso e ela disse que a própria tia tinha contado. Falou que queria a tia dela de volta, feliz. Perguntei se a tia realmente não estava feliz ou se era ela que estava achando isso. Ela disse que a tia estava mesmo triste, que não brincava mais em casa, nem sorria. A paciente havia colocado o diário perto de mim, perguntei se ela gostaria que eu visse algo, ela disse que foi a tarefa de casa da última sessão onde ela tinha que colocar de um lado como ela se via e como os outros a viam. Na parte de como ela se via, tinham apenas coisas boas e na parte de como os outros a viam, tinha apenas coisas ruins. Junto com ela tentei flexibilizar isso, a ajudei a colocar coisas boas em como os outros a viam e algumas coisas que ela não gostava nela em como ela se via. Algumas características pareciam se contrastar como ela se ver “linda” e os outros a viam como “feia”.

Depois desse exercício perguntei sobre o judô e ela disse que havia saído do judô e que agora estava na academia, perguntei se tinha acontecido alguma coisa e ela disse que era porque ela tinha um problema nos ossos e tinha dor e por causa disso estava caindo e que não podia continuar, falou que até estava um pouco arrependida, mas que já tinha entregue o kimono. Depois em conversa com a tia o que de fato aconteceu foi que a avó falava que o esporte era de “sapatão” e que se ela saísse a avó pagaria a academia para ela. Lamentei a saída dela do judô e falei do nosso tatame, perguntei se ela se sentiria confortável em continuar com essa proposta. Ela disse que iria ter que ficar lembrando. Eu falei que gostaria de continuar mesmo assim, que ela poderia ao menos na terapia chegar à última faixa do judô, já que na luta real isso não seria possível. Ela concordou. Falei com ela que iríamos para o pátio fazer um exercício, que agora nas nossas sessões começamos a fazer algumas técnicas que exigiria dela confiança e entrega e eu gostaria que começássemos a trabalhar isso. Fomos ao pátio e eu vendei os olhos de D., disse que iria guiá-la até o outro lado do pátio e ela teria que seguir minha voz e meus comandos. D. ficou bastante animada e fez o exercício sem grandes dificuldades e sem relutância. No final ela gostou bastante e pediu para fazer de novo, então fizemos novamente num caminho diferente, onde eu a levava de volta à sala. Perguntei o que ela tinha achado do exercício, ela falou que parecia que estava presa, que tinha que depender dos outros e confiar e a parte mais difícil foi descer e subir degraus. Expliquei a ela que essa era exatamente a ideia, trabalhar a confiança e a entrega. Em seguida mostrei um trecho do filme *“Divertidamente”* que fala sobre o funcionamento da memória e como elas constituem nossa personalidade, ela pediu para que eu repetisse o vídeo mais uma vez. Expliquei como funcionava esse mecanismo e de como nossas memórias determinavam parte do que éramos. Peguei uma cartolina e falei que poderíamos exemplificar algumas das memórias importantes na vida dela, falei então das memórias referentes à violência, ela pegou uns fantoches e perguntou se podia usá-los para representar. Eu disse que sim, então ela começou a encenar a cena da mãe a trocando por drogas, na cena tinha a mãe e seu padrasto. Fui explorando a cena, perguntando quantos anos ela tinha, ela não soube responder, disse que era muito pequena e não lembra, perguntei onde foi, ela disse que na casa deles e que ela tinha ouvido a mãe fazendo a troca, mas não acreditou. A segunda cena que a paciente encenou foi a cena do abuso, estava o padrasto e o irmão desse, na cena eles entraram no quarto da filha do irmão de seu padrasto e pediram para que ela fosse pegar churrasco para eles enquanto eles ficavam com a D. A paciente disse que foi nesse momento que eles abusaram dela. Fiz perguntas sobre

esse quarto, como era, mas D. não respondeu muito, disse que isso aconteceu no mesmo dia da outra cena, que ela morava em cima e esse irmão do padrasto embaixo. Perguntei sobre o abuso, ela disse que eles só passaram a mão, que ela não deixou fazer mais nada e gritou. Disse que eles a ameaçaram também, que se ela contasse algo iria matá-la. D. falou que no mesmo dia foi para a casa da avó e ela percebeu que a paciente estava machucada, perguntei como ela havia percebido, ela falou que quando ela foi dar banho nela porque ela era muito pequena. Acredito no conteúdo da história de D., mas não sei se na forma em que ela representou. Não houve divisão de tempo, algumas informações faltavam e outras não pareciam condizer com a realidade, como o quarto da filha do padrasto ter duas camas, uma que seria para D. quando a mãe a deixava lá. A falta de coesão dos acontecimentos pode se dar devido ao tempo e o fato da menina ser mais nova quando isso aconteceu, ou por uma dissociação ou mecanismo de defesa para lidar com a situação. Falei com D. que agora seria o momento de intervirmos nas cenas, pensando na técnica de reparentalização presente na Terapia do Esquema e utilizada para intervir em situações passadas traumáticas e de forte cunho emocional. Perguntei se ela gostaria de entrar na primeira cena, ela disse que sim. Começou falando que sabia que tinha que perdoar perguntou à mãe o que ela tinha feito para ela, por que ela a odiava tanto. Disse que não desejava o mal a ela, mas que agora ela tinha uma mãe (referindo-se à tia) que dava tudo que a A. (nome da mãe) não deu, que não tinha um pai, mas tinha uma avó que a amava e cuidava dela. Achei curiosa essa relação com os papéis de pai e mãe que a paciente colocou. Falou também com o padrasto que não queria vê-lo, que ele tinha acabado com a mãe dela. A paciente trouxe à tona o desejo de cuidar do irmão que ficou, de quando crescer pegá-lo para criar. Fomos à segunda cena, mas nessa D. não quis entrar, eu perguntei se poderia entrar então comecei a falar com o padrasto e seu irmão sobre o que eles tinham feito, que isso não se faz com uma criança, que aquilo tinha sido errado, que na época ela tinha poucas formas de se defender, mas que agora ela não era mais a D. abusada, a D. vítima. Nesse momento a paciente quis entrar na cena, começou dizendo que “não desejava mal”, mas que agora ela era uma nova D. e aquilo não poderia mais se repetir. Perguntei à ela como estava se sentindo, ela disse que bem, falou que a parte mais difícil foi falar do abuso e que ela tem que esquecer isso porque é ruim lembrar. Falei que nós só poderíamos construir um futuro quando reconhecemos nosso passado e que esse era o caminho. Mudamos nossa faixa no tatame para faixa roxa, pedi o feedback da sessão

para D. e ela disse que o que tinha ficado para ela era a palavra “mudança” e que a sessão tinha sido boa.

▪ 8º SESSÃO DO PROTOCOLO

A oitava sessão direcionou-se novamente para a construção de narrativas sobre a violência, dessa vez com mais detalhes e tentando mapear os estímulos desencadeadores e a frequência das lembranças intrusivas da violência.

