



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

**ESTUDO DE CASO SOBRE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E SUAS
CONSEQUÊNCIAS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

VICTORIA DOS ANJOS NASCIMENTO

**Seropédica
2025**

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

VICTORIA DOS ANJOS NASCIMENTO

**ESTUDO DE CASO SOBRE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E SUAS
CONSEQUÊNCIAS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

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

Orientador: Prof.^a Dr.^a Ana Cláudia de Azevedo Peixoto
Coorientação: Ilanna Pinheiro Medeiros

Seropédica
2025

AGRADECIMENTOS

“Que darei eu ao Senhor, por todos os benefícios que me tem feito?” (Salmos 116.12). Sou grata, primeiramente a Deus, pois tenho a plena convicção de que não chegaria até aqui sem Ele. Entendi cedo a importância de honrá-Lo também com minha graduação e desejo profundamente ter feito isso.

Agradeço aos meus pais, Claudio e Wanderleia, que sempre acreditaram em mim e foram solo para que eu pudesse florescer. Vi e quero honrar cada abdicção que fizeram por mim eu, decerto, não mereço tanto. Agradeço aos meus familiares por sonharem comigo, esse incentivo fez total diferença. Gratidão especial às minhas tias Regina e Fernanda pois quando me faltou recurso, não lhes faltou disposição para somar esforços e me ajudar. Venço essa etapa não só por mim, mas também por todos vocês.

Ao meu namorado Vinícius, minha gratidão por toda a paciência nos momentos tensos que acompanharam a reta final desta graduação e por cada abraço que me reorganizou. Obrigada por admirar meu desenvolvimento ao longo desse processo. Vi e senti o quanto posso contar contigo. Obrigada por ser, desde que te conheci, meu melhor amigo entre os viventes.

Aos meus amigos, a certeza do caráter essencial de tê-los ao meu lado. Sorrir e chorar com vocês tornou esses cinco anos mais leves. Ester, Joane, Karina, Lucas, José e Bianca: obrigada por permanecerem mesmo com o passar dos anos e apesar das ausências físicas. Gratidão por serem incentivo e por que, por vezes, acreditaram mais em mim do que eu mesma.

Vitória, Matheus, Karen, Carol Veras, Charles e Ana Bernardes: obrigado pela escuta, amizade e companhia nesses anos de graduação. Vocês foram casa quando precisei me ausentar fisicamente da minha. E à Ana, mais um agradecimento: obrigada por, além de genuínos incentivos e amizade, ter me carregado percebendo minhas eventuais sobrecargas.

Às amigas que partilharam a melhor república feminina comigo nos últimos três anos: obrigada por serem um agradável lar nessa jornada, foi reconfortante poder me referir a esse espaço como “minha casa”, vocês sabem bem como eu precisava disso. Obrigada por todo cuidado e por tanto amor.

Aos amigos que fiz na Aliança Bíblica Universitária e Capelania: minha mais sincera gratidão por terem dado tanta cor ao período em que fui graduanda. E ao Lucas Castor: obrigada por tanto! Meus primeiros anos presenciais na Rural foram intensamente marcados por sua amizade, ensino e cuidado.

À minha supervisora e orientadora Ana Cláudia, minha gratidão por dedicar seus esforços a um trabalho tão necessário. E por, desde o início, expressar sua confiança no meu trabalho, isso foi um importante incentivo para o meu desenvolvimento profissional. Passar pelo LEVICA me aperfeiçoou como profissional e pessoa, considero isso um privilégio. À minha co-orientadora Ilanna Pinheiro, obrigada por aceitar me auxiliar mesmo com tantas demandas. Admiro sua dedicação e profissionalismo.

À Gabriela Ramalho, muito obrigada por ter dado uma aula tão cativante em uma disciplina optativa, seu empenho me encorajou e direcionou para uma área de atuação na qual me encontrei como profissional.

À Gabriela Braz, obrigada por me apresentar a atuação em campo na pesquisa acadêmica. Seu exemplo me motiva para o tipo de profissional que desejo ser.

Ao professor Aureliano por toda disponibilidade e gentileza. Minha experiência com a monitoria que ofereceu foi tão positiva que soaram com incentivo à carreira docente. Obrigada por sua prática inspiradora.

Meu agradecimento à Alessandra Pio por ter me incentivado a viajar para outro estado para apresentar um trabalho, me orientar e colaborar ativamente para que isso se tornasse possível. Desejo que siga acreditando em alunos da graduação e sendo inspiração para eles, isso faz total diferença.

Ao Maurinho: inspirador é o seu serviço! Obrigada por toda disponibilidade na ONG e por colaborar para que minha experiência lá fosse tão positiva. Decerto, aprendi mais sobre o que é servir ao outro quando te conheci.

Minha gratidão também aos meus amigos e companheiros de estágio Caio, Anna e Lucas. Nossa parceria começou no processo de seleção de estagiários, quem diria? Por mais desafiadores que possam ter sido esses últimos anos, ser equipe com vocês ressignificou tudo. Obrigada por serem auxílio. Vejo nossa cumplicidade como uma boa dádiva.

Gratidão ao LEVICA e a ONG Vida Plena pela confiança e oportunidade de aperfeiçoamento. E à Rural: gratidão pois encontrei nesta bem mais do que procurava.

Termino minha formação grata por cada aprendizado e por ter chegado até aqui. Decerto, dediquei-me, mas não teria chegado tão longe sozinha. E aos que, somaram com minha trajetória em algum momento, seja nas viagens, oportunidades ou direcionamentos: muito obrigada. Assim, concluo minha graduação em Psicologia na UFRRJ, satisfeita e grata por ter contado com uma rede que contribuiu para forjar em mim a profissional que estou me tornando.

RESUMO

Nascimento, Victoria dos Anjos. Estudo de caso sobre violência intrafamiliar e suas consequências no desenvolvimento infantil. Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia. Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2025.

Dentre as inúmeras instituições que atravessam as vivências dos indivíduos, a família pode ser considerada a de maior importância, uma vez que é aquela que fornece modelos de funcionamento em anos fundamentais para a formação do processo identitário. No entanto, apesar de seu papel fundamental, nem sempre a experiência familiar produz um bom substrato para o desenvolvimento saudável e integral dos sujeitos, dada a lamentável realidade que afeta muitas crianças e adolescentes em casos de violência. Sabe-se que a violência intrafamiliar constitui-se um risco evidente para o público infantojuvenil: gera prejuízos relevantes para o desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental infantil, podendo estes possuírem caráter irreversível. Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo a descrição de um estudo de caso infantil que sofreu violência intrafamiliar, de modo a corroborar com a compreensão acerca das consequências desta no desenvolvimento da criança. Para isso, utilizou-se a metodologia de estudo de caso sobre um paciente atendido pelo Laboratório de Estudos Sobre Violência contra Crianças e Adolescentes no Serviço-Escola de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, atendido na Associação Vida Plena de Mesquita no período de abril de 2024 a julho de 2025. Assim, a partir da entrevista de anamnese, relatos de sessão, conceitualização de caso e relatórios escolares, compreendeu-se como a violência intrafamiliar sofrida pelo infante refletiu em seu processo de desenvolvimento, tendo em vista alguns prejuízos apontados já na anamnese do mesmo. Nessa perspectiva, os resultados exemplificaram prejuízos nas diversas dimensões apontadas pelas bibliografias, sendo estas a física, cognitiva e social, além de técnicas e manejos terapêuticos que melhor dialogam com as demandas do tratamento. O tratamento psicoterapêutico possibilitou ao paciente a compreensão de noções sobre a função da psicoterapia e como esta visa ser, dentre outros, um espaço de escuta e acolhimento para ele. Também foi possível observar uma melhora na autopercepção de suas emoções, assim como o desenvolvimento da habilidade de comunicá-las. Houve um avanço significativo na compreensão de limites e regras no contexto psicoterapêutico, além da construção do vínculo terapêutico, indispensável para um processo terapêutico benéfico para o paciente – e um desafio dado o atravessamento do acolhimento institucional. É importante destacar que foi possível perceber necessidades emocionais não supridas e assim possibilitar a reparentalização. Além disso, noções sobre educação sexual foram trabalhadas. Em um ano e dois meses de atendimento, evidenciam-se aspectos positivos no que tange o modo de funcionamento do paciente. Apesar disso, compreende-se a gravidade das demandas ainda existentes e a importância do mesmo continuar sendo acompanhado pelo LEVICA em contexto posterior ao fim da atuação da presente estagiária no Laboratório. Em síntese, o caso estudado expõe a problemática da violência praticada no seio familiar, salientando seus desdobramentos para o desenvolvimento infantil, tal como a complexidade de seu processo psicoterapêutico. Diante disso, urge a necessidade de intervenções no que tange a violência intrafamiliar na infância, tendo em vista que esta é altamente prejudicial.

Palavras-chave: violência intrafamiliar; estudo de caso; consequências no desenvolvimento infantil; infância.

ABSTRACT

Nascimento, Victoria dos Anjos. Case Study on Intrafamilial Violence and Its Consequences on Child Development. Undergraduate Thesis in Psychology. Institute of Education, Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2025.

Among the many institutions that shape individuals' experiences, the family can be considered the most significant, as it provides foundational models for identity formation during critical developmental years. However, despite its pivotal role, family environments do not always foster healthy and holistic development, particularly in the distressing reality faced by many children and adolescents exposed to violence. Intrafamilial violence poses a clear risk to minors, causing substantial harm to cognitive, emotional, and behavioral development—often with irreversible consequences. This study aims to describe a case study of a child victim of intrafamilial violence, contributing to a deeper understanding of its impact on development. The methodology employed a case study of a patient treated at the Laboratory for Studies on Violence Against Children and Adolescents (LEVICA) within the Psychology Training Clinic of the Federal Rural University of Rio de Janeiro (UFRRJ), hosted at Associação Vida Plena de Mesquita from April 2024 to July 2025. Through anamnesis interviews, session reports, case conceptualization, and school records, the study analyzed how intrafamilial violence affected the child's developmental trajectory, with notable deficits identified during initial assessments. The results illustrated impairments across multiple dimensions (physical, cognitive, and social), consistent with existing literature, while also highlighting therapeutic techniques and approaches most effective for treatment. Psychotherapy enabled the patient to understand the purpose of therapy as a safe space for listening and support. Improvements were observed in emotional self-awareness and communication skills, alongside significant progress in recognizing boundaries and rules within the therapeutic setting. The establishment of a therapeutic bond—essential for effective treatment yet challenging due to institutional care transitions—was achieved. Additionally, unmet emotional needs were addressed through reparenting strategies, and basic sexual education was introduced. Over 14 months of intervention, positive changes in the patient's functioning were evident. However, the severity of remaining challenges underscores the necessity for continued follow-up by LEVICA after the intern's tenure concludes. In summary, this case study exposes the ramifications of intrafamilial violence on child development and the complexities of psychotherapeutic intervention. It emphasizes the urgent need for targeted interventions to mitigate the profound harm caused by such violence.

Keywords: intrafamily violence; case study; consequences on child development; childhood.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LEVICA	Laboratório de Estudos Sobre Violência contra Crianças e Adolescentes
UFRRJ	Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
AVPM	Associação Vida Plena de Mesquita
ONG	Organização Não-Governamental
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
SEPsi	Serviço-Escola de Psicologia
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i>
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TOD	Transtorno Opositor Desafiador
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
PA	Pensamento Automático
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

Quadro 1: Resultado do inventário CBCL aplicado no paciente D.

Quadro 2: Demandas terapêuticas atribuídas a partir da Avaliação do Caso

Quadro 3: Categorias de crenças negativas disfuncionais

Quadro 4: Objetivos e Estratégias das Sessões

FIGURAS

Figura 1: Resultado do inventário CBCL aplicado no paciente: Problemas internalizantes, externalizantes e problemas totais

Figura 2: Diagrama 1 de Conceitualização de Caso

Figura 3: Diagrama 2 de Conceitualização de Caso

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. JUSTIFICATIVA.....	12
3. OBJETIVOS.....	14
3.1 Objetivo Geral.....	14
3.2 Objetivos específicos.....	14
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
4.1 Infâncias no Brasil.....	15
4.2 Violência Intrafamiliar.....	16
4.3 Consequências da violência no desenvolvimento.....	18
4.4 Institucionalização da infância.....	21
5. MÉTODO.....	25
5.1. Tipo de Pesquisa.....	25
5.2. Participante.....	25
5.2.1 Dados progressos do paciente.....	27
5.2.2 Contexto atual do paciente.....	28
5.3 Instrumentos utilizados na avaliação e atendimentos.....	29
5.4. Procedimentos.....	30
5.5. Questões éticas envolvidas.....	30
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
6.1 Construção Geral do Problema.....	31
6.2 Avaliação e Conceitualização Cognitiva.....	36
6.2.1 Avaliação do Caso.....	36
6.2.2 Conceitualização Cognitiva.....	40
6.3 Intervenção.....	46
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICE A - RESULTADO COMPLETO DO CBCL.....	59

APRESENTAÇÃO

O desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso tornou-se possível a partir da minha experiência como estagiária do Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes (LEVICA) no Serviço-Escola de Psicologia (SEPsi) da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). A atuação se deu através da disciplina de estágio profissional obrigatório e ocorreu entre o segundo semestre de 2023 ao primeiro de 2025. Importante ressaltar que o Laboratório tem diversas frentes de atuação no que tange a prevenção, pesquisa e intervenções contra a violência infanto-juvenil e eu pude me inserir em várias dessas frentes. Nesse contexto, uma valiosa experiência extracurricular foi a participação na pesquisa da doutoranda Gabriela Braz, intitulada Programa para Promoção do Desenvolvimento Saudável de Adolescentes Acolhidos (PROSA). Isso porque, atuar na etapa de coleta de dados permitiu o desenvolvimento de competências em pesquisa aplicada e o aprofundamento teórico-prático sobre o contexto do acolhimento institucional e suas particularidades.

Outras ações do Laboratório são os trabalhos de de prevenção à violências, ao atendimento psicológico individual e/ou em grupo para crianças e adolescentes vítimas de violência através da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) e Terapia do Esquema (TE), além da elaboração de relatórios, pareceres e laudos psicológicos de pacientes acolhidos institucionalmente solicitados pelos órgãos competentes, tal como no suporte e orientação aos familiares e cuidadores. Desse modo, o profundo envolvimento com as distintas formas de atuação do estágio, proporcionaram uma rica experiência com a temática da violência contra o público infantil, incentivando o interesse em aprofundar a compreensão acerca do tema. No entanto, foi a experiência com o atendimento clínico infantil que, majoritariamente, corroborou para o desenvolvimento do atual estudo, levando em conta a temática da violência intrafamiliar e suas consequências no desenvolvimento, uma vez que a mesma atravessa diretamente o caso de um dos pacientes atendidos pela presente autora.

1. INTRODUÇÃO

A violência intrafamiliar é aquela que ocorre dentro do grupo familiar e é praticada por qualquer ente pertencente a esse contexto, segundo aponta Delanez (2012), acarreta inúmeros danos à criança, sendo estes estendidos, inclusive, ao âmbito do desenvolvimento. Nessa perspectiva, é imprescindível destacar que, no que tange a realidade do Brasil, dados apontam que 81% dos casos de violência infantojuvenil acontecem em casa (Brasil, 2021). A violência intrafamiliar constitui-se como um problema de grande proporção e é indispensável considerarmos que suas consequências no desenvolvimento precisam de atenção urgente e multidisciplinar, uma vez que essa é uma realidade que atinge um contingente relevante de crianças e adolescentes em nosso território nacional.

Para retratar essa realidade, esse estudo propõe-se a descrever o manejo terapêutico de um caso atendido no LEVICA de uma criança vítima de violência intrafamiliar e outras violências, tal como relacioná-lo com bibliografias acerca da temática. Acerca disso, ao considerar que “maus tratos na infância impactam de forma significativa e prolongada as estruturas cerebrais, assim como o funcionamento cognitivo dos indivíduos, perpetuando ao longo da vida” (Nunes et. al., 2020), compreende-se o caráter relevante de abordagens psicoterapêuticas que tenham como objeto de foco a cognição. Nessa perspectiva, o fato dos atendimentos do LEVICA serem embasados na Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) e Terapia do Esquema (TE), constitui um importante aspecto no tratamento do caso descrito no presente estudo.