Resumo da sessão: D. ficou deitada no banco de trás do carro e não queria levantar. Eu a chamei e em seguida fui para sala a esperar, depois de alguns minutos a tia apareceu na porta dizendo que a menina tinha pedido para que eu fizesse algo de diferente. Em seguida D. apareceu e já foi deitando no sofá e fechando os olhos como se estivesse com muito sono. Perguntei como ela tinha se sentido depois da última sessão, ela disse que bem, balançando a cabeça com certa sonolência. Disse a ela que precisava que ela estivesse ali comigo para que as coisas funcionassem e para que eu pudesse fazer a atividade que eu pretendia, precisava da atenção dela. Ela disse que estaria ali e se sentou. Então pedi que ela deitasse novamente e fechasse os olhos para imaginar um lugar seguro, esse lugar poderia ser um local que ela gostasse, ou o abraço de uma pessoa, ou algum lugar que a deixasse tranquila. Perguntei o que ela tinha imaginado, ela apontou para a sala, perguntei se era essa sala ou a sala 1, ela falou que era a sala 1. Perguntei quem estava na imagem, ela apontou para mim, perguntei se ela tinha outra idade ou a idade atual, ela disse que a atual. Perguntei como ela estava, ela disse que estava segura. Pedi então que ela lembrasse da cena da tia conversando com o namorado no telefone, a cena em que ela se sentiu abandonada. A paciente então interrompeu a intervenção e disse que estava com sono, não quis mais fazer e pediu para eu fazer algo diferente. Eu fiquei um tempo em silêncio, depois a indaguei se ela percebia que toda sessão que falávamos sobre o abuso ou sobre algo que ela não ficasse confortável, na sessão seguinte ela costumava evitar a sessão e se comportar dessa forma, demorando para entrar na sala, pedindo por algo diferente, disse que esses eram comportamentos evitativos e pareciam não nos ajudar muito. Perguntei novamente o que ela achava disso que eu havia falado, mas ela não quis responder. Depois de seu tempo falou apenas “Ah, mas eu só quero fazer algo novo. Você nunca faz”, a confrontei dizendo que fazíamos algo novo toda sessão, e esse pensamento dela não se comprovava. Ficamos mais alguns minutos em silêncio até que ela interrompeu perguntando se eu não iria falar com a tia dela, eu disse que eu tinha 1 hora de sessão com ela

e só depois conversaria com a tia, D. questionou o porquê não estávamos na nossa sala, referindo-se à sala 1, eu disse que era porque na sala 2 tinha sofá e eu achei que seria mais confortável para aquela sessão. Então se seguiram mais alguns minutos de silêncio, até que eu questionei o que aquilo significava para ela, ela não respondeu. Durante os momentos de silêncio D. ficava com um olhar vazio, às vezes fechava os olhos, fazia alguns movimentos repetidos com a cabeça e as mãos, a paciente costumava apresentar esses comportamentos dissociativos em situações de confronto. Perguntei como ela estava se sentindo e ela disse que só queria fazer algo diferente. Falei que não podíamos evitar tudo na vida, que essa situação não era só aqui na terapia, mas em outras áreas, lembrei a questão que ela tinha com o abandono e que a gente precisava enfrentar isso para que ela pudesse se sentir melhor e não ter mais essa sensação tão presente e paralisante, falei que quando ela fica com raiva ela se machuca e isso também é uma forma de evitação, mas que ali precisávamos enfrentar nossos problemas. Lembrei que ela escolheu aquele local como lugar seguro, então ela poderia se sentir à vontade para isso. D. disse]

“Ah, eu estou enjoada, to resfriada, to doente...”. Eu disse que também estava, que tinha pego 2 ônibus, estava cansada, mas estava ali. Que ela não era obrigada a ir à sessão nos dias em que ela não estivesse se sentindo bem, que era uma escolha dela. Que eu, apesar de também estar passando mal, decidi estar ali e não estava dando desculpas. Falei que acreditava que ela estava mal, mas indaguei o que ela iria fazer com isso já que estava ali. O silêncio perdurou por um tempo e sinalizei quando faltavam 10 min para nosso tempo acabar perguntando se ela queria dizer algo, mas ela permaneceu em silêncio. Mantive o silêncio e na hora de nos despedirmos pedi que ela lembrasse de algo que eu tinha falado na última sessão, que ela não era mais vítima e não precisava mais desse papel, um dia ele foi útil, mas agora não era mais. Agora ela tinha uma família segura e que a amava. Falei que ela poderia levar essas questões para casa e começar a se perguntar o porquê de algumas coisas, questionar a si mesma sobre os sentimentos, as evitações e que poderíamos conversar sobre isso no próximo atendimento.

▪ 9º SESSÃO DO PROTOCOLO

Na 9ª sessão a técnica de substituição de imagens mentais negativas por lembranças positivas é empregada. O terapeuta solicita que o paciente feche os olhos e busque na sua “gaveta de memórias” uma lembrança positiva, descrevendo-a com o maior número de

detalhes. Logo após pede-se que recorde a memória da violência sexual e, da mesma forma, descreva em detalhes. A ideia central é viabilizar o controle emocional desencadeado por essas lembranças.

Resumo da sessão: Eu estava tirando algumas coisas da sala 1 para levar à sala 2 quando a tia chegou na ONG falando alto e bastante irritada, dizendo que não aguentava mais D., que não aguentava mais a forma que ela a tratava, gritando como se ela fosse uma qualquer. A tia disse isso se sentando numa cadeira no pátio da ONG. Fui pega desprevenida, disse à tia que atenderia D. e em seguida falaria com ela. D. entrou com o fone no ouvido. Perguntei o que tinha acontecido. Ela contou que tinha gritado com a tia porque queria que ela respondesse uma coisa e ela não estava respondendo, que a tia estava penteando o cabelo dela, forçou a escova de raiva e machucou o pescoço dela. Falei com D. sobre essa forma de falar com a tia, que isso realmente não era algo bom e nem respeitoso, que a tia reclamava disso desde que a gente estava em atendimento e ela precisava respeitá-la. A paciente reconheceu que errou em ter gritado, mas falou que a tia também errou pelo que tinha falado com ela. Então começou a falar que a tia tinha dito que a devolveria, que não aguentava mais, que não queria mais ela. A paciente nesse momento começou a chorar muito, pela primeira vez percebi em atendimento um choro legítimo, de dor, não forçado e sem cunho de manipulação. D. deu muito foco nas palavras da tia, disse que já estava acostumada a ouvir essas coisas da avó, mas não da tia. Perguntei como ela se sentia com isso, ela disse que se sentia como um ioiô, um objeto descartável. Disse que a tia ficava com raiva às vezes, mas que no dia seguinte já passava e dessa vez não tinha passado, ela tinha falado de novo no carro e novamente para mim. D. pareceu aflita questionando “E se ela não mudar de ideia dessa vez?”, “Eu fiz o que você me ensinou, eu respirei”. D. então pediu para beber água, eu deixei. Quando ela voltou, mostrei a ela as bonecas de faixa diferente que tínhamos colado no tatame, acentuei que todas elas pareciam diferentes uma das outras, que é como se em cada fase ela tivesse se descobrindo de alguma forma e que era isso que a gente estava fazendo ali, caminhando para chegar em quem ela gostaria de ser e de conhecer. Falei que naquela sessão iríamos passar por duas faixas a marrom e a preta, que em nossa divisão representa as sessões 8 e 9 do protocolo referentes a vivência das memórias traumáticas. Optei por empregar a técnica de imagem mental da terapia do esquema nessas sessões. Disse a D. que ela precisava fazer um acordo comigo para as últimas sessões que nos aguardavam, que era o de correr um risco em cada sessão. Que em cada sessão ela estaria disposta a se arriscar um pouco mais do que já havia ido. Pedi então