O Estudo de Caso no qual o participante em questão será identificado como D., atualmente com 7 anos de idade. D., está em atendimento psicológico na Associação Vida Plena de Mesquita desde abril de 2024. É válido destacar que a Associação em questão é vinculada ao Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes (LEVICA), que corresponde a uma das linhas dose estágios do Serviço-Escola de Psicologia (SEPsi) da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), e os casos atendidos trazem demandas relacionadas à violências. Assim, é exatamente a partir do atendimento de um desses casos que nasce a experiência clínica que gerou o trabalho em questão, tendo como principal recorte, a violência perpetrada pelos genitores do infante.

2. JUSTIFICATIVA

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi promulgado pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 e constitui-se um marco, uma vez que, a partir dos princípios da Doutrina da Proteção Integral, reconhecida no Artigo 227 da Constituição Federal, reconhece a criança no meio jurídico (Delanez, 2012). Nesse sentido, promulgou-se a concepção da criança e do adolescente como sujeitos de direitos. No entanto, apesar dos avanços que culminaram no desenvolvimento de leis capazes de salvaguardar a integridade infantojuvenil, esse cenário de preservação genuína dos direitos ainda está longe de ser uma realidade no nosso país. Dados recentes divulgados pelo Disque 100, revelam que mais de 80% dos casos de violências contra crianças e adolescentes ocorrem em seus próprios lares (Brasil, 2021), apontando a complexidade da questão, uma vez que nem mesmo em suas próprias casas, há genuína possibilidade de proteção.

É indispensável atentar para as diversas consequências da violência intrafamiliar. Isso porque, a família é o primeiro sistema no qual somos inseridos e, nessa perspectiva, a violência nesse contexto desestrutura o indivíduo precocemente (Medeiros, 2020). Assim, acarreta prejuízos nas dimensões física, psicológica, podendo afetar a cognição e o desenvolvimento (Delanez, 2012). Além disso, as crianças violentadas hoje, são os adultos que constituirão ativamente a sociedade futuramente, o que aponta para um ponto de alerta pois, como bem salienta Delanez (2012), “se a vida da criança e sua estrutura não estiverem fundadas e estruturadas de acordo com preceitos de direitos, a sociedade que ela irá representar também não estará”. Além disso, o aspecto citado também corrobora para o que conhecemos como fenômeno da transgeracionalidade, pois entende-se que adultos violentos têm grande probabilidade de terem sofrido violências em sua infância, seja pelos cuidadores principais ou outros adultos significativos (Moreira; Sousa, 2012).

Nessa perspectiva, os aspectos supracitados revelam a relevância do tema, uma vez que considerando todas as suas implicações e desdobramentos, a violência intrafamiliar constitui-se um problema de saúde pública. Delanez (2012) aponta as dificuldades de intervenções jurídicas no meio privado, dado seu caráter implícito – uma vez que violências que ocorrem no ambiente doméstico, só costumam chegar ao conhecimento dos órgãos competentes através da denúncia de terceiros –, no entanto, enfatiza a necessidade de estudos multidisciplinares acerca da temática. Nesse cenário, o presente trabalho desenvolve-se com o propósito de constituir-se como mais um possível instrumento de conhecimento sobre o tema, enfatizando as consequências da violência intrafamiliar para o desenvolvimento

infantil. Desse modo, o presente Estudo de Caso propõe-se a apontar os relevantes prejuízos das ações violentas realizadas contra crianças no que tange seu desenvolvimento, além de relatar técnicas de manejo terapêutico coerentes com as demandas de crianças que foram vítimas de violência intrafamiliar. Com isso, intui-se contribuir para que profissionais que lidam com crianças nessas condições, possam ser capazes de aprofundar-se, discutir e comprometer-se com intervenções efetivas em relação à problemática.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever um estudo de caso infantil sobre violência intrafamiliar atendido no LEVICA-UFRRJ.

3.2 Objetivos específicos

- Aprofundar a compreensão acerca das temáticas de infância, violência intrafamiliar e de suas consequências, enfatizando as que ocorrem no desenvolvimento infantil;
- Apontar os prejuízos da violência intrafamiliar na vida do paciente tendo como base o referencial teórico apontado;
- Relatar técnicas e manejo terapêutico utilizado durante o tratamento.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Infâncias no Brasil

A psicóloga e desenvolvimentista Janet Belsky, em sua obra “Desenvolvimento humano: Experienciando o ciclo da vida” (2010), discorre sobre as diversas etapas do complexo processo de maturação da vida. Cinco dos quinze capítulos do livro são destinados à compreensão da Infância e o fato desta fase do desenvolvimento ocupar um terço desta densa literatura associa-se diretamente à complexidade que fundamenta esse período. Nessa perspectiva, Cole e Cole (2004) compreendem o desenvolvimento infantil como uma série de transformações físicas, cognitivas e psicossociais experimentadas pelas crianças enquanto estas estão crescendo. Desse modo, ao considerar a dimensão psicossocial, nota-se que se desenvolver está para além de aspectos unicamente inatos e biológicos, ou seja, o meio no qual os indivíduos estão inseridos também exerce influência sobre este. Acerca disso, Crespi e colaboradores (2020), postulam que o desenvolvimento cerebral também se condiciona a aspectos culturais e ambientais, o que torna notável a importância de considerar a dimensão contextual em nossas análises.

O estudo antropológico de Clarice Cohn (2013) sobre infâncias indígenas brasileiras, revela a importância de evitar pressupor uma infância universal – e, geralmente, ocidental. Isso porque, segundo a autora, até meados do século XX, não haviam esforços para “buscar entender as crianças e suas vidas por elas mesmas” (Cohn, 2013) e, desse modo, o saldo eram concepções, em sua maioria, generalizantes. Por isso, o presente trabalho leva em consideração a relevância de se fundamentar teoricamente em informações acerca das noções de infâncias no recorte do Brasil. Nesse sentido, historicamente, as conceituações acerca dessa fase primária de desenvolvimento foram se modificando com o passar do tempo, como postulam Cunha e Portugal (2024):

A história da infância, no Brasil no século XX, apresenta duas características que se sobressaem: a divisão da infância, entre aquela considerada um problema social, normalmente localizada na base da pirâmide social, e a infância representada pelas noções de inocência e necessidade de proteção; e o tratamento constante relegado à parcela empobrecida da infância, a tutela do estado (Cunha, 2010; Rizzini, 2008).

Diante disso, nota-se que o problema da desigualdade social não assola unicamente a classe trabalhadora do país, sendo uma realidade que, historicamente, afeta também as crianças. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2023), aponta avanços no

que tange a situação de crianças e adolescentes no País, como taxas decrescentes no que tange o percentual de crianças com idade escolar obrigatória fora da escola entre 1990 e 2019 e a redução significativa nos índices de desnutrição crônica entre menores de 5 anos (de 19,6% em 1990 para 7% em 2006). No entanto, a UNICEF (2023) aponta a problemática da desigualdade que afeta essa camada populacional ao discorrer que “embora o País tenha feito grandes progressos em relação à sua população mais jovem, esses avanços não atingiram todas as crianças e todos os adolescentes da mesma forma”. Nesse sentido, com base em dados acerca da exclusão escolar divulgados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) em 2019, a UNICEF (2023) elencou um perfil majoritário que permanece fora dos muros educacionais, sendo estes os pobres, negros, indígenas e quilombolas que vivem principalmente nas periferias dos grandes centros urbanos, no Semiáridos, na Amazônia e na zona rural.

Com isso, nota-se um cenário para as infâncias que, infelizmente, ainda não é o ideal. Considerar o recorte étnico-racial, socioeconômico e até mesmo geográfico constitui-se como parte essencial da compreensão acerca dessa fase da vida. Crianças inseridas em contextos de escassez, possivelmente viverão limitadas por esses cenários, uma vez que “o modo como elas atuam como crianças é informado pelo modo como se define o que é ser criança nestes lugares” (Cohn, 2013). Nessa perspectiva, é indiscutível que o Brasil é referência no que tange suas legislações de proteção à infância e adolescência, mas urge a necessidade de políticas públicas que possam superar as desigualdades às quais as infâncias ainda vivenciam (UNICEF, 2023). Assim, as infâncias poderão vislumbrar possibilidades e oportunidades mais homogêneas.

4.2 Violência Intrafamiliar

No que tange a violência praticada contra crianças e adolescentes, o Ministério da Saúde (2009) postula que esta está difundida em todo o tecido social e ameaça os direitos da infância e juventude. A violência intrafamiliar, por sua vez, configura-se como aquela que ocorre dentro do grupo familiar, na qual os causadores são os pais biológicos ou adotivos, tios, irmãos, padrastos, madrastas e qualquer ente que pertença a este núcleo (Delanez, 2012). Em síntese, esse tipo de violência doméstica refere-se a uma violação de direitos, caracterizando-se, inclusive, como uma forma de aprisionamento do desejo e das vontades da criança (Delanez, 2012). Diante disso, fica explícito que a problemática em questão vai contra a expectativa de cuidado conferida à família. O Ministério da Saúde (Brasil, 2009)

afirma que a violência está difundida em todo o tecido social, o que revela ainda que esta não limita-se à famílias desestruturadas. É, deste modo, um problema de alta complexidade, uma vez que os agressores são pessoas que se relacionam e possuem vínculos afetivos com as crianças e adolescentes vitimados por esse tipo de violência (Moreira; Sousa, 2012).

É imprescindível enfatizar que a violência intrafamiliar pode ser classificada conforme o tipo de violação praticada. Nesse sentido, Delanez (2012), aponta as seguintes espécies da mesma: física, sexual, psicológica e a negligência. Além disso, postula que estas conferem danos do desenvolvimento da criança até mesmo em sua vida adulta (Ibid., p.3). Nessa perspectiva, é importante compreender as apresentações dos distintos tipos de violência, considerando que estas estão para além de agressões físicas. Diante disso, a autora diferencia cada tipo. Acerca da negligência postula que esta caracteriza-se pela omissão de atos que os cuidadores deveriam ter com os filhos, nesse sentido, cuidados essenciais ao seu desenvolvimento, como provê necessidades físicas e emocionais. (Ibid., p.13). É importante destacar ainda que a negligência pode ser de natureza psicológica ou física. Assim, enquanto a negligência psicológica dá-se em situações relacionadas ao desamparo emocional, como déficits na disposição de afeto, segurança e filiação, a negligência física relaciona-se com a falta de cuidados físicos (LEVICA, 2019), como alimentação, vestimentas e cuidados de higiene, por exemplo.

No que tange os demais tipos de violência que ocorrem no seio familiar, a de espécie física se caracteriza pelo uso da força física contra uma criança ou adolescente com a finalidade de machucá-la intencionalmente, podendo causar marcas no corpo, tal como hematomas, arranhões, fraturas, queimaduras, cortes, entre outros (LEVICA, 2019). A violência sexual, por sua vez, consiste em todo ato praticado com uma criança ou adolescente, tendo por objetivo estimular ou satisfazer sexualmente o adulto, podendo ou não existir contato físico (como em casos de exibicionismo, voyeurismo, pornografia – quando disponibiliza-se ou apresenta-se conteúdos pornográficos para a criança – e assédio sexual) (LEVICA, 2019). Delanez (2012), alerta ainda para o caráter coercitivo da prática. Por fim, visando abordar também a violência de natureza psicológica, é possível defini-la da seguinte maneira:

Toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Esse tipo de violência também pode ser chamado de “violência moral”. (BRASIL, 2008, p. 13)

É imprescindível enfatizar que, apesar das definições que diferenciam os tipos de violência, estas não costumam se dar de forma dissociada, como aponta Moreira e Sousa (2012) ao postularem que no cotidiano as espécies supracitadas costumam se apresentar simultaneamente. A exemplo disso, é possível abordar a violência psicológica que torna possível o exercício do abuso sexual ou a violência física que intimida, por exemplo. Deste modo, é essencial reiterar a complexidade da violência intrafamiliar, uma vez que desdobra-se em uma série de prejuízos para as vítimas.

Diante da complexidade que estrutura a violência intrafamiliar, urge a necessidade de medidas de prevenção, proteção e acompanhamento das vítimas. Mas, fato é que o caminho para assegurar ou reestruturar a instituição de direitos da infância e juventude não é simples. Geovana Delanez (2012) aponta que quando a esfera privada não dá conta de cumprir sua função social – enquanto família e também responsável pela asseguarção de direitos de seus tutelados –, faz-se necessária a intervenção da esfera pública. A autora discorre acerca da existência de instrumentos de proteção à criança vítima de violência intrafamiliar e, nesse sentido, aponta que há medidas adotadas pela legislação para possibilitar essa proteção, tal como medidas aplicadas aos pais ou responsáveis das vítimas, visando garantir ou restabelecer o melhor desenvolvimento das mesmas. Nesse mesmo sentido, medidas mais extremas da esfera pública são a tutela, guarda e adoção. (Ibid., p. 3).

Medeiros (2020) afirma que a violência que ocorre a partir de relações intrafamiliares desestrutura o indivíduo precocemente, considerando que o primeiro sistema no qual somos inseridos é a família. Por isso, a problemática revela a urgência de intervenções que objetivem proteger as crianças e adolescentes expostas a esses contextos de violação de direitos.

4.3 Consequências da violência no desenvolvimento

Uma das possíveis definições de violência, segundo o Ministério da Saúde (2023), descreve esta como uma categoria de ações que despersonalizam os indivíduos, os tipificando como objeto. Além disso, caracteriza-se por ser um fenômeno complexo e comumente motivado por relações de poder (Ministério da Saúde, 2023). Nesse sentido, um estudo aprofundado acerca das violências envolve, para além da conceitualização de suas distintas formas de manifestação, a investigação e compreensão das consequências destas nos sujeitos vitimizados. Assim, no que tange às literaturas disponíveis acerca da temática, verifica-se que estas tendem a se basear em revisões bibliográficas ou pesquisas com pessoas que sofreram determinado tipo de violência.

Nessa perspectiva, os maus tratos à infância configuram-se como uma problemática que perdura ao longo do tempo. Isso porque, tal como aponta Nunes e colaboradores (2020, p.1), há um “significativo número de adultos e idosos que referem terem sido expostos a traumas da infância”. Seus desenvolvimentos acerca das violências que vitimizam crianças postulam que o fenômeno pode culminar em alterações nas estruturas cerebrais e alterações na funcionalidade cognitiva. Assim, enfatizam modificações no sistema límbico, hipocampo, amígdala, córtex pré-frontal e corpo caloso, tal como prejuízos nas funções executivas, nas memórias e na velocidade de processamento e aprendizagem (Nunes et al., 2020). Porém, a dimensão do impacto nas vítimas não é previsível em proporção ou em aspectos afetados, afinal o que determina o desdobramento das ações violentas varia conforme as circunstâncias dos fatos e das características singulares de cada indivíduo (Laguna et al., 2021).

Outro fator a ser considerado diz respeito à relação entre o tempo de exposição às violências e a reversibilidade dos danos. Nesse sentido, Nunes e colaboradores (2020) afirmam que o hipocampo – fundamental nas funções de formação e arquivamento das memórias emocionais e verbais – pode sofrer graves prejuízos mediante a situações de estresse, uma vez que o cortisol liberado nesse contexto, pode afetá-lo negativamente em casos onde a exposição ao hormônio ocorre de maneira prolongada. Nesse contexto, os danos podem ser irreversíveis, (Nunes et al., 2020). Além disso, as consequências da exposição precoce às violências não se limita aos impactos cognitivos, estendendo-se inclusive às dimensões social, psicológica e física. Segundo Puetz (2017, apud Nunes, 2020), em suas análises de dados coletados a partir de adultos que sofreram maus tratos quando criança, evidenciaram-se implicações como desenvolvimento de psicopatologias, baixo desempenho acadêmico, prejuízos em relacionamentos interpessoais, dificuldades no desenvolvimento neuronal e nas funções cognitivas.