que ela ficasse confortável, ela escolheu deitar no tapete. Pedi que ela respirasse fundo e relaxasse. Dei os comandos para que ela imaginasse um lugar seguro, ela escolheu novamente a sala 1, onde estava eu e ela sentadas nas cadeiras uma de frente para a outra. Pedi que ela acionasse a memória da briga que teve com a tia, de como aconteceu, do que ela estava vendo, ela descreveu a cena, dizendo que a tia estava penteando o cabelo dela, então começou a falar que não aguentava mais ela, que iria devolvê-la. Perguntei o que ela estava sentindo, ela disse que estava se sentindo como um ioiô, um objeto descartável. Pedi que ela respirasse e pensasse em algum outro momento que ela também havia se sentindo dessa forma, ela disse que quando estava a avó, o pai e a mãe brigando pela guarda dela na casa da avó. “Eles estavam brigando, mas ninguém me perguntou nada, como se fosse um objeto, não uma criança que eles estavam disputando”. Pedi então que ela respirasse novamente e tentasse buscar outra memória onde essas reações emocionais também apareceram, ela disse que foi quando o pai a abusou, então ela parou de falar e ficou em silêncio interrompendo o que iria contar. Pedi que ela respirasse, então perguntei onde ela estava, ela disse que no quarto dele, perguntei quem estava lá, ela disse que só ele e a irmã estavam em outro cômodo. A sua esposa estava internada no hospital. Perguntei então o que ele estava fazendo, ela disse que ele estava passando a mão nela e quando ia fazer algo pior a irmã a tirou de lá. Perguntei como foi isso, ela disse que a irmã gritou. Questionei o porquê ela estava no quarto dele, ela disse que ele a obrigou a dormir com ele. Percebi que não conseguiria tirar mais informações, pedi que D. respirasse e retornasse à cena segura. Ao final perguntei como ela se sentiu lembrando disso tudo, ela disse que foi doloroso. Perguntei se ela conseguia identificar a frequência que essas memórias e esses pensamentos de ser um objeto descartável viam à sua mente, ela disse que isso acontecia quando a irritavam. Expliquei então como as memórias funcionavam, que era como gavetas e que ela podia escolher quais gavetas abrir e quais fechar. Pedi então que ela fechasse os olhos novamente e respirasse, pedi para que se lembrasse de cenas boas, onde ela se sentisse amada. Ela disse que uma cena foi quando a avó no dia anterior havia dito “minha neta”, lembrou da tia no aniversário dela, do passeio que elas fizeram no shopping, da tia a acordando dizendo que a amava, do judô. Perguntei então se ela achava que conseguiria substituir as memórias negativas por essas memórias que ela havia me contado agora, ela disse que achava difícil. Então ela foi abrindo os olhos, perguntei se ela achava mesmo que era melhor descartar todas essas memórias boas por conta de uma briga pontual, que foram vários dias em que ela se sentiu amada, em contrapartida só fazia

dois dias que a tia estava brigada com ela. Então ela me perguntou, com certa inocência e medo, “mas e se amanhã ela ainda estiver com raiva?”, então eu disse que seriam só três dias. Expliquei que as memórias constituíam quem a gente era e que ela passou por muitas coisas na vida por muito tempo, e só estava com a tia há 3 anos. As memórias ruins ainda estavam em maior quantidade do que as desse tempo com a tia, mas que era só ter paciência. Fiz uma analogia com a luta, é como se eu quisesse ganhar lutando com um lutador de *sumô* e sem preparo nenhum. Eu perderia, certamente. Então com o tempo outras memórias iriam se constituir nela e nós trabalhamos nisso. Perguntei o que ela achava disso tudo, ela disse “Sei lá...Acho que preciso respirar um pouco”. Então disse que estava tudo bem e que poderíamos conversar melhor na próxima semana.

▪ 10ª SESSÃO DO PROTOCOLO

Na décima sessão é construída a última narrativa sobre eventos da violência sexual e são discutidas estratégias para lidar com as lembranças decorrentes desse, como: técnica de autoinstrução; substituição de imagens e técnicas de relaxamento. Antes da sessão 10 do protocolo tivemos uma sessão por fora por D. ter tido um encontro com seu pai e isso ter acionado muitas questões e sentimentos, tanto nela, quanto em sua tia.

Resumo da sessão: D. chegou já pedindo para fazermos algo diferente, eu neguei a solicitação e disse que fecharíamos o nosso cronograma, pois precisávamos fechar o Programa. Mostrei a ela nosso calendário de sessão com as datas de todos os atendimentos até o recesso. Fiz um registro de pensamentos com ela acerca dos pensamentos e memórias do abuso, pensando em possíveis estratégias para enfrentamento. A paciente conseguiu fazer os links entre as situações que despertavam estresse nela como as brigas com a tia, a troca de terapeutas e as memórias de ter sido abusada, pensamentos de abandono e de rejeição. Os comportamentos que ela associou a isso foram os de rejeição, de se cortar, gritar, bater a cabeça na parede e chorar. Aos comportamentos alternativos D. primeiro respondeu que poderia sair da situação que a despertasse os sentimentos de nojo, raiva, tristeza e acionasse esses pensamentos de abandono. Eu disse que esse era um comportamento de fuga e que poderia ter outras formas de enfrentar, então pensando juntas elencamos algumas possíveis estratégias, sendo essas: respirar, pensar nas memórias boas, lembrar que ela era amada.

▪ 11ª SESSÃO DO PROTOCOLO

Foi dado o início da terceira etapa do Programa Superar: a Prevenção de Recaída. Na 11ª sessão acontece a oficina sobre sexualidade, dúvidas e mitos são esclarecidos, bem como, temas a respeito de identidade de gênero e orientação sexual. Essa sessão se deu junto com a 10ª sessão.

Resumo da sessão: Fomos ao que seria a 11ª sessão do protocolo. Fizemos um alongamento, ensinei alguns movimentos de contração e relaxamento muscular. Percebi que D. não tem dificuldades na coordenação motora e lamentei por ela ter saído do judô. Após isso, nos sentamos e disse que ela estava livre para fazer perguntas sobre sexo e sexualidade. Ela ficou inicialmente com muita vergonha e propôs escrever, eu disse que não precisávamos disso, pois já havíamos passado dessa fase e que estávamos construindo um bom relacionamento até ali. Então D. riu e depois perguntou sobre o aborto e as formas que as pessoas abortavam, conversamos um pouco sobre isso e ela me mostrou a foto da menina do curso pela qual ela se sente atraída, conversamos sobre esse desejo dela e a paciente relatou ter dúvidas ainda. Não sabe o que é mais forte, seu gosto por meninas ou se seu nojo por homens. Falei que ela não precisava decidir nada agora, que era uma fase de descoberta assim como estávamos caminhando também no tatame para descobrir mais da D. e que um dia ela teria maturidade o suficiente e segurança para se definir como heterossexual ou como homossexual. Falei da questão do nojo e de que nem todo homem abusaria dela ou a trataria com desrespeito, a paciente me lançou um olhar incrédulo, mas depois que fui falando mais a respeito ela pareceu entender. Pedi o feedback e ela disse que o que havia ficado da sessão era que ela deveria esperar as coisas acontecerem no tempo certo.

▪ 12ª SESSÃO DO PROTOCOLO

Ainda na perspectiva de oficina, na 12ª sessão acontece uma oficina de expressão corporal, objetivando abordar como se dá a relação das crianças e adolescentes com o seu corpo. Abordam-se também a diferença de toques abusivos e não abusivos. Algumas atividades propostas para essa oficina são brincadeiras como estátua e tocar o próprio corpo frente a um espelho.

Resumo da sessão: Pedi que a paciente se deitasse, respirasse, e tentasse ficar o mais relaxada possível. Fizemos exercícios de respiração e atenção e fui pedindo que ela tocasse algumas partes de seu corpo, D. pareceu ter dificuldade em colocar a mão na ponta do nariz,