Dentre os diversos tipos de violências praticadas contra indivíduos nessa fase de desenvolvimento, a sexual é, decerto, uma preocupação no cenário brasileiro. O Ministério da Saúde (2023) caracteriza esta como um problema de saúde pública violador dos direitos humanos. Algumas particularidades chamam a atenção nesse tipo de abuso, como por exemplo o fato deste ser praticado, majoritariamente, por pessoas da família ou do convívio da criança, considerando uma dinâmica de relações de poder e, conseqüentemente, subordinação. No Brasil, dentre o público infantil, os índices evidenciam que a faixa etária mais atingida é de 5 a 9 anos. Considerando todo esse cenário, é de suma importância enfatizar que a criança, além de correr graves riscos no que tange seu processo de desenvolvimento, ainda pode permanecer por tempo indeterminado na condição de vítima,

uma vez que tende a ser incapaz de diferenciar as relações ou questionar as atitudes do abusador, tido apenas como uma das figuras de seu convívio e cuidado. Em síntese, a violência sexual pode culminar em uma dinâmica de submissão da vítima em relação ao abusador (Laguna et al., 2021; Ministério da Saúde, 2023).

Verifica-se que as violências podem gerar uma série de desdobramentos na vida das vítimas. Profissionais que lidam diretamente com crianças vitimizadas são capazes de elencar inúmeros impactos. Um estudo que visou investigar a ocorrência de maus-tratos praticados contra o público infanto-juvenil – a partir de registros do Conselho Tutelar do Município de São Bento do UNA/ PE no período de 2000 a 2006 – e avaliar o conhecimento de profissionais de Saúde sobre o assunto, evidenciou importantes apontamentos da equipe de cuidado sobre sintomas percebidos nos indivíduos vitimados (Granville-Garcia; Silva; Menezes, 2008). Dentre estes, foram elencados depressão, atitudes suicidas, lesões principalmente na cabeça e face, ferimentos simétricos de caráter repetitivo, hematomas e queimaduras. Em vítimas de violência sexual, notou-se sentimento descrito pelos profissionais como “terror”, feridas nos genitais, medo do exame físico, desenhos com excesso de vermelho e preto, alterações de conduta e agressividade (Granville-Garcia; Silva; Menezes, 2008).

Por fim, para além da violência expressa por meio de ações, Minayo (2001), em sua publicação textual atemporal, discorre sobre a violência estrutural. A autora discorre acerca do fenômeno de naturalização e legitimação de atos violentos nas sociedades e, segundo ela, a mesma é justificada de inúmeras formas, sendo o viés educativo uma delas. Ou seja, ao longo da história, comumente usou-se a violência como desculpa para o processo de educação de indivíduos, inferindo que agressões são ferramentas de ensino de limites e regras. No entanto, Minayo alerta:

Entendemos por violência estrutural aquela que incide sobre a condição de vida das crianças e adolescentes, a partir de decisões histórico-econômicas e sociais, tornando vulnerável o seu crescimento e desenvolvimento. Por ter um caráter de perenidade e se apresentar sem a intervenção imediata dos indivíduos, essa forma de violência aparece “naturalizada”. (Minayo, 2001, p.93).

Nessa perspectiva, a autora aponta a ocorrência de crianças e adolescentes institucionalizados como uma das expressões da violência estrutural. Além disso, enfatiza a forma como socialmente, a violência contra o público infanto-juvenil tornou-se uma forma secular de relacionamentos, de comunicação secundária nas sociedades, apesar de variar em

explicações e manifestações (Minayo, 2001). Deste modo, a compreensão das consequências das violências demonstra sua complexidade, seja no que tange sua ampla gama de impactos nos indivíduos vitimizados ou seus desdobramentos na sociedade quando analisamos sua dimensão estrutural. Assim, torna-se imprescindível atentar para este lamentável fenômeno, uma vez que este tem posto em risco a integridade e vida de milhares de crianças e adolescentes no nosso país.

4.4 Institucionalização da infância

Ao longo da história, a concepção de infância passou por inúmeras transformações e, concomitante a essas mudanças em sua compreensão, ocorreram também diversas reformulações no modelo de assistência para crianças que precisavam de acolhimento institucional (Galoni et al., 2022). Diante da expectativa de traçar uma breve linha do tempo acerca da história desse tipo de assistência especializada no Brasil, Galoni e colaboradores (2022) apontam a Casa dos Expostos, datada de 1738, como marco inicial, mantendo-se até os anos iniciais do Brasil República. Em contexto subsequente, por volta de 1890, surgiram as Casas de Detenção, marcadas pela marginalização da infanto-juventude desamparada, uma vez que esta convivia com adultos institucionalizados por cometerem atos criminosos. Já em 1937, com o Governo de Getúlio Vargas, a infância tornou-se uma questão de defesa nacional (Galoni et al, 2022).

Em contexto subsequente, a mudança no sistema de governo do País, que passou de democrático para ditatorial, a “infância marginalizada passa a ser problema de segurança nacional” (Peixoto et al., 2023, p.160). Com isso, entre 1964 e 1989, manteve-se em funcionamento a Fundação de Bem-Estar do Menor (FUNABEM). Todavia, o órgão nacional mostrou-se “ineficaz na ressocialização de menores e foi alvo de denúncias de violação de direitos” (Peixoto et al., 2023, p.160). Galoni e colaboradores (2022), apontam que as maiores mudanças em relação à proteção à infância e juventude são percebidas a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que reservou às crianças e adolescentes a condição de sujeitos de direitos com garantia à Proteção Integral. Além disso, com o ECA (Lei Federal n.º 8069/1990), são criados mecanismos visando pôr em prática a doutrina da proteção integral. De lá para cá diversas políticas públicas foram e seguem sendo desenvolvidas com o objetivo de assegurar o bem estar e desenvolvimento saudável de indivíduos até 18 anos incompletos. No que tange ao acolhimento institucional, dados do

Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2025) demonstram que atualmente o Brasil possui 20.046 crianças acolhidas, representando cerca de 58% de todos os acolhidos no país.

Conhecer a história da assistência para crianças destituídas do poder familiar ou voluntariamente desamparadas por esse microsistema, evidencia com clareza o descaso ao qual estes jovens indivíduos foram submetidos ao longo das décadas. Minayo (2001) afirma em seu texto atemporal que das violências, a maior foi reservada para crianças abandonadas por seus pais. A autora aponta ainda que a institucionalização do público infanto-juvenil é uma das formas de violência estrutural, sendo esta, intrincada na sociedade e até mesmo legitimada por ela (Minayo, 2001). Literaturas mais recentes apontam ainda para a relação entre a produção de subjetividades, muito influenciadas pela estrutura social e cultural, e as decisões jurídicas. Nesse sentido, Oliveira e Silva (2019), postulam que, no que tange a compreensão e conceitualização da negligência – segundo os autores, o maior motivo de acolhimento – e da pobreza, traz-se intrínseco nessas compreensões as ideias de higienismo e do Código de Menores (1927) “pautando e subsidiando suas ações no modo de organização centrado na ordem jurídica, que é a judicialização da vida” (Oliveira; Silva, 2019, p.101). Com isso, compreende-se que há aspectos enraizados na concepção social que influenciam as decisões jurídicas e, conseqüentemente, as vidas de inúmeras crianças e adolescentes institucionalizadas.

Apesar do sistema que institucionaliza ser passível de críticas, é essencial considerar o esforço intersetorial para garantir a proteção à infância e juventude, tal como seu desenvolvimento saudável nesse contexto, uma vez que nos últimos anos têm se fortalecido as políticas públicas e dispositivos de assistência social que atuam nesse sentido (Peixoto et al., 2023). Compreende-se, inclusive, que em determinadas situações de vulnerabilidade, violência e/ou negligência, a instituição pode ser a melhor saída, podendo oferecer um espaço de desenvolvimento saudável para a infanto-juventude (Siqueira; Dell’Aglío, 2006). A exemplo disso, uma boa articulação entre os microsistemas de uma criança acolhida – abrigo, parentes, vizinhos, amigos, colegas e/ou algum programa social da comunidade – pode constituir-se como uma rede de apoio positiva que tende a reforçar o sentido de eficácia social dela, do contrário, o reflexo pode ser evidenciado a partir de um comportamento desadaptado (Hoppe, 1998 apud Siqueira; Dell’Aglío, 2006). Essa é apenas uma das possíveis conseqüências do acolhimento institucional, porém, estudos recentes têm se mostrado capazes de elencar desdobramentos da institucionalização nos indivíduos.

Ao pensar em possíveis resultados de experienciar o acolhimento, é relevante considerar o tempo de institucionalização, uma vez que quanto maior o período, maior a

probabilidade de efeitos na sociabilidade e manutenção de vínculos afetivos (Siqueira; Dell’Aglío, 2006). Alguns aspectos das casas de acolhimento que podem acarretar em prejuízos para o desenvolvimento, segundo Siqueira e Dell’Aglío (2006) são o atendimento padronizado – que dificilmente se mostra capaz de adaptar-se às particularidades das crianças acolhidas –, o alto índice de crianças por cuidador, a falta de atividades planejadas e a fragilidade das redes de apoio social e afetivo. A partir da Teoria Ecológica do Desenvolvimento de Urie Bronfenbrenner (1979/1996), os autores trazem os reflexos da institucionalização no ambiente ecológico das crianças. Assim, apontam o fenômeno da estigmatização:

O macrossistema, por sua vez, é o sistema mais amplo, abrange os valores, as ideologias e a organização das instituições sociais comuns a uma determinada cultura. No que tange à institucionalização, o estigma social, carregado de valor pejorativo e depreciativo, associado aos valores culturalmente esperados podem ser considerados elementos integrantes do macrossistema que envolve estas crianças e adolescentes. (Siqueira; Dell’Aglío, 2006, p. 72)

Além disso, Siqueira e Dell’Aglío (2006) abordam a importância do afeto nas instituições de acolhimento, apesar dos desafios inerentes à quantidade de crianças por cuidadores. Isso porque, ao considerar a importância do afeto para o desenvolvimento humano, compreendem que não ter um ou mais adultos que se apresentem como figuras que desejam o bem incondicional desses acolhidos pode representar uma “ameaça ao desenvolvimento psicológico sadio” (Yunes et al., 2004 apud Siqueira; Dell’Aglío, 2006, p. 73). Tendo como referência a Teoria Ecológica, os autores alertam para possíveis impactos disruptivos imediatos quando a separação das crianças ocorre na segunda metade do primeiro ano de vida. Assim, enfatizam que a ausência de segurança emocional adequada influencia diretamente no funcionamento intelectual adequado.

A partir das teorizações de Winnicott (1987), Viana (2018) enfatiza a importância de um ambiente seguro e acolhedor, capaz de promover suporte afetivo para que a criança se desenvolva de forma saudável, apontando que falhas na promoção desse afeto podem gerar problemas desenvolvimentais como postulou Winnicott ao observar crianças institucionalizadas. Nesse contexto, percebeu-se agressividade, agitação, embotamento afetivo e criativo (Winnicott, 1987 apud Viana, 2018). Assim, evidencia-se que, apesar de muitos avanços no que tange o sistema de institucionalização de crianças e de nem sempre o acolhimento representar um fator de risco para o desenvolvimento (Siqueira; Dell’Aglío,

2006), há uma limitação nesses ambientes em fornecer condições plenamente favoráveis ao suprimento das necessidades dos acolhidos.

5. MÉTODO

5.1. Tipo de Pesquisa

A metodologia empregada como procedimento no presente trabalho foi o estudo de caso - uma vez que este torna possível o conhecimento profundo do “como” e dos “porquês” do fenômeno investigado (Fonseca, 2002). Quanto à natureza da pesquisa, refere-se a uma abordagem qualitativa, pois o entendimento da questão está para além de uma mera análise estatística, quantitativa, dos dados coletados durante o processo de investigação (Silva et. al., 2021). Nesse sentido, o trabalho visa construir uma análise e descrição dos impactos da violência intrafamiliar no desenvolvimento de um paciente específico, por isso, a metodologia em questão mostra-se capaz de contemplar os objetivos.

Lunetta e Guerra (2023), postulam que, comumente, os resultados obtidos nos estudos de caso são combinados com teorias e dados de outros métodos de pesquisa e isso “fortalece a fundamentação e confere credibilidade ao trabalho acadêmico” (Lunetta; Guerra, 2023). Diante disso, o estudo aqui exposto objetiva orientar-se por esse pressuposto, de modo a desenvolver-se a partir de um vasto arcabouço teórico que visa servir de substrato para o mesmo, concomitante aos apontamentos do relato de caso do paciente supracitado. Assim, definido o objeto, a metodologia aludida permite uma grande quantidade de informações sobre este, como aponta Fonseca (2002), enriquecendo o presente trabalho.

Desse modo, ao propor uma investigação acerca das consequências no desenvolvimento de crianças vítimas de violência intrafamiliar, o estudo de caso consolida-se como uma metodologia coerente para tal, considerando que é uma “estratégia eficaz quando o fenômeno e o contexto estão intimamente ligados” (Lunetta; Guerra, 2023).

5.2. Participante

O caso estudado é de D., um menino de 08 anos de idade institucionalizada, vítima de negligências física e emocional e violências física, psicológica e sexual. A criança participa do programa de atendimento psicológico social infanto-juvenil para crianças e adolescentes vítimas de violência coordenado pelo Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes (LEVICA) da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), como atividade de estágio profissional obrigatória para a formação em psicologia

A instituição na qual D. esteve acolhido durante o período do presente estudo de caso está localizada na baixada fluminense do estado do Rio de Janeiro e foi fundada no início da década de 90. É uma entidade sem fins lucrativos e possui capacidade para cerca de 30

crianças e adolescentes. Os atendimentos de D. ocorreram na Associação Vida Plena de Mesquita, uma ONG, e tiveram início em 2 de abril de 2024 até o presente momento. É importante salientar que, para além do acompanhamento psicológico, D. também teve sua rede intersetorial de assistência ampliada, de modo que ao longo do ano de 2024 e início de 2025, houveram muitos agentes envolvidos na promoção de seu cuidado. Nesse cenário, foi essencial para o atendimento do paciente, criar pontes com as outras frentes que assistem D.. Com isso, foram realizados contatos por Whatsapp, Google Meet e de caráter presencial, a fim de fortalecer essa rede. Ao todo, foram realizados um estudo de caso, uma reunião com a equipe pedagógica da escola onde D. estava matriculado no período, inúmeras conversas com a psicóloga da casa de acolhimento por rede social de mensagens instantâneas e presencialmente – quando esta acompanhava o paciente até a ONG –. Além disso, ao menos uma vez ao mês haviam reuniões intencionais com a técnica da instituição ou com a estagiária em assistência social que também atua no local.

Na ocasião de estudo de caso, especialmente, participaram profissionais da Vara da Infância e da Juventude que acompanham o processo do infante, a equipe do LEVICA e a equipe da AVPM, e a equipe técnica da casa de acolhimento, com vistas a esclarecer aspectos do processo terapêutico do paciente e propor caminhos para uma assistência cada vez mais efetiva. Assim, foi possível apontar percepções e constatações de seu modo de funcionamento, tal como estratégias importantes na maneira de lidar com ele. Além disso, reuniões intersetoriais como essa proporcionam uma ampliação da compreensão do caso, considerando os apontamentos de outros âmbitos que o atravessam. Com esses encontros e trocas e em consonância com a conceitualização de caso de D., foi possível constatar como a escola passou a apresentar-se como um estressor e produtor de desconforto para o mesmo. Além disso, foi apontada a urgência de intervenções para a regulação emocional deste nos mais variados contextos, considerando ainda seu comportamento progressivamente agressivo, mesmo após as intervenções medicamentosas.

O participante, nesse sentido, é acompanhado por uma rede que inclui profissionais da assistência social, instituição de acolhimento, medicina psiquiátrica, Vara da Infância e Adolescência e acompanhamento psicológico. Recentemente, foi transferido da escola a qual mantivemos contato inicialmente, apontando para a indispensabilidade de que um novo canal seja criado com a equipe pedagógica que o acompanha.

5.2.1 Dados pregressos do paciente

Os dados pregressos de D. foram obtidos a partir da entrevista de anamnese realizada em sua admissão para atendimento pelo LEVICA na AVPM, tendo como principal fonte de informações, a técnica em assistência social da casa de acolhimento. Além disso, informações complementares foram fornecidas por uma tia paterna do infante que expressou interesse em colaborar com a construção da história de vida do mesmo, preenchendo algumas lacunas deixadas pela anamnese.

D. é fruto de um relacionamento instável, os pais biológicos brigavam muito durante o tempo em que se relacionavam. O genitor, inclusive, foi denunciado por violência doméstica e, nesse contexto, a genitora ausentou-se do convívio familiar devido às violações às quais era submetida. Nesse cenário, os cuidados de D. e suas duas irmãs passaram a depender, principalmente, de tias, avós e do genitor, o que propagou o contexto de negligências em torno das crianças. D. foi exposto precocemente à vivências sexuais nas quais o genitor o incentivava a abusar da irmã 5 anos mais velha, alegando ser permitido ter esse tipo de contato íntimo com mulheres da família. Além disso, as crianças foram expostas a negligências emocionais, físicas – privação alimentar. Violências físicas também foram relatadas, como em uma ocasião mencionada pela tia paterna onde D. foi punido com um banho frio por ter urinado na cama.

No que tange à relação com a genitora, foi informado que esta não tinha muito envolvimento afetivo com os filhos no período em que esteve com eles e que D. não foi amamentado por ela. O cuidado, por vezes, foi estendido para uma das avós maternas.

Apesar das lacunas no histórico de vida do paciente, a entrevista de anamnese, tal como documentos feitos pelo Conselho Tutelar e entrevista com a tia paterna do mesmo, foi possível compreender que o período de vivência com os genitores foi marcado por negligências e múltiplas violências. A parente mencionou ainda que a genitora fazia uso de medicamentos controlados durante a gestação da primeira filha, não sabendo informar, todavia, se o mesmo ocorreu na gestação de D.. Ademais, um adendo relevante é que as crianças não frequentavam a escola com regularidade, o que contribuiu para prejuízos significativos no que tange o nível de alfabetização do paciente.

D., depois de ter sua guarda retirada da família de origem e antes de ser institucionalizado, viveu três meses com a tia paterna, que destacou alguns aspectos relevantes diante desse convívio. Dentre esses, o comportamento hiperssexualizado e desafiador foram os que mais colaboraram para dificuldades na dinâmica da casa. Além disso, notava uma evidente dificuldade do mesmo em corresponder ao estabelecimento de

regras e limites determinados por figuras de autoridade, principalmente quando estas eram mulheres. A desatenção foi mencionada, além da baixa sociabilidade e as ações agressivas. Como reflexo disso, esse período de convivência foi marcado por muitos momentos de castigo e pouquíssimas trocas e brincadeiras com outras crianças. A conversa com a tia paterna apontou ainda para um histórico de violência sexual transgeracional familiar, uma vez que foram relatados casos de violação em geração anterior

5.2.2 Contexto atual do paciente

D. está em acolhimento institucional desde janeiro de 2024. A denúncia que culminou no acolhimento foi realizada pela tia paterna de D. e as principais queixas no contexto foram maus tratos e negligências perpetradas pelos genitores da criança, além de relatos de exposição precoce a vivências sexuais, como supracitado. É válido ressaltar que além de D., suas duas irmãs também foram submetidas às violências e, então, acolhidas. Nesse contexto, antes de serem direcionados a uma instituição de acolhimento, os três irmãos ficaram morando com uma outra tia, irmã da genitora. A tia em questão, no entanto, alegou a impossibilidade de permanecer com as crianças devido aos comportamentos agressivos de D. para com seu filho de 3 anos, tal como suas ações hiperssexualizadas.

Ao ser transferido para a casa de acolhimento, D. foi encaminhado pela Vara da Infância e Adolescência ao atendimento psicoterapêutico, dadas suas demandas psicológicas e seu histórico de acolhimento. Nessa perspectiva, ao ser admitido pela ONG, em contexto de entrevista de anamnese, foram apontadas pela assistente social da casa de acolhimento, as seguintes demandas terapêuticas: comportamento hiperativo e hiperssexualizado, além de aparente déficit cognitivo. Além disso, é válido ressaltar que durante os primeiros meses de acolhimento, a irmã do meio de D. – sendo ele o caçula –, foi adotada por uma das tias dos irmãos. Diante disso, os aspectos supracitados guiaram o planejamento terapêutico do paciente. Outrossim, com a intensificação das demandas, a partir de indicação da Vara da Infância, em consonância apontamentos presentes em relatório psicoterapêutico submetido à Audiência Concentrada em junho de 2024, o paciente foi encaminhado para acompanhamento psiquiátrico, tal como, para avaliação psicológica. Nesse cenário, na segunda metade do mesmo ano o mesmo iniciou a administração de três fármacos, sendo um antipsicótico, um antidepressivo e uma medicação para tratamento de TDAH, além de realização da avaliação psicológica.

No que tange a dimensão educacional, D. estuda em um colégio da rede pública, está no 3º ano do ensino fundamental e ainda não está alfabetizado. O contexto escolar

evidencia-se como um estressor para o mesmo, uma vez que vivencia relevantes atrasos na aprendizagem, problemas com a estrutura da escola – que não oferece suporte que contemple suas necessidades específicas – e problemas comportamentais que se mostram como desafios para trocas interpessoais. Assim, o dia a dia na escola é marcado por instabilidade emocional, crises de agressividade e tensões com os profissionais que atuam no contexto.

5.3 Instrumentos utilizados na avaliação e atendimentos

Para a realização do Estudo de Caso foi utilizado, até o presente momento, os seguintes instrumentos:

- Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência – *Child Behavior Checklist* (CBCL): destinado à faixa etária de 6 a 18 anos, é um questionário bastante utilizado para averiguar questões clínicas, é composto de 138 itens, destinado aos pais/mães ou cuidadores para que forneçam respostas referentes aos aspectos sociais e comportamentais de seus filhos(as). Os itens apresentados no CBCL compõem onze escalas individuais. Em síntese, dentre essas escalas, três referem-se à competência social – atividades, sociabilidade e escolaridade – e as outras oito se referem a problemas de comportamento – ansiedade/depressão, isolamento/depressão, queixas somáticas, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamentos de quebrar regras/delinquencial e comportamento agressivo. Assim, em todas as onze escalas do CBCL, a pessoa avaliada pode ser classificada como clínica (presença de problemas passíveis de tratamento), limítrofe (apresenta risco para desenvolvimento de problemas) e não-clínica (não apresenta problemas) (ROAMA-ALVES; 2023)
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: O termo de compromisso resguarda o grupo de pesquisa do Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes (LEVICA), a Associação Vida Plena de Mesquita (AVPM) e o responsável pela criança e adolescente. É válido ressaltar que o termo em questão é assinado no ato de admissão do paciente e neste contém cláusulas para que o sujeito possa ser admitido no programa de estágio supervisionado, dentre essas há o consentimento para que tanto informações do paciente quanto o material de terapia do mesmo possa ser utilizado para fins de pesquisa, agindo em acordo com as determinações da bioética.

5.4. Procedimentos

O Estudo de Caso desenvolveu-se a partir de um serviço de estágio supervisionado e o atendimento clínico do paciente que possibilitou a elaboração do mesmo durou pouco mais de 14 meses. Acerca disso, o primeiro atendimento ocorreu no dia 02 de abril de 2024 e o último em 25 de junho de 2025 O instrumento CBCL foi respondido em outubro de 2024 pela psicóloga atuante na equipe técnica da casa de acolhimento na qual D. estava acolhido no período em questão. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido já havia sido preenchido na ocasião em que o caso foi admitido pela ONG, tornando-o disponível para possíveis intervenções específicas e utilização de dados para pesquisa.

5.5. Questões éticas envolvidas

Dada a utilização de informações de um dos casos atendidos na Associação Vida Plena para o desenvolvimento do presente trabalho, é de suma importância o consentimento dos responsáveis do paciente atendido acerca da utilização de seus dados tidos como sigilosos. Sendo assim, considerando que o paciente em questão está em acolhimento institucional, foi necessário o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela casa de acolhimento. Nessa perspectiva, em acordo com essa necessidade, a instituição assinou, no contexto de admissão do acolhido, a mencionada documentação.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Construção Geral do Problema

O caso de D. foi direcionado pela Vara da Infância, da Juventude e do Idoso ao LEVICA no início do primeiro período letivo de 2024. A demanda nesse contexto foi o histórico de violência sexual. A entrevista de anamnese foi realizada em caráter remoto, a informante na ocasião foi uma das componentes da equipe técnica da instituição onde D. está acolhido, a assistente social. É válido destacar que os dados coletados na ocasião não expuseram muitas particularidades do paciente ou de seu modo de funcionamento, focando, principalmente, detalhes da denúncia feita ao Conselho Tutelar.

Nessa perspectiva, a institucionalização ocorreu em janeiro de 2024 e o paciente foi acolhido com suas duas irmãs mais velhas a partir da denúncia de maus-tratos perpetrados contra estes em seu contexto familiar. Os irmãos tinham 6, 10 e 12 anos na ocasião, sendo D. o mais novo. Estes foram retirados da casa onde residiam em condições insalubres, alimentando-se até mesmo com ração de cachorros e sofrendo de pediculose. Dentre as diversas violações sofridas, um ponto de atenção foi o fato do caçula, instruído por seu genitor, ter mantido envolvimento sexual com a irmã mais velha. Nesse complexo cenário, D. e a irmã receberam encaminhamentos da Vara da Infância e da Juventude, que determinou a necessidade e urgência de acompanhamento psicoterapêutico para os irmãos.

Diante disso, a queixa inicial para o atendimento referia-se ao histórico de abuso sexual e, conseqüentemente, o comportamento hipersexualizado apresentado pelo paciente e um aparente déficit cognitivo. Como supracitado, não haviam muitas informações sobre particularidades da criança, como traços de sua personalidade, características de sua sociabilidade, tampouco diversidade de dados de seu histórico de vida. Acerca disso, foi relatado apenas que ele era “galanteador”, isso porque em determinadas situações era afetuoso com os cuidadores – inclusive, para evitar repreensões. Isso aponta para um desafio na coleta de dados sobre D., uma vez que sua anamnese foi finalizada com diversas lacunas. Moreira e colaboradores (2013), em artigo gerado a partir de sua pesquisa que buscava compreender a trajetória de crianças e adolescentes e seus familiares no âmbito da rede protetiva, problematizam a questão das lacunas ou ausência de informações nos registros dos acolhidos. Segundo os autores, “essas histórias mal contadas dificultam a elaboração e superação das vivências e das condições que geraram o acolhimento institucional” (Moreira et. al., 2013).

À vista disso, o primeiro desafio no atendimento de D. evidenciou-se na entrevista de anamnese, dada a ausência de determinadas informações importantes como por exemplo, sobre seu desenvolvimento psicomotor, desenvolvimento da linguagem, seu sono, doenças, tratamentos e medicamentos, especificidades da vida familiar para além dos maus-tratos e aspectos referentes à gestação e parto que o trouxeram ao mundo. Também não haviam informações sobre a dinâmica familiar na qual esteve inserido. Todavia, ao elencar esses aspectos, não objetiva-se ignorar o caráter desafiador que se apresenta aos dispositivos de assistência social especializada no preenchimento de registros dos acolhidos, uma vez que podem haver diversos obstáculos que limitam a construção de documentos genuinamente esclarecedores. Moreira e colaboradores (2013) apontam, inclusive, que o sofrimento presente nas histórias de vida podem gerar dificuldades tanto para quem precisa narrá-las, quanto para quem precisa registrar os relatos ou traduzi-los nos itens dos protocolos dos serviços. Os autores abordam ainda, a partir da compreensão de trabalhadores de redes de proteção, que a dificuldade de preencher as lacunas pode ainda se relacionar com a alta quantidade de demandas atribuídas a estes, sendo estas burocráticas e de ritmo frenético e imprevisível.

Assim, consideram-se as limitações presentes na atuação dos dispositivos de proteção à infância quando estes são, por vezes, a única fonte de informações acerca de uma criança acolhida. No entanto, é imprescindível ressaltar a maneira como as ausências de determinados dados restringem, por exemplo, uma análise e interpretação mais acurada sobre o histórico de vida de um paciente, tal como no caso de D., uma vez que tais aspectos colaboram intimamente para a conceitualização cognitiva. Esse aspecto aponta ainda para a relevância da construção de uma rede de apoio social mais funcional no contexto do acolhimento. Ter nesse ambiente adultos que zelem pelo bem-estar das crianças acolhidas, as conheçam e proporcionem relações afetuosas, revela-se como um potencializador de desenvolvimento saudável (Siqueira; Dell’Aglia, 2006).

No que tange ao tratamento psicoterapêutico, o envolvimento dos responsáveis de uma criança é um componente lógico e não pode ser minimizado (Friedberg; McClure, 2019, p.319), portanto, quando o paciente é acolhido, essa interação precisa ser adaptada e estendida à rede protetiva envolvida em seus cuidados. Desse modo, tanto a coleta de dados quanto os rumos do processo terapêutico são diretamente beneficiados, o que enfatiza a indispensabilidade de que os mais diversos dispositivos dos serviços de proteção busquem garantir a preservação da história de vida das crianças acolhidas, tal como o acompanhamento

destas de modo personalizado. Assim, objetiva-se que estas sejam, não apenas tuteladas, mas também percebidas em sua individualidade.

No que tange o processo de construção geral do problema, a partir dos dados obtidos na entrevista de anamnese, elencou-se, como supracitado, as demandas iniciais para o tratamento. Estas foram o histórico de abuso sexual e déficits cognitivos, culminando em comportamentos hiperssexualizados, limitações na função da comunicação e atrasos na aprendizagem. É válido destacar que por não ter frequentado a escola com assiduidade até a institucionalização – e em associação ao cenário de negligência no qual viveu –, D. não foi alfabetizado. De acordo com a Base Nacional Comum Curricular (BNCC), apesar de considerar que desde o nascimento a criança está imersa em diferentes práticas letradas, há uma expectativa de que ela esteja alfabetizada ao final do 2º ano do ensino fundamental, sendo a alfabetização o foco das instituições de ensino nesses anos iniciais (Brasil, 2017). Diante disso, espera-se que entre 6 e 8 anos a criança desenvolva as habilidades de leitura e escrita, uma vez que ampliam suas possibilidades de “construir conhecimentos nos diferentes componentes, por sua inserção na cultura letrada, e de participar com maior autonomia e protagonismo na vida social” (Brasil, 2017, p.65). Isso proporciona a compreensão da dimensão dos prejuízos que podem advir de atrasos e negligências que afetam a aprendizagem na dimensão do desenvolvimento infantil, tal como no caso de D..

Visando preencher lacunas da anamnese e refinar o histórico de vida do paciente, evidenciou-se a necessidade de buscar informantes para além do da equipe técnica do acolhimento, sendo estes capazes de colaborar com uma melhor compreensão do contexto pregresso deste. Nesse cenário, a tia paterna de D., a parente mais presente no contexto de destituição familiar e institucionalização expressou, para a instituição de acolhimento, disponibilidade para colaborar com mais detalhes sobre as crianças. É válido destacar que a tia conviveu por sessenta dias com os três irmãos ao receber a guarda provisória destes subsequentemente à perda do poder familiar, o que favoreceu o apontamento de algumas particularidades de D., das quais ainda não se tinha conhecimento.