como se não reconhecesse que o nariz tem uma ponta e também apresentou dificuldades para encostar na boca, rindo e ficando sem graça com esse comando. Levantei o questionamento sobre isso, mas ela respondeu dizendo que não significava nada e deu de ombros. Conversamos um pouco sobre autocuidado, puberdade, transformações no corpo e menstruação, D. apresentou algumas dúvidas bem básicas sobre o assunto como o porquê se menstruava, ficou surpresa quando eu disse que ela poderia olhar sua vagina pra conhecer e saber o que tinha e pareceu mais surpresa ainda quando eu expliquei sobre corrimentos, perguntando “Então não é doença? Minha avó fala que é doença”. Conversamos sobre sexo, D. apresentou um pouco de bloqueio para falar as palavras “pênis” e “vagina”, então depois de muita risada ela conseguiu repetir as palavras. Perguntei a D. sobre o que ela achava de sexo e ela mudou completamente de assunto falando sobre um amigo que ela defende na escola porque todos implicam com ele. Esperei que ela terminasse a história e sinalizei o fato dela ter mudado de assunto, ela riu e disse que foi isso mesmo. Então perguntei mais uma vez o que ela pensava sobre sexo e não o que as outras pessoas falavam, ela disse que tinha que ser no tempo certo, na idade certa, quando ela se sentisse segura de que fosse acontecer, D. disse que “pelo meu nojo por homens, vou ter que me sentir muito segura para isso”. Eu frisei a questão do autoconhecimento e que isso dava um pouco mais de segurança de se saber quem se é e não deixar ninguém nos invadir. Então conversamos sobre a diferença dos toques abusivos e dos toques não abusivos, eu insisti um pouco para ela dar exemplos concretos, ela assim o fez, mas a princípio pareceu ter muito claro na mente que isso se referia à liberdade que se dava. O abusivo eram coisas que você não permitiu que fizessem e o não abusivo seria com a sua permissão. Comentei que era basicamente isso, mas ressalttei também os casos de permissão por subjugação, chantagens ou falta de reação e que isso poderia sim se caracterizar como toques abusivos. Peguei um espelho e pedi que D. me falasse o que ela via, ela disse que via uma menina linda, falou da sobrancelha que precisava fazer, da raiz que estava crescendo, do peito que também estava crescendo e coisas do tipo.

▪ 13ª SESSÃO DO PROTOCOLO

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi apresentado a partir do vídeo “*Estatuto do Futuro*”, após fala-se sobre a função da Lei, suas implicações, o papel dos

órgãos de proteção à criança e ao adolescente e a participação nas audiências judiciais. Essa sessão se deu no mesmo dia da 12ª sessão.

Resumo da sessão: Assistimos um dos vídeos da série “Que abuso é esse?” para dar introdução ao tema de direitos de crianças e adolescentes. D. prestou atenção no vídeo que era de 8 min, lembrou que havíamos visto um parecido no começo do semestre, mas em vários momentos se encontrava dispersa. Depois disso lhe dei o que chamei de “Kit proteção de D.”, com algumas cartilhas e panfletos informativos sobre violência e violência sexual. A paciente pareceu já saber sobre alguns caminhos de denúncia como o disque 100 e o Conselho Tutelar. Mostrei também a ela o ECA e suas diretrizes. Perguntei como ela estava depois de ouvir tudo isso, ela disse que antes ficaria mal, mas que agora depois das conversas e de tudo que passamos na terapia ela já estava bem em lidar com o fato de isso ter acontecido com ela. Conversamos um pouco também sobre ela poder ajudar outras pessoas nessa situação a saber que não precisam ficar caladas.

▪ 14ª SESSÃO DO PROTOCOLO

Na 14ª sessão há o treino de habilidades sociais focadas em medidas protetivas, com a simulação de possíveis situações de perigo e maneiras adaptativas de lidar com essas. Também é o momento de escolher um adulto-referência para solicitar ajuda em situação de risco.

Resumo da sessão: D. chegou e eu perguntei como havia sido a semana, ela disse que tudo tinha corrido bem e começou a falar da mudança para outra cidade. D. pareceu estar muito animada e com grandes expectativas, aparentou estar lidando bem com os fatos. Disse que vai ser difícil começar do zero sem amigos, que vai ter que deixar algumas pessoas aqui, falou também de um menino dessa cidade que gosta dela e que isso vai ser um saco porque ele é muito grudento. Falou que acha que a mudança vai ser boa e que ela vai criar responsabilidade, vai ir à escola sozinha, vai poder sair mais sozinha para os lugares e vai ter uma casa nova para arrumar. Disse também que vai ser um bom lugar para ela se descobrir, vai ser um local calmo, só está com um pouco de medo por ficar sem a terapia, mas acredita que tudo vai dar certo. Eu disse que procuraria alguns contatos na nova cidade para que ela não ficasse sem. Lembrando da nossa última sessão, indiquei à D. o aplicativo de celular “Maia” que ajuda a entender o ciclo menstrual e dá dicas para meninas. Após a conversa fomos à encenação prescrita na 14ª sessão do protocolo, onde pensamos em uma possível

situação de risco e trabalhos nas medidas protetivas que D. poderia ter durante essa situação. Gravamos toda a encenação. O que surgiu na possível situação de risco foi o fato do irmão do padrasto resolver perseguir a paciente, nas medidas de proteção surgiram: ligar para alguém, correr, pedir ajuda, entrar em alguma loja ou em algum lugar que tenha pessoas. Na escolha do adulto- referência a paciente escolheu a mim e sua tia.

▪ 15ª SESSÃO DO PROTOCOLO

Nessa sessão foi feita uma retomada das estratégias cognitivas e comportamentais aprendidas para lidar com as lembranças traumáticas e é pensado um projeto para o futuro abarcando as expectativas do paciente.

Resumo da sessão: A tia de D. tinha me mandado uma mensagem no dia anterior dizendo que D. não tinha ido dormir muito bem e que não sabia se acordaria bem para ir na sessão no dia seguinte. Respondi dizendo que era de extrema importância que ela comparecesse, pois estávamos fechando um trabalho, e que era para ela deixar de ir apenas se não tivesse mesmo condições, eu estaria na ONG no horário marcado de qualquer forma aguardando. D. e a tia apareceram no dia seguinte e a paciente estava muito inchada e vermelha, estava com insolação. Mas disse que tinha ido porque sabia que a gente precisava terminar e que tínhamos o filme para assistir. Pelas condições da paciente não exigi tanto nessa sessão, confeccionamos alguns cartõezinhos de enfrentamento para que ela pudesse ler sempre que precisasse, colocamos eles numa caixinha onde D. também colocou cartões em branco, segundo ela isso era para que ela sempre pudesse acrescentar mais coisas. As frases que surgiram nos cartões foram:

- - Lembrar das memórias boas quando as ruins vierem;
- - Enfrentar o medo;
- - Conhecer você mesmo;
- - Conquistar seus objetivos;
- - Você não é descartável;
- - Você não é um objeto;
- - Procurar ajuda nas horas ruins;
- - Você é amada;
- - Respira;
- - Nem todo mundo vai te machucar;

- - Não maltrate as pessoas;
- - As mudanças nem sempre são ruins;
- - Você não é vítima mais;
- - Dê uma chance às pessoas.

Depois disso escrevemos projetos de futuro no diário que havíamos confeccionado, e o que tivemos foi:

Daqui a 1 ano:

- Estar magra;
- Com trança;
- Na casa nova;
- Se não estiver na casa nova, voltar para o judô.

Daqui a 5 anos:

- 18 anos;
- Curso na marinha;
- Morar sozinha.

Daqui a 10 anos:

- 23 anos;
- Estar casada;
- tia Elizane já casada também.

Daqui a 30 anos:

- 43 anos;
- Com filho;
- Formada em medicina, com 2 cursos.

▪ 16ª SESSÃO DO PROTOCOLO

A 16ª sessão, última do Programa Superar, foi referente a autoavaliação. Onde o paciente fala como se sentiu com a intervenção.