A entrevista com a tia ocorreu dois meses após o início dos atendimentos e em caráter remoto. Participaram do encontro a entrevistada, a presente estagiária e uma das psicólogas voluntárias da AVPM. Nesse cenário, a irmã do genitor relatou como a presença de D. alterou a dinâmica de sua família – composta por suas filhas e esposo –. No período em que esteve com a tia, seus comportamentos hiperssexualizados foram uma tônica e, na casa, o medo de que as filhas fossem vítimas de alguma violação de cunho sexual desestabilizaram o convívio familiar. Além disso, a tia apontou a dificuldade de mediar os comportamentos de D.,

segundo ela, ele passava a maior parte do tempo de castigo em virtude de sua conduta desafiadora e displicente. Apesar disso, mencionou a percepção de que o esposo era tido como uma figura à qual o mesmo respeitava mais – a tia atribuiu esse fato ao gênero, concluindo que o menino tinha maior propensão a dar ouvidos à figuras de autoridade quando estas eram homens. Com isso, relatou também que o mesmo ficava constantemente sozinho e, quando estava na companhia de outras crianças, envolvia-se em conflitos. Quando questionada sobre o perfil atencioso do menino, destacou a desatenção como uma característica que notou nele. Outro aspecto do período de convivência refere-se ao fato de D. defecar e urinar nas roupas, inclusive durante o dia.

Além disso, foi possível obter informações sobre os genitores de D., tal como sua dinâmica familiar. A tia paterna relatou que os pais biológicos tinham um relacionamento altamente conflituoso, o que culminou em uma denúncia de violência doméstica e, posteriormente, na saída da genitora do núcleo familiar – no período da institucionalização, a mesma estava em outro estado há três anos. Também foi relatado que a violência física também se estendia aos filhos do casal. Apesar do genitor ser quem mais era visto com as crianças, foi descrito como uma figura que não representava afeto ou proteção. A genitora também não possuía muito envolvimento afetivo com os filhos. Após dar à luz, destinou os cuidados de D. à avó materna da criança e, segundo a tia, não o amamentou. Mencionou que as negligências e violências acompanharam a vida dos sobrinhos até a institucionalização. Segundo ela, e em consonância com a descrição do caso pelo serviço de acolhimento, o genitor foi o principal responsável pelas situações de abusos sexuais envolvendo as crianças e, este não apenas incentivava toques e carícias de cunho sexual entre os filhos, como também mencionava que D. tinha liberdade para fazer isso com outras meninas e mulheres da família – o menino relatou isso para a tia durante o período em que esteve sob sua tutela. Ademais, também foi relatado que o genitor já expôs as filhas sexualmente a terceiros.

A partir do que a literatura trata sobre a grande probabilidade de um adulto violento ter sofrido ações violentas em sua infância (Moreira; Sousa, 2012) e em consonância com a percepção da presença marcante a presença marcante de violações de caráter sexual e demais tipos de violências presentes no relato, tornou-se indispensável perguntar sobre um possível histórico transgeracional de condutas violentas e a resposta da entrevistada foi positiva. Acerca disso, esta apontou seu histórico de abandono e discorreu brevemente sobre uma relação mais distante com a família de origem dadas suas vivências de negligências físicas e afetivas quando era mais jovem. Outro ponto mencionado foram violações sexuais perpetradas por seu avô contra suas próprias filhas – suas tias. No entanto, apesar de ter

conhecimento dessa realidade, aparentou não atrelar uma influência entre o fato envolvendo seu avô e as condutas de violências posteriores que marcaram a família. Isso porque, não havia contato direto entre os envolvidos, uma vez que os netos foram privados do convívio com esse patriarca, dado todo o contexto.

A construção geral do problema evidenciou um histórico de inúmeras e sucessivas violações de direitos perpetradas ao longo de toda uma vida. Em sua revisão bibliográfica, Nunes e colaboradores (2020) apontam diversos impactos dos maus-tratos na infância no desenvolvimento cerebral e funcionamento cognitivo. Segundo os autores, os prejuízos podem ocasionar traumas psicológicos irreversíveis, danos permanentes no desenvolvimento social, cognitivo, psíquico e em funções cerebrais. Além disso, o Sistema Nervoso Central pode ser influenciado, afetando as atribuições das estruturas encefálicas, como comportamentos, regulação emocional e funções executivas como memória e atenção (Nakayama et al., 2020; Puetz, et al., 2017 apud NUNES et. al., 2020). Outro fator que se expressa na demanda do paciente refere-se ao aspecto da transgeracionalidade que atravessa as violências perpetradas. Ao postular sobre a transmissão psíquica transgeracional da violência, Sei e Gomes (2007) discorrem sobre uma das compreensões disponíveis sobre o fenômeno. As autoras consideram que ao nascer, para além da herança genética, a criança traz consigo também a herança psíquica dos pais. Desse modo, aspectos ocultos não elaborados, como traumas e vivências negativas, não encontrando inscrição no psiquismo, são depositados no psiquismo da criança. O caso de D. dialoga com a afirmativa de Silva e colaboradores (2025) ao analisar o fenômeno da transgeracionalidade da violência que afeta o público infanto-juvenil vulnerabilizado. Segundo as autoras, “um ambiente familiar hostil e desequilibrado, pode afetar seriamente não só a aprendizagem como também o desenvolvimento físico, mental e emocional de seus membros” (Silva et al., 2025, p.14).

Isso revela como a compreensão de fatos pregressos ao acolhimento são importantes para a elaboração geral do problema que dá origem às demandas terapêuticas. Além disso, uma história bem contada humaniza o sujeito e mantém sua identidade, afastando-o de riscos que assolam as realidades institucionalizadas: a despersonalização e o anonimato (Moreira et al., 2013). A humanização por sua vez, favorece imensamente a relação terapêutica, uma vez que o psicólogo fortalece sua habilidade de empatia e aumenta sua propensão de pôr em ação duas diretrizes essenciais postuladas por Judith Beck (2022): a capacidade de tratar o cliente como gostaria de ser tratado se fosse um e a lembrança de que é esperado que o cliente apresente desafios no processo terapêutico, afinal, é por isso que ele precisa de tratamento. Por isso, apesar do desafio da obtenção de dados consistentes no contexto da

institucionalização, é de suma importância que o atendimento psicoterapêutico destinado ao público acolhido mobilize esforços e, se necessário, colabore para a consolidação de uma rede empenhada no cuidado com esse público. Desse modo, se tornará possível preencher, ao máximo, as lacunas existentes nos registros aos quais se têm acesso e contribuir para o desenvolvimento saudável do paciente.

6.2 Avaliação e Conceitualização Cognitiva

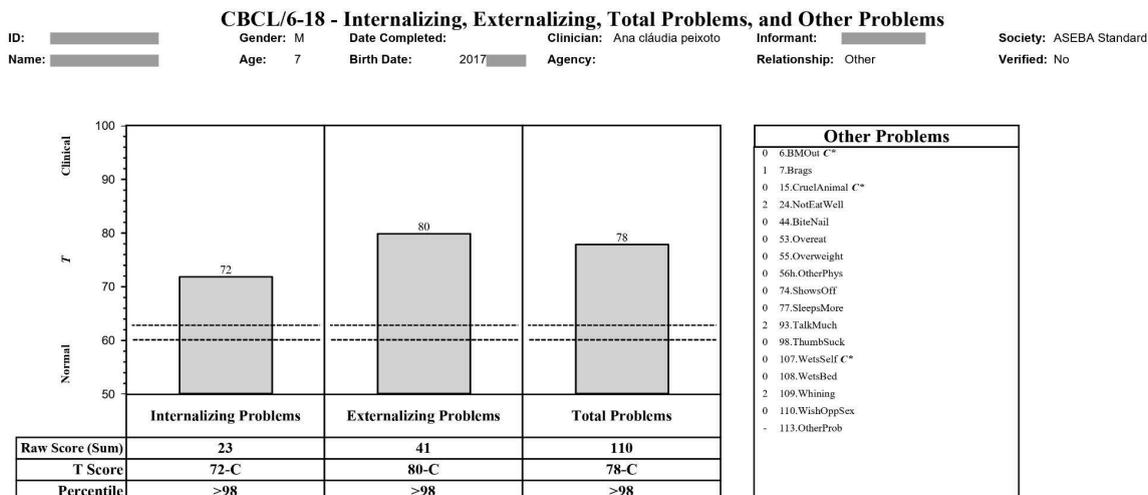
6.2.1 Avaliação do Caso

Segundo Judith Beck (2022), o tratamento psicoterapêutico na TCC exige uma aprofundada avaliação do cliente, de modo que assim seja possível formular o caso de maneira acurada. Nesse sentido, a avaliação do caso de D. se desenvolveu a partir de uma entrevista de anamnese com a assistente social da casa de acolhimento, uma entrevista com a tia paterna do paciente, a aplicação do inventário *Child Behavior Checklist* (CBCL) e observações dos primeiros atendimentos (ROAMA-ALVES E AMORIM; 2023)

É indispensável mencionar que, para além do que postulam algumas bibliografias da TCC, na realidade do acolhimento institucional nem sempre é possível realizar a avaliação do caso na sessão que antecede o início efetivo do tratamento, como sugere Beck (2022). No caso de D., por exemplo, as lacunas nas informações progressas do mesmo, tal como seus déficits na capacidade de comunicação impediram que o processo avaliativo fosse mais estruturado e linear. A exemplo disso, apesar da entrevista de anamnese ter ocorrido em março de 2024, a entrevista com a tia ocorreu em junho e a aplicação do CBCL em outubro.

O inventário de comportamentos da infância e adolescência precisa ser respondido por um responsável do avaliado e, nesse cenário, a informante foi a psicóloga da casa de acolhimento. O questionário foi respondido presencialmente na AVPM. Para análise dos resultados, é importante considerar que a pessoa avaliada pode ser classificada a partir dos seguintes critérios: Clínica (presença de problemas passíveis de tratamento), limítrofe (apresenta risco para desenvolvimento de problemas) e não-clínica (não apresenta problemas).

Figura 1 - Resultado do inventário CBCL aplicado no paciente: Problemas internalizantes, externalizantes e problemas totais



B = Borderline clinical range; C = Clinical range; Broken Lines = Borderline clinical range

C* = Critical Item

Fonte: *Child Behavior Checklist*

Quadro 1 - Resultados do inventário CBCL aplicado no paciente: Problemas internalizantes, externalizantes e problemas totais

Categoria	Resultado
Competência Total	Faixa clínica abaixo do 10º percentil para as avaliações dos pais de meninos de 7 anos
Escalas de Atividades, Social e Escola	Faixa clínica abaixo do 3º percentil
Problemas internalizantes, Problemas Externalizantes e Problemas totais	Faixa clínica acima do percentil 90 para meninos de 7 anos
Ansioso/Deprimido	Faixa Normal
Retraído/Deprimido	Faixa clínica limítrofe (93º a 97º percentil)
Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento Quebrador de Regras e Comportamento Agressivo	Faixa clínica acima do percentil 97
Ritmo Cognitivo Lento e Problemas de Estresse	Faixa clínica acima do percentil 97

Fonte: *Child Behavior Checklist*

Além dos resultados, o CBCL forneceu recomendações a partir do perfil traçado pelas análises, objetivando comparar aspectos ressaltados com o inventário com manuais diagnósticos como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-5. As recomendações traduzidas consistiram em “DSM deve ser consultado para determinar se D. atende aos critérios diagnósticos para Problemas Depressivos, Problemas Somáticos, Problemas de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Problemas Oposicionais Desafiadores e Problemas de Conduta (...), Ritmo Cognitivo Lento e Problemas de Estresse”.

Com isso, as fontes de informação para avaliação do paciente foram, portanto, as entrevistas de anamnese, com a tia paterna e a aplicação do CBCL. Além disso, considerou-se também observações realizadas durante as primeiras sessões e apontamentos de reuniões de supervisão de estágio. Nesse contexto, vale mencionar que, para além das queixas iniciais, o processo terapêutico em si, tal como a construção e fortalecimento do vínculo com D., fomentaram observações que possibilitaram a confirmação de hipóteses acerca dos modos de funcionamento do paciente. Assim, tornou-se possível refinar as demandas terapêuticas e delimitar objetivos para os atendimentos, organizando estes em um planejamento terapêutico que foi sendo, sempre que necessário, atualizado ao longo do acompanhamento clínico de D.. Todos os remanejamentos subsequentes foram possibilitados à partir de observações realizadas durante as sessões, reuniões de supervisão e fortalecimento do vínculo terapêutico. Desse modo, observaram-se, inicialmente, demandas comportamentais, cognitivas, psicológicas e de sociabilidade, explicitadas no quadro a seguir:

Quadro 2 – Demandas terapêuticas atribuídas a partir da Avaliação do Caso

Dimensão comportamental	Comportamentos hipersexualizados, comportamentos desafiadores, comportamento quebrador de regras, hiperatividade, comportamentos agressivos
Dimensão cognitiva	Prejuízos na capacidade de comunicação, dificuldades ativas, dificuldades de aprendizagem, ritmo cognitivo lento
Dimensão psicológica	Crenças de desamparo e desamor, problemas de estresse e desregulação emocional
Dimensão social	Prejuízos nas habilidades sociais e de vinculação

Fonte: Dados do estudo de caso

Desse modo, foi possível desenvolver o planejamento psicoterapêutico do paciente. Como supracitado, o processo terapêutico, tal como os atendimentos e reuniões com outros

agentes da rede de apoio e cuidados de D., colaboraram para que novos rumos fossem tomados sempre que necessário. Friedberg e McClure (2019), ao postular sobre a prática clínica da TCC com crianças e adolescentes, apontam uma série de componentes importantes no desenvolvimento da formulação de caso, como será melhor discutido no próximo capítulo. Para este, é válido ressaltar que os autores citam diversos instrumentos psicológicos, apontando a relevância de dados de testes para avaliar o caso e conceitualizá-lo. O caso de D., no entanto, até o momento desse estudo, evidenciou desafios claros para a aplicação de outros inventários, escalas ou testes projetivos, por exemplo. Desse modo, apenas o CBCL foi utilizado como fonte de dados de testes.

No último ano, D. recebeu atendimentos de duas outras profissionais que atuam também na promoção de saúde mental. Estas foram uma psiquiatra, por quem tem sido acompanhado no Sistema Único de Saúde (SUS), e uma estagiária em neuropsicologia, que realizou sua avaliação neuropsicológica a partir do Núcleo de Ações e Reflexões em Neuropsicologia (NARN), também do Serviço-Escola de Psicologia da UFRRJ. Os resultados, no entanto, não serão considerados como dados para a presente análise, uma vez que foram realizados por outros profissionais e estão sob o domínio da instituição de acolhimento na qual reside D.. Para este estudo, o aspecto enfatizado é que, dado o contexto de acompanhamento psicoterapêutico, o LEVICA teve acesso a informações dessas avaliações a partir de informações passadas compartilhadas na rede de cuidado do paciente. Nesse contexto, evidenciou-se os desafios também na avaliação neuropsicológica. Ao término, o laudo apontou, principalmente, dados qualitativos e é possível afirmar que da bateria de instrumentos psicológicos selecionados, apenas um foi, de fato, aplicado.

Sendo assim, o modo de funcionamento de D. inviabilizou, na etapa de avaliação, que mais dados de testes pudessem ser considerados. O perfil hiperativo, as crises de desregulação emocional, os comportamentos desafiadores, as dificuldades nas interações com figuras de autoridade, o estresse causado por atividades que remetem à escola e os déficits na comunicação e pensamento evidenciaram uma união de aspectos desafiadores. Esses aspectos associaram-se às necessidade de traçar um plano de atendimentos e efetivamente dar continuidade ao processo terapêutico. Diante disso, foi indispensável, em meio a tantas demandas e desafios, organizar as prioridades de cada momento e, por isso, convencionou-se aplicar apenas o CBCL. Nessa perspectiva, os dados qualitativos evidenciaram-se como essenciais. Assim, a observação realizada nas sessões, os relatórios de atendimento e os apontamentos fruto das reuniões de supervisão, foram peças fundamentais no processo

avaliativo de D., dada a escassez da possibilidade de dados de testes psicológicos consistentes na conjuntura.