Resumo da sessão: Antes de conversar com D., conversei com a tia para fazermos um fechamento. Mostrei a ela o tatame para ela se lembrar no que estávamos trabalhando, falei dos cartões de enfrentamento que fizemos e que o intuito era instrumentalizar D. para que ela

pudesse lidar de forma mais adaptativa com as situações estressoras. Expliquei que D. é muito intensa e isso refletia na forma dela se colocar nos eventos, tudo assumia uma dimensão muito grande. Tanto a tristeza era muita quanto a alegria também, tendo a forte presença de comportamentos ambivalentes. Disse que nosso papel nisso tudo era ajudá-la a ressignificar e reagir de outras formas. A tia concordou com essa característica de D., disse que em casa estava tudo bem, mas que ainda tinham algumas “malcriações”. Orientei a tia a usar as técnicas de respiração e os cartões para esses momentos mais complicados. Falamos da mudança para outra cidade, a tia relatou que a paciente estava com muitas expectativas e que poderia não ser isso tudo que ela pensava, mas que teria que manejar na hora que as coisas acontecessem. A mudança está prevista para fevereiro. Falei da minha disponibilidade, que ela teria meu número e que poderia ainda estar em contato comigo. Pedi à tia um feedback sobre nosso trabalho, ela que tinha sido bom e que ela havia falhado algumas vezes em não fazer algumas orientações que eu lhe dei. Comentei que ela já fazia um bom trabalho, que não precisava se cobrar tanto e que ela estava indo muito bem. Finalizei dizendo que ela precisava também de um tempo para ela e fazer algo que fosse apenas dela, que isso ajudava as coisas a correr mais fácil. Depois da conversa com a tia chamei a paciente, pedi para que ela respondesse as escalas que precisávamos para fechar o protocolo, ela não quis fazer na hora porque estava ansiosa para o filme, então combinamos de fazer após. Enquanto eu fazia a pipoca, D. pediu à tia que comprasse um refrigerante. Vimos o filme “Trolls” todo e no final perguntei o que ela havia achado. Falou sobre um dos personagens que testava as pessoas e as tratava mal, mas que ele depois entendeu que podia deixar as pessoas verem as suas cores de verdade. Para finalizar fizemos a última mudança de faixa do tatame, enquanto D. pintava a faixa ela disse “Lembra que eu insistia para ir logo pra área amarela? E você falava que quando chegássemos nela seria doído? Então, foi mesmo. Mas me fez bem, me fez crescer”. D. me perguntou se a tia tinha dito que ela havia se desestabilizado e completou “Eu to tentando Luana, eu tenho tentado muito”. Disse que isso era um processo e que ela já havia evoluído muito e eu estava muito feliz com todo crescimento dela. Pedi por fim que D. respondesse aos Inventários Beck, ela foi bem relutante e percebi que respondeu de qualquer jeito, embora tenha lembrado de algumas questões que ela havia respondido na primeira vez há alguns meses e que agora estava respondendo de forma diferente.

6.4 Resultados da avaliação psicológica pós-aplicação do protocolo

Na segunda aplicação dos Inventários Beck a paciente teve os mesmos comportamentos de relutância em responder, mais até do que na primeira aplicação. Infere-se que parte deve-se a aplicação ter sido feita após a exibição de um filme e D. poderia estar cansada. Porém houve por parte da mesma maior interação com a resposta de alguns itens. D. se lembrou por exemplo de algumas respostas à afirmativas que ela havia feito na primeira aplicação e a diferença de resposta nessa segunda aplicação.

No BDI – Y houve uma redução significativa de frequência com a maioria dos itens sendo assinalados como “Nunca” ou “Às vezes”, D. destacou os itens “Eu penso que minha vida é ruim” e “Eu me sinto sozinho”, dizendo que lembrava ter respondido “Às vezes” e “Quase Sempre”, respectivamente, e na segunda aplicação assinalou “Nunca” para ambas as alternativas. No BAI – Y, algumas afirmativas passaram da frequência “Sempre” para “Quase Sempre”, porém as respostas referentes a comportamentos ansiosos se mantiveram alta. O BSCI – Y manteve-se alto, tendo inclusive um aumento, com apenas um item com conceito negativo “Eu sou bom em contar piadas”. As folhas de resposta do BDBI – Y e do BAI – encontravam-se com muitas rasuras e as afirmativas estavam assinaladas de forma que impossibilitou a análise precisa das respostas.

Na segunda aplicação do Questionário de Esquemas para Crianças Adaptado, o domínio Desempenho Prejudicado continuou ressaltado, porém notou-se uma diminuição no quantitativo de respostas das questões referentes a esse, indicando uma possível diminuição nos esquemas de emaranhamento e dependência.

6.5 Resultados de observação clínica

A tabela a seguir contém algumas falas da paciente e considerações recolhidas a partir da observação clínica acerca da evolução do caso.

Tabela 5 – Resultados da Observação Clínica

EVOLUÇÃO DO CASO A PARTIR DE OBERVAÇÃO CLÍNICA	
1. Atividade física: Judô	Disciplina, aumento do ciclo social e rede de apoio: “No judô eu me sinto amada por todo mundo”
	Cumprimento da agenda da sessão
	Melhora na fala e escrita
2. Estabelecimento de vínculo	“Eu te achava insuportável, mas agora a gente se conhece melhor. As outras não entravam nessas questões, do amanhã, de família”
	“Eu era muito dramática e as outras psicólogas passavam a mão na minha cabeça”
	“Estabelecimento de vínculo terapêutico e revelação de detalhes dos episódios de violência:.. ele voltou já me tocando na beliche, bati a cabeça e desmaiei. Acordei já na cama dele gritando”
3. Internalização do modelo cognitivo-comportamental e flexibilização de pensamentos	“Quando eu tô nervosa no judô e acho que não vou conseguir fazer algo, paro e penso que vou conseguir”
	“Eu consigo pensar melhor as coisas e ver além”
	“Ganhei a medalha de bronze, mas é experiência.. Não é sobre perder ou ganhar”
4. Adesão ao processo terapêutico	“Eu chorei, mas tenho que aprender a lidar com isso. Meu pai já me machucou tantas vezes”
	“Quero terminar o tatame e a terapia”
	“É melhor falar para isso passar” (Fala referente às emoções ruins decorrentes da violência)
	“Não costumo criar expectativas, prefiro pensar no presente”
	“Quando isso acontecer eu posso colocar o ursinho na barriga e respirar” (Fala referente às situações em que fica nervosa)
5. Conscientização de seu funcionamento	“Lembra que você falava que quando chagássemos nessa faixa seria doído? Então, foi. Me fez bem, me fez crescer”
	“Agora eu sei. Eu to tentando, Luana. Eu tenho tentado muito”

6.6 Adaptações ao Programa SUPERAR

A utilização de atividades lúdicas e do “brincar” na Terapia Cognitivo-Comportamental infanto-juvenil tem sido uma forma cada vez mais explorada para a intervenção com esse público, tendo forte influência no estabelecimento do vínculo terapêutico. Segundo Gadelha e Menezes (2004):

As crianças frequentemente precisam de outras formas para expressar seus sentimentos que não a verbal, para obter os ganhos que essa expressão significa para o desenvolvimento da terapia. Essas outras formas de expressão incluem desenhar ou contar histórias, fantasiar, imaginar e interpretar situações, usar bonecos e jogos, pinturas, colagens, argila, massa plástica de modelagem, música, entre outros instrumentos.

A paciente D. embora tivesse 13 anos no período de aplicação do Programa SUPERAR, e essa idade não mais pertencer a faixa-etária da infância, tinha certo comprometimento cognitivo, o que pode ficar evidenciado no TNVR, e apresentava alguns comportamentos infantilizados. Fazer uso de instrumentos e técnicas lúdicas era a forma mais fácil e eficaz para acessá-la e envolvê-la no processo terapêutico. Tendo conhecimento dessa característica e sabendo que as atividades lúdicas se tornam mediadores na terapia, sendo consideradas ferramentas de extrema valia para o estabelecimento da relação terapêutica (GADELHA; MENEZES, 2004), optou-se por adaptar as sessões protocoladas do Programa SUPERAR ao esporte judô que estava presente de forma positiva na vida da paciente. Acredita-se que parte dos bons resultados obtidos, tanto no estabelecimento de vínculo terapêutico quanto no progresso do tratamento, deveu-se a essa adaptação, que fez com que a intervenção terapêutica tivesse um sentido próprio e específico proporcionando maior identificação de D. com o processo psicoterápico.

Além da adaptação das sessões terem sido análogas à luta de judô e suas principais diretrizes, alguns materiais e técnicas foram adaptadas para melhor atender as necessidades da paciente. O documentário “*Canto de Cicatriz*” se mostrou ineficaz na abordagem com a paciente, tal fato pode ter a ver com o tempo de duração do vídeo (20 min), enredo letárgico e pouco envolvente para o público infanto-juvenil, com muitas entrevistas e falas de profissionais. Tentou-se substituir tal documentário por um dos vídeos introdutórios da série

“*Que abuso é esse?*” do Canal Futura e disponível na plataforma de vídeos *Youtube*, na tentativa de maior conexão da paciente. O vídeo tem duração de cerca de 4 minutos e aborda a temática de abuso sexual de forma lúdica e simples com encenação de fantoches. Entretanto, a ferramenta audiovisual não se mostrou útil para atingir o objetivo da sessão e precisou-se lançar mão de outro instrumento, dessa vez, imagético, realizando uma psicoeducação através de fotos, o que colocou, de certa forma, a paciente num lugar mais ativo na sessão. Na sessão que tratava da apresentação do ECA, o vídeo “*Estatuto do Futuro*”¹² também foi substituído por um dos vídeos da série supracitada. Nessa mesma sessão em que foi trabalhada a oficina sobre as leis e medidas protetivas, além da psicoeducação por recursos audiovisuais e diálogo, foi entregue à D. um “Kit Proteção” onde continham cartilhas e *folders* elaborados para prevenção e proteção contra violência por organizações como *Childhood Brasil*¹³, Conselho Nacional da Criança (CONANDA) e do Adolescente, Centro de Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECA), Ministério Público Federal, Fundação Nacional de Prefeitos (FNP) e ECPAT.

Somado à adaptação de alguns materiais de intervenção, algumas técnicas psicoterápicas foram adicionadas como a Reparentalização e a Imagem mental próprias das estratégias vivenciais da Terapia do Esquema. Ambas as técnicas tem o intuito de acionar esquemas e fazer com que os pacientes os sintam no consultório, ativando emoções e memórias a fim de reparo de esquemas desadaptativos iniciais e situações traumáticas passadas que de alguma forma se conectam, influenciam e perpetuam a forma de estar no mundo do sujeito, bem como suas cognições, emoções, memórias e sensações corporais. Essas técnicas permitem também a ação do terapeuta nas cenas traumáticas, podem se dar, como é o caso da Reparentalização, em conjunto com outras técnicas como *role-play*. São técnicas também utilizadas para proporcionar a conexão emocional de pacientes com comportamento evitativo, como era o caso de D. Essas estratégias vivenciais da Terapia do Esquema foram utilizadas de forma sistemática nas sessões específicas para construção de narrativas sobre a violência sexual, escolhendo partir antes das crenças do presente que D. trazia: como abandono e rejeição. Crenças essas que estavam essencialmente ligadas com os

¹² Documentário “Estatuto do Futuro”. Disponível em:
<<https://www.youtube.com/watch?v=gXO11CO5iIU&t=485s>>.

¹³ A *Childhood Brasil* é uma organização brasileira que faz parte da *World Childhood Foundation* e atua na elaboração de políticas públicas, trabalha junto ao setor privado e estimula a sociedade civil a olhar para a questão da violência sexual contra crianças e adolescentes.

episódios de violência sofridos e se manifestavam de forma mais forte em situações que envolviam algum conflito da paciente com sua tia no tempo presente.

As tarefas de casa foram um grande desafio em terapia, não só durante a intervenção do Programa SUPERAR, mas também antes desse nas sessões de psicoterapia comum. A paciente teve pouca adesão às tarefas e alguns exercícios previstos no protocolo para serem realizados em casa tiveram que se dar durante a sessão. Além das tarefas de casa, outras questões referentes à TCC também foram mais diluídas, como a psicoeducação do modelo de intervenção da TCC e a tríade cognitiva: eu, outro e futuro. Essas assim o foram não por evitação da paciente, mas por D. já estar inserida no modelo Cognitivo-Comportamental desde que deu entrada na ONG, estando então familiarizada com alguns termos e dimensões.

Ainda houve algumas intervenções extras, como a elaboração do diário para registro de acontecimentos nas férias e a exibição do filme *“Trolls”* em nossa sessão de encerramento do Programa.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso de D. configura-se como um caso grave, tanto pelo nível de exposição à violência sofrida pela paciente, quanto pelas consequências geradas pelas violências. Algumas das dificuldades apresentadas pela adolescente em terapia foram: alto nível de comprometimento cognitivo e inter-relacional decorrentes das situações de violência, dificuldade na adesão ao contrato terapêutico e as intervenções propostas, como por exemplo, tarefas de casa, resistência a regras, e comportamentos ambivalentes alternando entre estados de euforia e apatia dificultando o processo de assimilação da terapia e a continuidade do curso terapêutico. Os maiores ganhos para a paciente com a aplicação do Programa SUPERAR foram a maior participação nas atividades propostas na terapia, fazendo com que sua assimilação do processo se desse de forma mais satisfatória, aumentando a conscientização sobre seu próprio funcionamento e autocontrole frente a situações estressoras, a internalização de regras e do modelo Cognitivo-Comportamental e o estabelecimento de vínculo seguro na terapia.

Ao que se propõe, o Programa SUPERAR apresenta resultados satisfatórios na intervenção e redução nos sintomas-alvo de vítimas de violência sexual como depressão, ansiedade, estresse e TEPT, além de auxiliar na reestruturação cognitiva e emocional da experiência traumática, na aprendizagem de medidas para evitar revitimizações e na construção de projeto de vida e potencialização de aspectos saudáveis (SCHNEIDER; HABIGZANG, 2016). Entretanto, isso exige certa disposição e motivação do paciente, alguns pacientes mais difíceis, como os caracterológicos, podem não responder de forma eficaz a esse modelo protocolar oriundo dos pressupostos da Terapia Cognitivo-Comportamental, o que pode indicar uma limitação do Programa SUPERAR. Young, Klosko e Weishaar (2008) trazem essa discussão apresentando o aporte teórico e prático da Terapia do Esquema, onde intervenções comportamentais e cognitivas a nível mais consciente não parecem ter resultados consideráveis com pacientes evitativos, crônicos, com traços severos na personalidade ou já com algum tipo de transtorno de personalidade diagnosticado. Trazer essa questão se faz de grande importância, pois episódios de violência, a considerar a violência sexual, podem ser propulsores de transtornos de personalidade. De acordo com Benetti, Pizetta, Schwartz, Hass e Melo (2010) *apud* Nunes, Rezende, Silva e Alvez (2015), “a vivência de eventos

traumáticos, compreendidos como eventos que coloquem em risco a vida, a integridade física ou psicológica do próprio indivíduo ou de alguém próximo é fator de risco para a ocorrência de transtornos mentais, em especial os transtornos da personalidade”. Segundo Ades e Santos (2012) “taxas de até 85% são encontradas quando se investiga abuso sexual na infância de pacientes borderline, sejam ambulatoriais, sejam internados, em comparação com outros pacientes psiquiátricos”.

Outra limitação encontrada durante a aplicação do Programa SUPERAR foi o fato desse não abranger muitas sessões para psicoeducação com pais e cuidadores das crianças e adolescentes, o que se notou ser de extrema importância no presente Estudo de Caso. Considera-se que o espaço de psicoeducação sobre a violência sexual com a tia de D., de orientação parental e também de escuta, capacitou-a para agir como coterapeuta, dando continuidade aos processos que vínhamos trabalhando nas sessões e acolhendo a paciente nos momentos em que essa se encontrava mais ativada emocionalmente.

Por fim, o vínculo terapêutico se configurou como fio condutor de todo processo psicoterápico. “A relação terapêutica deve ser vista como uma relação de mútua influência entre o terapeuta e o cliente [...] Ela tem caráter preditor de bons resultados no tratamento” (MEYER E VERMES, 2001). Schindler, Holhenberger-Sierber e Hahlweg (1989) *apud* Meyer e Vermes (2001) afirma que a negligência à relação terapêutica pode ser considerada como uma das maiores explicações para o fracasso do tratamento. A construção de um ambiente seguro, de uma relação de empatia e confiança que vinha sendo moldada bem antes da aplicação do Programa Superar, o exercício de autorreflexão, de entender quais processos, sentimentos e reações o outro estava me causando e pensar no lugar ocupado por mim como psicoterapeuta dentro do *setting* foram imprescindíveis para que o desenrolar e fechamento do tratamento se desse de forma satisfatória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADES, T; SANTOS, E.F. *Borderline: criança interrompida – adulto borderline*. São Paulo, Isis Editora, 2012.