6.2.2 Conceitualização Cognitiva

Judith Beck (2022) define a conceitualização cognitiva como fundamento da terapia cognitivo-comportamental (TCC). Acrescenta ainda que desse modo, obtém-se estrutura para o tratamento, uma vez que ajuda a possibilitar o planejamento deste, escolhendo intervenções apropriadas nesse percurso, além de “entender os clientes, seus pontos fortes e pontos fracos, suas aspirações e desafios” (Beck, 2022, p.25). Na linha de estágio do LEVICA, uma das abordagens para o atendimento clínico é a TCC (Peixoto, 2024), e esta serviu como pressuposto teórico para o desenvolvimento da conceitualização de caso de D., sendo esta imprescindível para o processo terapêutico do paciente.

Ao formular o caso de um paciente, a fim de estruturar seu tratamento, consideramos aspectos de seu funcionamento psicológico para possibilitar essa elaboração. A TCC postula que a conceitualização é construída desde o primeiro contato com o cliente e aprimorada a cada contato posterior. Isso se dá a partir da confirmação, rejeição ou modificação de hipóteses baseadas nas informações, pouco a pouco, compartilhadas com o terapeuta (Beck, 2022). Através do registro de pensamentos automáticos, sendo estes “verdadeiras palavras ou imagens que passam pela mente de um cliente em determinada situação” gerando angústias ou comportamentos disfuncionais (Beck, 2022, p.279) e da compreensão de crenças – ideias ou entendimentos sobre si, o outro e sobre seu mundo – intermediárias e centrais, sendo as últimas mais rígidas que as primeiras (Beck, 2022), torna-se possível construir a conceitualização.

Há um consenso nas literaturas da TCC quanto à importância da coleta de informações das mais variadas dimensões da vida do paciente. Judith Beck (2022), por exemplo, discorre sobre a identificação do cliente, sua queixa principal e sintomas, o estado mental no qual se encontra, possíveis diagnósticos, medicações psiquiátricas e tratamentos atuais, relações significativas e diversos aspectos de sua história. Especificamente no que diz respeito à prática clínica com crianças e adolescentes, Friedberg e McClure (2019) apontam a importância de uma investigação que busque também informações sobre problemas apresentados, dados de testes, variáveis do contexto cultural, história pessoal e marcos do desenvolvimento, relacionamentos familiares, escola, relacionamentos entre colegas, tratamentos prévios, uso de substâncias, variáveis cognitivas e antecedentes e consequências

comportamentais. Entretanto, na psicoterapia com crianças acolhidas institucionalmente, a obtenção de informações suficientes e consistentes para fundamentar a formulação de caso revela-se um desafio, como mencionado anteriormente (consultar capítulo 6.1).

Com o histórico de vida de D., associado ao problema geral e à avaliação, foi possível, a partir do contato com o paciente, desenvolver sua conceitualização de caso. Ao longo do processo terapêutico, no entanto, foram evidenciados alguns desafios para a elaboração da formulação em questão. As limitações na comunicação apresentadas por D., por vezes, apresentaram-se como um obstáculo para que as conversas fossem possíveis durante os atendimentos. É possível que essa limitação seja fruto do processamento cognitivo lentificado, como apontado pelo resultado do CBCL e/ou pela ausência de um vínculo terapêutico consistente no início dos atendimentos. Há de se considerar a fragilidade da capacidade de vinculação, típica de indivíduos acolhidos, dado o histórico de quebra de vínculo ao qual estas costumam ser submetidas (Lemos et. al., 2017). Além disso, havia ainda as dificuldades de mediar os comportamentos desafiadores e agressivos de D., que anterior ao estabelecimento de uma relação terapêutica favorável, eram, praticamente, irremediáveis, como aponta o fragmento retirado de um dos relatórios de atendimento do paciente:

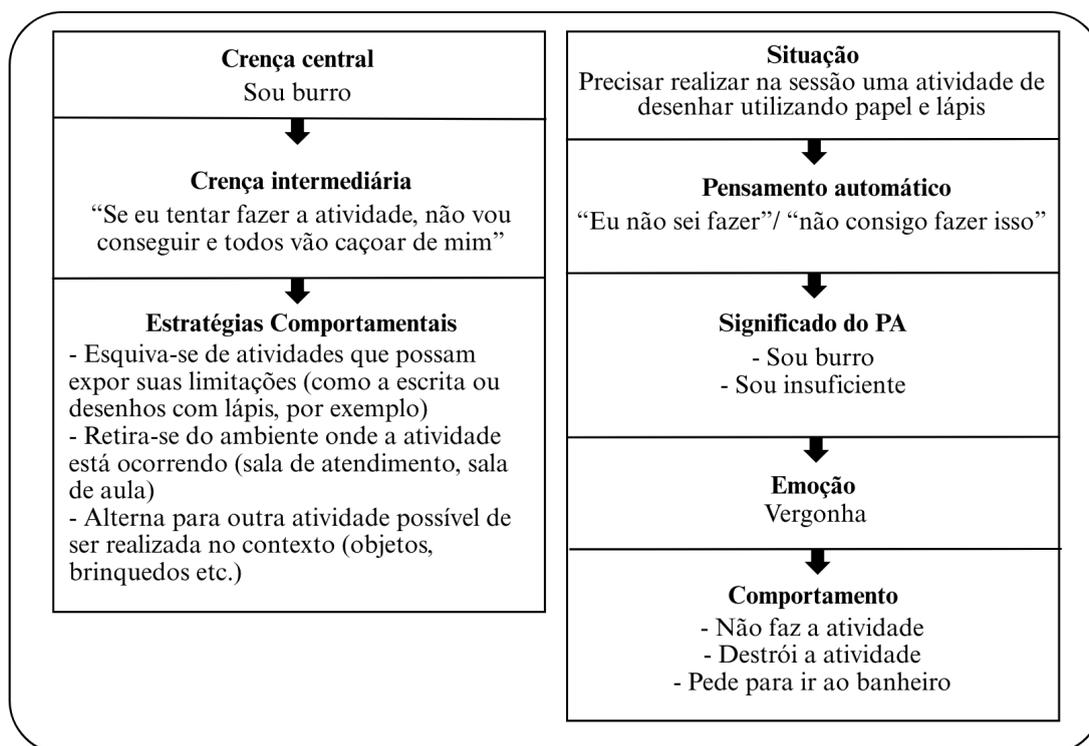
Fui com D. até a parte da sala onde as regras haviam sido coladas na parede a fim de mostrar a ele que elas estavam sendo quebradas e que isso impediria sua permanência na sala. A dificuldade de perceber e respeitar limites ficou muito evidente nessa situação. Todavia, insisti o máximo possível na permanência do mesmo no consultório. O paciente pediu, em determinado momento, “mais uma chance”, entretanto, logo depois tornou a apresentar os comportamentos de desobediência. Segui assim enquanto foi possível, mas, mediante a dificuldade de contornar seus comportamentos e prosseguir com a sessão, precisei liberá-lo, terminando o atendimento cerca de trinta minutos antes do esperado. (Relatório de Sessão nº 5, 21 mai 2024)

O teste de hipóteses abordado por Beck (2022) no processo de formulação, evidenciou-se com uma dificuldade, considerando as limitações comunicativas de D., anteriormente abordadas. Isso porque, comumente as perguntas feitas não obtêm respostas na dinâmica com o paciente, ou então são abruptamente cortadas por outros assuntos. No entanto, o fortalecimento da relação terapêutica, em associação com um estudo aprofundado dos padrões comportamentais, emocionais e cognitivos de D. foram fundamentais para que fosse possível planejar atendimentos personalizados e condizentes com ele.

Apesar de, no início do processo terapêutico, D. não possuir nenhuma avaliação psicológica detalhada, foi indispensável realizar estudos sobre intervenções psicoterapêuticas com pacientes que tinham transtornos como TDAH ou TOD. Isso porque, apesar de não haver um laudo, havia semelhanças no modo de funcionamento de D. e no perfil descrito pelas literaturas que abordam os transtornos. Viana e Martins (2022), em revisão integrativa sobre o TOD discorrem sobre o temperamento impulsivo, desafiador, a intolerância a frustrações e inabilidade no manejo social, muitas vezes associados a perda frequente de paciência, alta irritabilidade, comportamento agressivo, impulsividade, ansiedade, teimosia constante, impaciência, hostilidade e forte descontrole emocional, como manifestações comuns no transtorno. Já Paula e Mognon (2017) apontam a tríade característica de sintomas do TDAH, sendo estas a desatenção, hiperatividade e impulsividade. Acerca disso, Friedberg e McClure (2019) apontam a importância da conceitualização cognitiva ser capaz de propor o uso de materiais psicoeducativos que dialoguem com as particularidades e habilidades do paciente. Nesse sentido, a leitura desses e de outros materiais sobre as temáticas objetivaram aprofundar a compreensão sobre os meios de intervenção efetivos no atendimento de D..

Assim, a ludicidade evidenciou-se como uma alternativa para as limitações nas trocas terapeuta-paciente. Acerca do perfil hiperativo, uma vez que atividades muito estruturadas e com muitas etapas não possuíam a capacidade de reter sua atenção e mantê-lo motivado, foi indispensável adaptar as sessões de modo que fosse possível alternar entre mais de uma brincadeira ou atividade, sem isso conferir um risco para o objetivo do atendimento. Paula e Mognon (2017) ao discorrer sobre a aplicabilidade da TCC no TDAH, enfatizam a indispensabilidade da estruturação das sessões com crianças serem atrativas e criativas, dispondo de estratégias lúdicas. Assim, notou-se que esses reajustes e maior flexibilidade aumentaram a motivação de D., favoreceram a relação terapêutica e beneficiaram as interações que possibilitaram o desenvolvimento de sua conceitualização. As Figuras 1 e 2 consistem nos diagramas da conceitualização de caso do paciente, estes foram desenvolvidos e atualizados ao longo dos 14 meses de atendimento nos quais o presente estudo se baseou.

Figura 2 - Diagrama 1 de Conceitualização de Caso



Fonte: Dados do estudo de caso

A partir de falas como “eu não consigo fazer isso” (relacionado a atividades das sessões), “eu não sei fazer”, “tenho medo da escola”, “eu não sou esperto”, evidenciaram-se pensamentos automáticos (PAs) importantes para que os primeiros passos da conceitualização de caso pudessem ser dados. Compreendendo que os PAs expressam palavras ou imagens que passam pela mente diante de situações que geram angústia ou comportamento inútil (Beck, 2022), foi imprescindível compreender como estes refletiam as crenças de D.. Para isso, foi necessário garantir uma observação minuciosa no contexto dos atendimentos. Desse modo, as demais associações que ilustram a Figura 1 foram possibilitadas. Um aspecto relevante é que a crença nuclear “eu sou burro” se relaciona intimamente com o contexto escolar, uma vez que este expõe, constantemente, o paciente a situações em que se sente incapaz. Isso se associa aos resultados observados no CBCL, que evidenciou que D. apresenta consideráveis rebaixamentos no que tange o aspecto escolar – faixa clínica abaixo do 3º percentil para a escala Escola –.

Durante o período em que realizou a avaliação neuropsicológica, a estagiária do NARN, também graduanda da UFRRJ, mencionou o evidente desconforto associado a disregulações emocionais que o paciente demonstrava quando os instrumentos avaliativos

utilizados utilizavam folhas e lápis. Esse apontamento despertou a percepção de que no *setting* terapêutico a realidade não era diferente. Por isso, em situação semelhante, ao ser questionado sobre seu comportamento frente a atividades em que precisava desenhar ou pintar, o paciente evidenciou que evitava realizar a tarefa por se sentir envergonhado – o que apontou, de acordo com análise clínica, suas limitações no aspecto da aprendizagem. Assim, a crença “eu sou burro” foi associada à emoção vergonha e evidenciando a forma como tanto a escola, quanto atividades escolares, costumavam o desregular.

Judith Beck (2022), ao postular sobre as crenças nucleares, discorre sobre crenças negativas disfuncionais sobre si. Dentre estas estão desamparo, desamor e desvalor:

Quadro 3 - Categorias de crenças negativas disfuncionais

Desamparo	Ser ineficiente – ao fazer as coisas, na autopercepção e /ou ao se equiparar a outras pessoas
Desamor	Ter qualidades pessoais que resultam em uma incapacidade de receber e manter amor e intimidade dos outros
Desvalor	Ser um pecador imoral ou perigoso para os outros

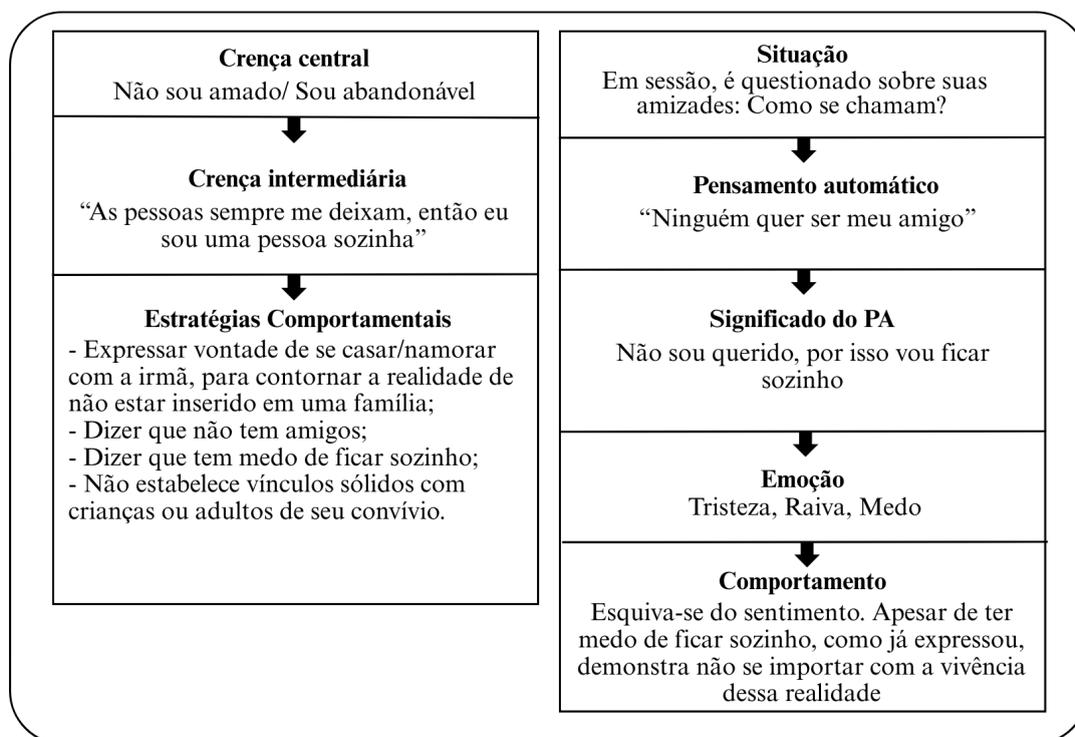
Fonte: Beck, 2022

Nota-se, nessa perspectiva, que a crença “eu sou burro” de D., pode ser categorizada como uma crença nuclear negativa disfuncional de desamparo. Segundo Beck (2022), é compreensível que pessoas que experienciaram ambientes físicos ou interpessoais perigosos tenham crenças mais negativas, tal como o paciente. Diante disso, fomentou-se a necessidade de compreender e fortalecer suas crenças positivas e, posteriormente, enfraquecer as crenças negativas (Beck, 2022), tal como aponta a literatura.