BALBINOTTI, C. *A violência sexual infantil intrafamiliar: a revitimização da criança e do adolescente vítimas de abuso*. Trabalho de Conclusão de Curso - Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2008.

BRITO, A.M.M. et al. *Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1):143-149, 2005.

DESLANDES, S.F. *Atenção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica: Análise de um Serviço*. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (supl. 1): 177-187, 1994.

ENTENDA A DIFERENÇA ENTRE ABUSO E EXPLORAÇÃO SEXUAL. Disponível em: <<http://www.childhood.org.br/entenda-a-diferenca-entre-abuso-e-exploracao-sexual>>. Acessado em: 15 de abril de 2017.

GALONI, L. L.; PEIXOTO, A.C.A. *Programa de prevenção e Intervenção contra a violência UFRRJ - LEVICA*. Em: *Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas da FBTC*, 11. Foz do Iguaçu, 2017.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. *Métodos de Pesquisa*. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

HABIGZANG, L. F.; STROEHER, F. H.; HATZENBERGER, R.; CASSOL, C.R.; DA SILVA RAMOS, M.; KOLLER, S. H. *Grupoterapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual*. *Revista de Saúde Pública*, vol. 43, núm. 1, agosto, pp. 70-78 Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil, 2009.

HABIGZANG, L.F.; KOLLER, S.H. *Violência Contra Crianças e Adolescentes - Teoria, Pesquisa e Prática*. Porto Alegre: Editora Artmed, 2012.

MEYER, S. B.; VERMES, J. S. *Relação terapêutica*. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*, 2001.

MINAYO, M.C.S. *Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde*. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Vol. 1 nº 2, 2001.

MORÉ, C.L.O.O.; SPERANCETTA, A. *Práticas de pais sociais em instituições de acolhimento de crianças e adolescentes*. Psicologia & Sociedade; 22 (3): 519-528, 2010.

NUNES, F.L.; REZENDE, H.A.; SILVA, R.S.; ALVEZ, M.M. *Eventos traumáticos na infância, impulsividade e transtorno da personalidade borderline*. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas 11(2)•pp.68-76, 2015.

PASSARELA, C.M.; MENDES, D.D.; MARI, J.J. *Revisão sistemática para estudar a eficácia de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes abusadas sexualmente com transtorno de estresse pós-traumático*. Rev Psiquiatr. Clin., 37(2):60-5, 2010.

PEREIRA, L.T.K.; GODOY, D.M.A.; TERÇARIOL, D. *Estudo de caso como procedimento de pesquisa científica: reflexão a partir da clínica fonoaudiológica*. Psicol. Reflex. Crit., vol.22 no.3 Porto Alegre, 2009.

PERES, R.S.; SANTOS, M.A. *Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em psicologia*. Interações, v.10 n.20 São Paulo dez, 2005.

PORTO, R.T.C. ; CASSOL, S.. *Zooterapia uma lição de cidadania: O cão sociabilizador e a criança vítima de violência intrafamiliar*. Rev. Disc. Jur. Campo Mourão, v. 3, n. 2, p. 46-74, jul./dez. 2007.

SCHNEIDER, J. A. & HABIGZANG, L. F. *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, 2016.

SERRALTA, F.B.; NUNES, M.L.T.;EIZIRIK, C.L. *Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia*. Estudos de Psicologia I Campinas I 28(4) I 501-510 I outubro – dezembro, 2001.

SISTO, F.F.; OLIVEIRA, S.M.S.S.; OLIVEIRA, K.L.; BARTHOLOMEU, D.; OLIVEIRA, J.C.S.; COSTA, O.R.S. *Escala de traços de personalidade para crianças e aceitação social entre pares*. Interação em Psicologia, 8(1), p. 15-24, 2004.

TARDIVO, L.S.P.C.; JUNIOR, A.A.P.; SANTOS, M.R. *Avaliação psicológica de crianças vítimas de violência doméstica por meio do teste das fábulas de Düss. PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, v. 6, nº 1, p. 59-66, Jan./Jun. 2005.

YOUNG, J.E.; KLOSKO, J.S.K; WEISHAAR, M.E. *Terapia do Esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

APÊNDICE A -
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
 ATENDIMENTO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE**

Eu, _____,

Identidade: _____, responsável legal pelo(a) menor: _____

autorizo a participação dele(a) no tratamento psicológico realizado na Associação Vida Plena, por estagiários de psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, coordenado pela Professora Dr.^a Ana Cláudia de Azevedo Peixoto, Coordenadora do Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes – LEVICA/ UFRRJ.

Declaro estar ciente do teor científico do tratamento, que poderá utilizar dados das sessões realizadas, para fins de pesquisa, nada tendo juridicamente a reclamar. Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 196/96), do Ministério da Saúde.

Fui ainda informado(a) de que posso retirar o menor a qualquer momento, que não sofreremos quaisquer sanções ou constrangimentos, mas estou ciente, que a recusa em continuar o tratamento pode causar prejuízos psicológicos para a crianças/ adolescente, bem como, a impossibilidade no alcance das metas no tratamento, além de haver a possibilidade de manifestações de sintomas físicos/ emocionais com o decorrer do tempo.

Receberei uma cópia deste Termo, onde consta o celular e o e-mail da professora supervisora, podendo tirar as dúvidas sobre os atendimentos em qualquer momento, se necessário.

Mesquita, _____ de _____ de _____.

(Assinatura do Responsável)

Ana Cláudia de A. Peixoto
 Supervisora de Estágio
 em Psicologia - UFRRJ
 CRP: 23819 - SIAPE: 1808252

(Assinatura da Professora Supervisora)

Prof.^a Ana Cláudia de Azevedo Peixoto – CRP: 23819 / SIAPE: 1808252

Tel.: 21 999417759

Email: claudiaapeixoto@gmail.com

ANEXO A
INVENTÁRIOS DE BECK PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES – SEGUNDA
EDIÇÃO

INVENTÁRIOS DE BECK PARA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES - SEGUNDA EDIÇÃO

(Versão em Português)

(Júlio Rique Neto e Simone Marin Alves)

- Favor ler as instruções no topo de cada página deste caderno.

Código do questionário: _____

Data da Administração: ____/____/____

Informações Preliminares

Idade:
Sexo: () Homem () Mulher
Educação:
Instituição:

BAI-Y

Neste questionário você encontra uma série de itens sobre pensamentos e sentimentos que acontecem com as pessoas. Leia cuidadosamente cada sentença, e circule uma palavra (Nunca, Às Vezes, Quase Sempre ou Sempre) que melhor descreva seus pensamentos e sentimentos, especialmente nas duas últimas semanas. **NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.**

	0	1	2	3
21. Eu tenho medo que alguém me faça mal na escola.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
22. Eu tenho medo dos meus sonhos.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
23. Eu fico ansioso(a) quando estou na escola.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
24. Eu penso em coisas que me dão medo.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
25. Eu me preocupo que as pessoas impliquem comigo.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
26. Eu tenho medo de errar.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
27. Eu fico nervoso(a).	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
28. Eu tenho medo de ser magoado.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
29. Eu me preocupo em receber notas ruins.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
30. Eu me preocupo com o futuro.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
31. Minhas mãos tremem.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
32. Eu me preocupo em ficar louco(a).	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
33. Eu me preocupo que as pessoas possam ficar brabas comigo.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
34. Eu me preocupo em ficar muito agressivo.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
35. Eu sou ansioso(a).	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
36. Eu não consigo dormir bem.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
37. Meu coração dispara.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
38. Eu fico tremendo.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
39. Eu tenho medo que alguma coisa ruim possa acontecer comigo.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
40. Eu tenho medo de ficar doente.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre

Total BAI-Y:

BDI-Y

Neste questionário você encontra uma série de itens sobre pensamentos e sentimentos que acontecem com as pessoas. Leia cuidadosamente cada sentença, e circule uma palavra (Nunca, Às Vezes, Quase Sempre ou Sempre) que melhor descreva seus pensamentos e sentimentos, especialmente nas duas últimas semanas. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.

	0	1	2	3
41. Eu penso que a minha vida é ruim.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
42. Eu me sinto mal fazendo as coisas.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
43. Eu sinto que eu sou uma pessoa ruim.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
44. Eu desejo estar morto (a).	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
45. Eu não consigo dormir bem.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
46. Eu sinto que ninguém gosta de mim.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
47. Eu penso que coisas ruins acontecem por minha causa.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
48. Eu me sinto sozinho.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
49. Meu estômago dói.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
50. Eu sinto que coisas ruins acontecem comigo.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
51. Eu me sinto burro(a).	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
52. Eu sinto pena de mim mesmo.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
53. Eu penso que faço tudo errado.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
54. Eu me sinto mal com o que faço.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
55. Eu me odeio.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
56. Sinto vontade de ficar sozinho.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
57. Sinto vontade de chorar.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
58. Eu me sinto triste.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
59. Eu me sinto vazio por dentro.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
60. Eu penso que minha vida será ruim.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre

Total BDI-Y:

BSCI-Y

Neste questionário você encontra uma série de itens sobre pensamentos e sentimentos que acontecem com as pessoas. Leia cuidadosamente cada sentença, e circule uma palavra (Nunca, Às Vezes, Quase Sempre ou Sempre) que melhor descreva seus pensamentos e sentimentos. **NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.**

	0	1	2	3
1. Eu sou esforçado no que faço.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
2. Eu sou uma pessoa capaz e bem disposta.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
3. Eu gosto de mim mesmo.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
4. As pessoas gostam de estar comigo.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
5. Eu sou tão bom quanto os outros meninos (as).	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
6. Eu sinto que sou normal.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
7. Eu sou uma boa pessoa.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
8. Eu faço as coisas bem feitas.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
9. Eu consigo fazer coisas sem ajuda dos outros.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
10. Eu sou inteligente.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
11. As pessoas pensam que eu sou bom nas coisas que faço.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
12. Eu sou educado com os outros.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
13. Eu sou uma pessoa legal.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
14. Eu sou bom em contar piadas.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
15. Eu sou bom em lembrar as coisas.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
16. Eu falo a verdade.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
17. Eu sinto orgulho das coisas que eu faço.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
18. Eu tenho boas idéias.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
19. Eu gosto de meu corpo.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
20. Eu sou feliz como sou.	Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre

Total BSCI-Y:

BANI-Y

Neste questionário você encontra uma série de itens sobre pensamentos e sentimentos que acontecem com as pessoas. Leia cuidadosamente cada sentença, e circule uma palavra (Nunca, Às Vezes, Quase Sempre ou Sempre) que melhor descreva seus pensamentos e sentimentos, especialmente nas duas últimas semanas. **NÃO** HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.

0 1 2 3

Questionário de Esquemas para Crianças

(Adaptado de Rijkeboer M. M. & de Boo, G. M., 2009 – *Schema Inventory for Children*)

Tradução : Anais da JoTCC-2016.

Painel 14

O QUESTIONÁRIO DE ESQUEMAS PARA CRIANÇAS: UM ESTUDO DE VALIDAÇÃO SEMÂNTICA ATRAVÉS DE PROVA DE JUÍZES. Ivana de Cássia Ribeiro Rosa Camilo; Renata Ferrarez Fernandes Lopes e Maria Clara Ferrarez Fernandes Lopes (Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, SP).

Leia com atenção cada uma das frases e indique com que frequência faz ou pensa cada uma delas, assinalando o número correspondente da seguinte escala

1= Discordo Fortemente 2= Discordo 3= Concordo 4= Concordo Fortemente

	Discordo Fortemente	Discordo	Concordo	Concordo Fortemente
1. Os meus pais sabem sempre onde estou e o que estou fazendo	1	2	3	4
2. Não mereço ser amado	1	2	3	4
3. Se as pessoas que realmente gosto descobrissem meu lado ruim, não iriam querer ficar comigo	1	2	3	4
4. Muitas vezes tenho medo de ficar desapontado	1	2	3	4
5. Fico zangado comigo mesmo quando cometo erros	1	2	3	4
6. Não termino o que começo	1	2	3	4
7. Não consigo resolver meus problemas sozinho	1	2	3	4
8. Conto sempre aos meus pais o que tenho feito na escola	1	2	3	4
9. Eu sinto que não faço parte desse grupo	1	2	3	4
10. Sinto-me sempre muito mal se um/a amigo/a não quer brincar comigo, porque tenho medo que ele/a já não queira mais ser meu amigo/a	1	2	3	4
11. Se outras crianças da minha idade me conhecessem de verdade não iriam querer ser minhas amigas	1	2	3	4
12. Nunca guardo segredo dos meus pais e nem eles de mim	1	2	3	4
13. Ouço sempre com atenção o que o/a professor/a me diz, porque quero que ele/ela goste de mim	1	2	3	4
14. Esqueço-me frequentemente de fazer coisas, mesmo quando prometi fazê-las	1	2	3	4
15. Quando estou num grupo com crianças da minha idade, sinto-me excluído	1	2	3	4
16. Estou frequentemente preocupado com a possibilidade de perdermos tudo o que temos	1	2	3	4

	Discordo Fortemente	Discordo	Concordo	Concordo Fortemente
17. Tenho frequentemente muito medo de ficar gravemente doente	1	2	3	4
18. Sinto-me envergonhado/a por não ser bom em nada	1	2	3	4
19. Ninguém nunca presta atenção em mim	1	2	3	4
20. Os adultos e outras crianças da minha idade são frequentemente desonestos	1	2	3	4
21. Sou muito tímido/a para mostrar a alguém que gosto dela	1	2	3	4
22. Sinto dificuldade em falar o que penso	1	2	3	4
23. Tenho sempre a sensação de que qualquer coisa horrível vai acontecer	1	2	3	4
24. Eu sou mais importante do que as outras crianças da minha idade	1	2	3	4
25. Eu Tenho de fazer o que as outras pessoas querem, caso contrário não vão gostar de mim	1	2	3	4
26. O meu trabalho nunca é suficientemente bom. Eu acho que consigo fazer melhor	1	2	3	4
27. Tenho frequentemente medo de que alguém que eu amo possa morrer	1	2	3	4
28. Estou sempre tentando agradar os outros	1	2	3	4
29. Sinto-me muito mal se não achar que fiz o meu melhor	1	2	3	4
30. Não existe ninguém que realmente me ouça	1	2	3	4
31. Nunca podemos confiar nos outros	1	2	3	4
32. Eu acho que devo fazer as coisas do meu jeito	1	2	3	4
33. Esforço-me muito para ser gentil com os outros	1	2	3	4
34. Eu não quero ser tratado como as outras crianças da minha idade. Eu sou especial	1	2	3	4
35. Tenho frequentemente de me proteger contra os adultos ou outras crianças da minha idade	1	2	3	4
36. As outras crianças da minha idade são muito melhores do que eu em tudo	1	2	3	4
37. Faço frequentemente coisas sem pensar e mais tarde sinto-me arrependido	1	2	3	4
38. Sou mais incapaz que a maioria das crianças da minha idade	1	2	3	4
39. Preciso de muito mais ajuda do que as outras crianças da minha idade	1	2	3	4
40. Não me sinto confortável com outras pessoas	1	2	3	4