D., no entanto, ainda não explicitou PAs ou outros aspectos capazes de evidenciar suas crenças positivas, assim, o rumo dos atendimentos baseou-se no enfraquecimento das crenças negativas e na descoberta conjunta de potencialidades e, posteriormente, crenças positivas. Com isso, compreende-se que o diagrama presente na Figura 1 redirecionou a forma como as sessões e atividades eram planejadas. Nessa perspectiva, foi possível compreender que os comportamentos externalizantes de D. no contexto escolar eram fruto, inclusive, de uma maneira desadaptativa de lidar com sua ativação emocional negativa no ambiente estressor que, nesse caso, é a escola. A formulação em questão foi abordada no estudo de caso realizado com a equipe técnica da casa de acolhimento e as profissionais que

acompanham o caso do infante na Vara da Infância e da Juventude tiveram, com isso, conhecimento desse aspecto. Além da crença de desamparo, o processo terapêutico também evidenciou a crença negativa de desamor.

Figura 3 - Diagrama 2 de Conceitualização de Caso



Fonte: Dados do estudo de caso

Em determinados atendimentos, o paciente também proferiu frases como “tenho medo de ficar sozinho”, “não tenho amigos”, “fulano é meu inimigo” e “eu vou me casar com minha irmã”. Essas frases foram registradas e, posteriormente, classificadas como a expressão do medo que D. sentia de ficar sozinho. Esse sentimento, possivelmente está atrelado ao histórico de abandono e sucessivas desvinculações de contextos familiares que vivenciou. Beck (2022), ao exemplificar a crença de desamor cita a frase “certamente serei rejeitado, abandonado e ficarei sozinho”, que abarca adequadamente as falas de D. supracitadas, apontando para uma crença central que reflete o sentimento de incapacidade de receber e manter amor dos outros (Beck, 2022). Na vida do paciente de 8 anos, essa crença reforça constantemente suas inseguranças relacionais e complexifica sua capacidade de vinculação. Há riscos evidentes para o desenvolvimento de uma criança que tem dificuldades de se vincular, uma vez que a dimensão afetiva é parte inerente das relações humanas

(Siqueira; Dell’Aglío, 2006). Por isso, a compreensão da crença nuclear negativa de desamor foi fundamental para entender as inseguranças de D., tal como acolher suas vulnerabilidades.

Semelhantemente, a Terapia do Esquema (TE), ao postular sobre a conceituação do esquema desadaptativo inicial de abandono, aponta que ele leva o indivíduo a acreditar que “as pessoas mais próximas ou confiáveis irão abandoná-lo de modo imprevisível, deixando-o completamente sozinho” (Reis, 2019). Com isso, considerando os aspectos comuns entre a crença de desamor e o esquema de abandono, Reis (2019), ao discorrer sobre a TE com crianças e adolescentes, aponta a necessidade que precisa ser suprida, nesse cenário, sendo esta a vinculação a uma figura de apego emocional estável e previsível, considerando que anteriormente, houve essa falta. Por isso, compreender que uma das demandas para o atendimento de D. era a reparentalização do mesmo, ocupando esse papel de figura capaz de suprir uma necessidade emocional – sem ultrapassar os limites da relação terapêutica –, evidenciou-se como um aspecto positivo para a relação terapêutica e curso dos atendimentos.

6.3 Intervenção

A partir das demandas terapêuticas compreendidas na entrevista de anamnese, foi iniciado os atendimentos objetivando a construção de vínculo, a psicoeducação sexual e a psicoeducação das emoções. Com a avaliação diagnóstica, as demandas se ampliaram, de modo que foi imprescindível definir quais eram as prioridades nesse novo cenário. É válido mencionar que à medida que a rede envolvida nos cuidados do paciente estreitou os canais de comunicação e troca, se tornou possível definir os objetivos mais urgentes. Em casos complexos como o de D., é indispensável que o terapeuta estabeleça um plano de ação. Uma analogia possível é que ao organizar uma casa com muitos itens fora do lugar, é indispensável concentrar-se em um cômodo por vez, e em cada cômodo, guardar um item por vez. Diante de um caso com muitas demandas, é essencial definir qual delas é indispensável para que as demais sejam, posteriormente, tratadas. Beck (2022), semelhantemente, postula que se desenvolve uma estratégia geral e também um plano específico para cada sessão. A partir desse pressuposto, foi necessário considerar as necessidades mais urgentes de D. e, posteriormente, planejar as sessões.

Decerto, a dinâmica escolar do paciente foi um fator muito enfatizado ao longo do processo interventivo. D. apresentava comportamento disruptivo, hiperativo e agressivo no contexto. Por vezes a instituição de acolhimento foi notificada da dificuldade em lidar com o mesmo no ambiente escolar. É indispensável mencionar que esses padrões se apresentavam

também nos contextos de acolhimento e psicoterapia. O modo de funcionamento de D. mostrou-se exponencialmente desafiador. Com isso, a instituição de acolhimento em associação com a Vara da Infância e da Juventude, solicitou o encaminhamento do mesmo para uma consulta psiquiátrica e, nesse cenário, houve a prescrição de um antidepressivo, um antipsicótico e um remédio para tratar sintomas de TDAH. Apesar da melhora frente à administração dos fármacos, é necessário pontuar que esta também foi relacionada a efeitos colaterais que corroboram para alterações no modo de funcionamento de D. em diferentes momentos.

Diante desses aspectos, o paciente demonstrou uma conduta ainda mais agressiva e intensas crises de desregulação emocional, o que culminou, inclusive, em episódios de agressão física à presente estagiária. Esse cenário apontou para a indispensabilidade de trabalhar a regulação emocional de D.. Silva e Pessôa (2025) conceituam a regulação emocional como uma ferramenta importante para a adaptação dos indivíduos aos variados contextos sociais nos quais estão inseridos e, segundo as autoras, esta tem estágios de amadurecimento ao longo do desenvolvimento da criança. Enfatizam que inicialmente quem exerce a função reguladora da criança são seus cuidadores principais, sendo estes, seu maior referencial nessa etapa de maior imaturidade da cognição. Desse modo, a ausência dessa figura pode ocasionar o desenvolvimento de estratégias inadequadas de regulação emocional, tal como no caso de D.. Nessa perspectiva, observar o aumento da frequência e intensidade dos episódios de crise do paciente apontaram para a necessidade de repensar o curso do plano terapêutico que, até então, estava focado em intervenções para o tratamento dos comportamentos externalizantes e internalizantes deste. O empenho destinado ao caso nas reuniões de supervisão do LEVICA proporcionaram relevantes apontamentos da psicóloga supervisora de estágio, que enfatizou a importância de focar no trabalho de regulação emocional, tendo esta como principal demanda na ocasião.

Dados de pesquisas recentes afirmam que a regulação emocional tende a predizer 49% a 90% do desempenho escolar (Costa & Fleith, 2019 apud Silva; Pessôa, 2025). Em sua revisão integrativa sobre regulação emocional infantil, Silva e Pessôa (2025) correlacionam também os prejuízos nessa capacidade à maior probabilidade de exposição infantil a situações de abuso sexual. Nota-se que os aspectos em questão se relacionam intimamente com o caso de D.. Deste modo, compreender a complexidade inerente aos déficits na habilidade de regular-se emocionalmente, evidenciou a questão como a demanda que deveria ser o principal foco dos atendimentos. Isso porque, apesar de compreender a necessidade e urgência de demandas como déficits atentos, hiperatividade, comportamentos disruptivos e exposição

sexual precoce, compreendeu-se, a partir da análise do caso e raciocínio clínico, que enquanto D. não tivesse aparato cognitivo que o tornasse capaz de regular-se mediante situações adversas, seria um desafio ainda maior trabalhar suas outras questões. Com isso, as sessões do último período de atendimento (de março a junho de 2025) focaram em fornecer estratégias mais adaptativas para D. lidar com suas crises de desregulação. O quadro abaixo ilustra tanto o percurso psicoterapêutico de cada atendimento individual, quanto às estratégias utilizadas em cada um, considerando a importância da ludicidade e criatividade essencial ao tratamento de crianças com perfil hiperativo e desatento como o de D..

Quadro 4 - Objetivos e Estratégias das Sessões

Sessão	Objetivos Terapêuticos	Principais Estratégias Utilizadas
1-2	Construção de Vínculo	O brincar; Desenho
3-5	Psicoeducação Sexual e/ou Fortalecimento de vínculo	- Literatura infantil: “Pipo e Fifi: Ensinando proteção contra violência sexual” (de Caroline Arcari) - Rotina de sessão (impressa, fixada na parede) - Audiovisual “Privado Público – Que corpo é esse?” (YouTube)
6-9	Psicoeducação das emoções	- Audiovisuais do YouTube sobre as emoções básicas (alegria, tristeza, medo, raiva e nojo) e pensamento - Recurso Mapa de Rostos (impresso) - Tinta guache - Recorte e colagem
10-12	Conhecer e trabalhar aspectos da história de vida e eventos traumáticos do paciente através da construção de um livreto sobre ele	- Construção de livreto - Fantoques - Baralho de emoções
13	Psicoeducação das emoções	- Recorte e colagem
24/7 - 27/8/24	<i>Recesso entre períodos letivos</i>	<i>Recesso entre períodos letivos</i>
14	Compreender aspectos de sociabilidade	- Audiovisual “O que é amizade? De Criança Para Criança” (YouTube) + Desenho
15	Compreender aspectos de sua vivência escolar	- Livro infantil “O Monstro dos Problemas”, de Cynthia Moura
16	Sessão conjunta com a estagiária em Avaliação Neuropsicológica que o avaliou. Atendimento para criação de vínculo	- Uno
17	Psicoeducação das emoções: manejo da raiva	- Livro “Eu fico irada!”, de Sandra Feder - Massinha de modelar

Sessão	Objetivos Terapêuticos	Principais Estratégias Utilizadas
18	Trabalhar a ideia de escala e mensuração com D., buscando caminhos para aplicação de Escala de Estresse	- Uno - Escala impressa de poucos níveis de mensuração; objetivo: mensurar aspectos da brincadeira; - Giz de cera, massinha de modelar
19	Psicoeducação das emoções: vergonha	- Livro infantil “Edgar, venha jogar!”, de Debby Carman - Capa de herói
20	Trabalhar controle inibitório (recurso para)	- Jogo de perguntas/dilemas sobre situações sociais - Técnica de respiração: bolhas de sabão
21	Psicoeducação da emoção raiva	- Audiovisual (YouTube)
22	Psicoeducação das emoções	- Recurso; Musicalidade; playlist
23	Trabalhar noções de comportamentos “bons”, “perigosos” e “ruins”	- Recurso: Semáforo de comportamentos – no entanto, não o paciente desregulou-se intensamente e não houve sessão
24	Trabalhar reações emocionais frente a situações estressoras	- Técnica vivencial: experienciando emoções a partir de situações narradas - Baralho das emoções
25	Encerramento do período	
<i>11/12 - 19/3/24</i>	<i>Recesso entre períodos letivos</i>	
26-30	Psicoeducação das emoções (ênfase na raiva): Regulação emocional	- Livro “Breno, o esquentadinho”, de Mailza Barbosa - Caixa de brinquedos - Contação de histórias - Audiovisual + registro de emoções sobre cenas do vídeo
31	Identificação lúdica dos modos esquemáticos	Recurso audiovisual: primeiro episódio de Naruto
32-33	Trabalhar a regulação emocional	- “Quem ocupa esse espaço pra mim?”: Imagens impressas da fachada dos contextos do paciente + Jogo Lúdico de Rostos - Fantoches
34	Compreender como o paciente tem se adaptado ao novo contexto escolar	- Lúdico: pouca estrutura e objetivo bem definido - Mini quadro negro, giz e Uno
35	Rememorar noções trabalhadas ao longo do processo terapêutico: limites, regras, figuras de autoridade e regulação emocional	- Audiovisual de melhores momentos da Final da Libertadores - 2019 (YouTube) - Analogia com futebol - Pintura com tinta guache
36	Fechamento e devolutivas: breve retrospectiva do processo terapêutico	- Audiovisual; corte do filme “O Pestinha” (1990)

Fonte: Elaboração pessoal

O processo psicoterapêutico de D. se mostrou complexo, dadas as diversas demandas presentes no caso. Diante disso, estabelecer um plano terapêutico estruturado ou uma linha do tempo consistente foi um desafio. Os 14 meses de atendimento que originaram esse estudo de caso, apontam para alguns desafios, tal como mencionado anteriormente. No entanto, é imprescindível apontar os reflexos positivos percebidos no modo de funcionamento do paciente quando comparado ao início do tratamento.

A partir do trabalho de psicoeducação das emoções, muito baseado na bibliografia de Friedberg e MccLure (2019), evidenciou-se a maneira como D. tem demonstrado uma maior autopercepção de suas emoções e, diferentemente das primeiras sessões em que só abordava a emoção alegria, tem se mostrado capaz de comunicar quando está com raiva ou triste. Nas últimas sessões, este, por vezes, expressou seus limites em dias de maior instabilidade emocional, solicitando para encerrar o atendimento mais cedo ou comunicando não estar bem. Nota-se também que D. reconhece a função da psicoterapia, tal como da terapeuta, depositando e verbalizando no *setting* suas expressões emocionais. O que aponta diretamente para o caráter fundamental do desenvolvimento e fortalecimento da relação terapêutica. Friedberg e McClure (2019), ao discorrer sobre a prática da TCC com crianças, descrevem o relacionamento terapêutico enfatizando que terapeutas e crianças são “verdadeiros parceiros na jornada terapêutica” (p.35). Desse modo, é indispensável ressaltar como os saldos positivos do tratamento de D. até o presente momento se configuram como fruto dessa parceria.

Um fator determinante para o melhor desenvolvimento dos atendimentos foi a melhora na capacidade do paciente em compreender limites e regras no contexto terapêutico, uma vez que inicialmente era muito difícil mediar seus comportamentos desafiadores pois, por vezes, D. quebrava regras logo após recebê-las. A exemplo disso, é possível citar um fragmento retirado de um dos últimos relatórios de atendimento:

“Ainda mantém comportamentos desafiadores e de oposição, mas é notável que atualmente há uma maleabilidade maior, ou seja, tem sido mais difícil contornar esse tipo de situação. No entanto, é importante – e tenho buscado – evitar ao máximo um nível de desregulação entre o “simples e facilmente contornável” e o “intermediário”, pois quando D. chega no segundo ponto, sua desregulação escala rapidamente e então torna-se, praticamente impossível (na atual conjuntura), mantê-lo regulado e dar continuidade ao atendimento”. (Relatório de sessão nº 35 - 11 jun 2025)

No que tange ao manejo dos comportamentos desafiadores de D., foi indispensável considerar literaturas sobre crianças disruptivas e psicoterapia com pacientes Transtorno desafiador opositivo (TOD). A postura adotada durante as sessões foi fundamental, transpassando consistência nos limites definidos para o ambiente, tal como Friedberg e McClure (2019) postulam ao tratar a temática de práticas clínicas com crianças e adolescentes disruptivos. Dois aspectos abordados pelos autores foram fundamentais nesse contexto, sendo estes: o estabelecimento e imposição de limites claros e o reforço positivo. Ouvir “nãos”, comumente, desregulava o paciente, principalmente no início de seu processo terapêutico. Além disso, repreendê-lo em um contexto de desregulação emocional, por vezes, intensificou a crise. Diante disso, a evitação de reforços negativos como os mencionados, e a substituição destes pela ausência de reforço em situações de desestabilização foi uma das estratégias utilizadas. Por exemplo, mesmo que uma lição de moral diante de um comportamento desafiador pareça ser a melhor alternativa, ela apenas fomenta maior desregulação, reforçando, mesmo que de modo negativo, a continuidade do comportamento. Em situações como essa, a ação mais efetiva demonstrou ser uma pausa nas interações com o paciente, evitando maior estimulação em situação de crise. Além da ausência de reforço, Friedberg e McClure apontam para a eficácia de reforços positivos, ou seja, para além de punições frente a desobediências, os autores enfatizam o caráter positivo de elogiar comportamentos positivos.

Em associação ao reforçamento positivo, foi indispensável estabelecer limites e explicitá-los a D., tal como as consequências de não corresponder a estes, pois para ser claro com o paciente é dever do psicólogo definir, previamente, os limites (Friedberg; McClure, 2019). Assim, uma das etapas de intervenção do caso, foi definir e compartilhar com o paciente as regras do ambiente terapêutico. Inicialmente, foi necessário confeccionar a ilustração de regras e fixá-las na parede do consultório. Além disso, D. também precisou compreender que quebrar as regras trazia consequências, que iam desde perder pequenos benefícios no atendimento, até a necessidade de encerrar a sessão antes do tempo estipulado de 1 hora. Esta última, estava relacionada, principalmente, a comportamentos de risco, nos quais o paciente tentava contra sua própria integridade física ou contra a da terapeuta. Assim, colocar-se em risco ou agredir fisicamente a presente estagiária, sem ceder às repreensões, culminava nos desdobramentos supracitados .

O processo terapêutico evidenciou ainda as potencialidades de D., confirmando o apontamento da assistente social que foi a informante na entrevista de anamnese e o descreveu como um menino afetuoso. O fortalecimento da relação terapêutica fez com que

D., diferentemente do início dos atendimentos, demonstrasse comportamentos de gentileza e empatia. Se o início do processo terapêutico foi marcado por insultos como “chata”, ao término foi fundamental ouvi-lo proferir elogios e pedidos de desculpas. D. se mostrou capaz de demonstrar vulnerabilidades que outrora foram escondidas frente à crença negativa de desamor que, por vezes, o leva a compreender-se, mesmo que não conscientemente, como incapaz de desenvolver e manter relações funcionais com o outro (Beck, 2022). D. tem bom senso de humor e mantém preservada a capacidade de fantasiar. Inclusive, por vezes foi habilidoso em conjecturar uma realidade diferente de todas as que viveu. Nelas este tinha uma casa arrumada, uma geladeira cheia e uma família que geralmente era aquela que o gerou. Inclusive, os apontamentos acerca dos genitores como figuras de cuidado, possivelmente se referiam a uma maneira de lidar com o trauma da negligência e abandono.

Por fim, considerando uma das quatro diretrizes para a relação terapêutica postuladas por Beck (2022), foi indispensável, no que tange a conduta da presente estagiária, compreender a indispensabilidade de manter expectativas razoáveis tanto para o paciente, quanto para si mesma. Isso porque, por vezes, lidar com um caso complexo que demanda constantemente o aperfeiçoamento do terapeuta, pode ser um desafio. No que tange às crenças do profissional, e como o manejo clínico o atravessa, este pode experimentar a sensação de fracasso ou insuficiência, uma vez que os avanços nem sempre são evidentes ou o processo em si é mais extenso e complexo do que o esperado. Nesse cenário, no que tange o caso de D., o suporte da equipe de supervisão foi fundamental, proporcionando, inclusive, a compreensão de que nem sempre o processo terapêutico começa e termina com um mesmo profissional, sendo este, por vezes, uma etapa de um processo mais longo. Desse modo, Sei e Paiva (2011) apontam que a formação do terapeuta constitui-se como algo a ser cuidado, discorrendo sobre o espaço da supervisão ser, dentre outros, um lugar de respeito e acolhimento das angústias do estagiário. As autoras afirmam que num contexto funcional de acolhimento a identidade profissional poderá se desenvolver “a partir de um efetivo pensamento autônomo” (Sei; Paiva, 2011).

Diante disso, o processo de intervenção do caso até o momento do presente estudo baseou-se em uma ativa busca de informações qualitativas e bibliografias capazes de orientá-lo frente às diversas demandas. Além disso, unir esforços com a rede de cuidados do paciente colaborou intimamente para o desenvolvimento da terapia. D. começou a apresentar importantes avanços no contexto psicoterapêutico, evidenciando a eficácia da TCC no tratamento de crianças vítimas de violências e negligências.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência intrafamiliar configura-se como um fenômeno complexo, considerando que são perpetradas por figuras que deveriam proteger, geralmente os cuidadores principais. Delanez (2012) aponta que todos os tipos de violência intrafamiliar são graves e perpetuam efeitos na vida das crianças, sejam estas psicológicas, físicas, sexuais ou negligências. Laguna (2021) aponta que vítimas de violência sexual, especificamente, podem apresentar sequelas físicas, psicológicas e apresentar prejuízos no desenvolvimento. O presente estudo de caso mostrou-se capaz de trabalhar múltiplos desdobramentos dos impactos causados pela exposição precoce à violências e negligências, tal como apontam as literaturas acerca da temática da violência intrafamiliar.

O paciente atendido pelo LEVICA, a qual deu origem ao estudo, em consonância com os pressupostos teóricos aqui abordados, foi avaliado e, nesse contexto, apresentou comportamentos hipersexualizados, comportamentos desafiadores, comportamento quebrador de regras, hiperatividade e comportamentos agressivos, evidenciando prejuízos na dimensão comportamental. Na dimensão cognitiva foram apontados prejuízos na capacidade de comunicação, dificuldades ativas, dificuldades de aprendizagem e ritmo cognitivo lento. Crenças de desamparo e desamor, problemas de estresse e desregulação emocional demonstraram os desdobramentos na esfera psicológica do paciente. Além disso, evidenciaram-se também déficits na dimensão social, sendo estes prejuízos nas habilidades sociais e de vinculação.

O manejo clínico foi aperfeiçoado à medida que os modos de funcionamento de D. foram sendo compreendidos ao longo do processo terapêutico. Isso dialoga diretamente com a afirmativa de Beck e colaboradores (2011 apud Friedberg; McClure, 2019) ao discorrer sobre a formulação de caso ser “um processo dinâmico e fluido”. Contudo, destacaram-se as estratégias de intervenção lúdicas, as sessões flexíveis com objetivos bem definidos e a ênfase no reforço positivo. Ao final, foi indispensável estabelecer uma ordem de prioridades em relação às diversas demandas terapêuticas, o que culminou no foco em trabalhar a capacidade de regulação emocional de D., tal como reparentalizá-lo. Após 36 sessões, é indispensável mencionar que o paciente demonstrou avanços em seus modos de funcionamento no contexto terapêutico, tal como em sua capacidade de vinculação. A melhora na capacidade de comunicação e externalização de sentimentos evidenciam saldos positivos desse processo

Sobre as limitações deste trabalho, decerto enfatiza-se os desafios no estabelecimento do trabalho em rede. Compreende-se que para o acompanhamento de um caso complexo como o de D., tal como possíveis frutos efetivos, demonstra-se a indispensabilidade do envolvimento de muitos agentes. Nesse sentido, o fortalecimento da rede de cuidados deste, foi fundamental em cada etapa do tratamento. No entanto, o trabalho contínuo e ampliado foi um desafio. Foi possível perceber que um contato mais próximo e frequente entre os atores dessa rede – equipe do LEVICA, técnicos e cuidadores da instituição de acolhimento, equipe pedagógica da instituição educacional, psiquiatra e profissionais da Vara da Infância e da Juventude –, proporcionaria um campo de assistência psicológica ainda mais munido de informações sobre o infante e, conseqüentemente, mais eficaz no tratamento. Nessa perspectiva, nota-se que a alta demanda em todos os setores envolvidos no cuidado complexifica a ocorrência de encontros periódicos e a comunicação. Além disso, por vezes, o distanciamento geográfico entre as partes pode ser desafiador – quando o contato presencial não é uma opção. Um exemplo é o fato da escola de D. ser distante tanto da UFRRJ, quanto da ONG, o que inviabilizou visitas mais frequentes. Isso porque, os encontros dependiam, inclusive, do alinhamento das agendas das equipes do LEVICA e instituição de ensino.

Em síntese, o presente estudo de caso, ao aprofundar-se em um arcabouço teórico acerca das temáticas referentes à violência intrafamiliar, evidenciou prejuízos de um caso real de múltiplas violências e negligências perpetradas em um núcleo familiar. Com isso, buscou propor estratégias interventivas baseadas na TCC para o manejo psicoterapêutico de casos análogos. Embora os resultados tenham apontado desafios terapêuticos significativos, os desdobramentos positivos observados ao longo do tratamento destacam a importância da intervenção especializada e da continuidade do acompanhamento psicológico para a reparação dos danos, objetivando promover um desenvolvimento saudável.

REFERÊNCIAS

ROAMA-ALVES, R. J. e AMORIM, R. M. **O Inventário CBCL/6-18 no Brasil: Revisão de Evidências de Validade e Precisão**. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, Campinas, v. 22, n. 1, p. 21503.04, 2023. DOI: 10.15689/ap.2023.2201.21503.04. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712023000100033. Acesso em: 2 jul. 2025.

BECK, Judith S.. **Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

BELSKY, Janet. **Desenvolvimento humano: experienciando o ciclo da vida**. Tradução de Daniel Bueno. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**. Educação é a base. Brasília, DF: MEC, 2017. Disponível em: <http://basenacionalcomum.mec.gov.br/>. Acesso em: 29 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde de crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia_saude_crianças_adolescentes.pdf. Acesso em: 16 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação individual violência doméstica, sexual e/ou outras violências**. Brasília. Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **81% dos casos de violência contra crianças e adolescentes ocorrem dentro de casa**. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 14 jul. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/81-dos-casos-de-violencia-contracrianças-e-adolescentes-ocorrem-dentro-de-casa>. Acesso em: 18 dez. 2024.

COLE, M.; COLE, S. R. **O desenvolvimento da criança e do adolescente**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento: painel interativo**. Brasília: CNJ, [2025]. Disponível em: <https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=ccd72056-8999-4434-b913-f74b5b5b31a2&sheet=4f1d9435-00b1-4c8c-beb7-8ed9dba4e45a&opt=currsel&select=clearall>. Acesso em: 02 jul. 2025.

CUNHA, Carolini Cássia; PORTUGAL, Francisco Teixeira. **Saberes psicológicos na construção de políticas de internação da infância (1900-1929)**. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 29, e56116, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/b3mJVydcXrHYZ4SKGHWXxjR/>. Acesso em: 22 abr. 2025.

DELANEZ G.O. **A Violência Intrafamiliar e as suas consequências no desenvolvimento da criança**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2012.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila

GALONI, L. L.; DA SILVA, K. A. A.; DE OLIVEIRA, G. R.; PEIXOTO, A. C. A. **O processo de institucionalização da infância preta em casas de acolhimento**. Mosaico - Revista Multidisciplinar de Humanidades, Vassouras, v. 13, n. 2, p. 56-64, mai./ago. 2022.

GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia; SILVA, Maria Jackeline Freitas; MENEZES, Valdenice Aparecida de. **Maus-Tratos a Crianças e Adolescentes: Um Estudo em São Bento do Una, PE, Brasil**. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, v. 8, n. 3, p. 301-307, 2008. Disponível em: DOI: 10.4034/1519.0501.2008.0083.0008

LAGUNA, Thalyta Freitas dos Santos; LEAL, Telma Garcez; LEMOS, Aline Priscila Subutzki; MEINE, Isadora Ribeiro; RIGO, Henrique Carvalho; PEREIRA, Mariana da Silva; KRUEL, Cristina Saling. **A violência sexual contra a criança e as influências no seu desenvolvimento**. Research, Society and Development, v. 10, n. 5, p. e53910515264, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i5.15264. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15264>. Acesso em: 15 maio 2025.

LEMOS, Suziani de Cássia Almeida; GEHELE, Hanna Hellena Lucavei; ANDRADE, Janete Vaz de. **Os vínculos afetivos no contexto de acolhimento institucional: um estudo de campo**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 33, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3334>. Acesso em: 30 jun. 2025.

LUNETTA, Avaetê de; GUERRA, Rodrigues. **Metodologia da pesquisa científica e acadêmica**. Revista OW, Campina Grande, v. 1, n. 2, ago. 2023. Disponível em: <https://zenodo.org/record/8240361>. Acesso em: 15 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Volume 54, Nº 08**. 2023.

MINAYO, M. C. DE S.. **Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 1, n. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., 2001 1(2), p. 91–102, maio 2001

MOREIRA, M. I. C.; SOUSA, S. M. G. **Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: do espaço privado à cena pública**. In O Social em Questão. Ano XV, n. 28, 2012. Disponível em: <<http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/2artigo.pdf>>.

MOREIRA, Maria Ignez Costa; BEDRAN, Paula Maria; CARELLOS, Soraia Dojas M. S.; PASSOS, Ana Paula Carvalho Pereira. **As famílias e as crianças acolhidas: histórias mal contadas**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 59–73, abr. 2013

NUNES, Katuscia Gomes; TONIETTO, Lauren; DIAS, Kelen; REGO, Carolina. **O impacto dos maus-tratos na infância no desenvolvimento cerebral e no funcionamento cognitivo: uma revisão**. Diaphora, v. 9, n. 3, p. 18-30, 2020. Disponível em: <https://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/241>. Acesso em: 23 nov. 2024.

OLIVEIRA, Thiago Rosa Assis de; SILVA, Roberta Barbosa da. **Práticas de Saber-Poder entre Pobreza e Negligência que se configuram na Institucionalização da Infância.** Revista Mosaico, v. 10, n. 2, p. 96-104, jul./dez. 2019

PAULA, Cleonilda de; MOGNON, Jocemara Ferreira. **Aplicabilidade da terapia cognitivo-comportamental (TCC) no tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na infância: revisão integrativa.** Cadernos da Escola de Saúde, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 76–88, 2017.

PEIXOTO, A. C. A.; SANTOS, G. A. B.; RAMALHO, G. S.; SILVA, J. G. **Da teoria à prática, da vulnerabilidade à proteção: experiências com famílias e população infantojuvenil.** In: Peixoto, A. C. A.; Naiff, D.G.M.; Silva, N.S. (Org.). Saberes em Psicologia 1ed.Curitiba: Editorial Casa, 2023, v. 1, p. 159-176

PEIXOTO, Ana Claudia de Azevedo. **Dez anos de história do Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes.** In: PIRES, Emmy Uehara; ERICEIRA, Ronald Clay; MARQUES, Valéria de Oliveira (org.). PPGPSI: uma década de contribuição à pesquisa em psicologia na Baixada Fluminense. 1. ed. Curitiba, PR: Brazilian Journals, 2024. cap. 6, p. 47–51.

REIS, Aline Henriques. **Terapia do esquema com crianças e adolescentes: do modelo teórico à prática clínica.** 1. ed. Campo Grande: Episteme, 2019. 448 p. ISBN 978-8585281038

SEI, Maíra Bonafé; GOMES, I. C. **Violência familiar, o transgeracional e a arteterapia com famílias: Aproximações.** Encontro: Revista de Psicologia, v. 11, n. 16, 2007.

SEI, Maíra Bonafé; PAIVA, Maria Lucia de Souza Campos. **Grupo de supervisão em psicologia e a função de holding do supervisor.** Psicologia: Ensino & Formação, v. 2, n. 1, p. 9-19, 2011.

SILVA, Glênio Oliveira da; OLIVEIRA, Guilherme Saramago de; SILVA, Michele Maria da. **Estudo de caso único: uma estratégia de pesquisa.** Revista Prisma, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 78-90, 2021. Disponível em: <https://revistaprisma.emnuvens.com.br/prisma/article/view/44/36>. Acesso em: 15 nov. 2024.

SILVA, Leticia Oliveira da; PESSÔA, Luciana Fontes. **Regulação emocional infantil: uma revisão integrativa da literatura brasileira.** Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 25, e73864, p. 45–59, jan./dez. 2025. DOI: 10.12957/epp.2025.73864.

SILVA, K. A. A. da; PEIXOTO, A. C. de A.; SANTOS, L. M.; BARBAZZA, N. M. R. **Uma análise sobre a transgeracionalidade da violência de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social.** REVISTA DELOS, [S. l.], v. 18, n. 67, p. e5076, 2025. DOI: 10.55905/rdelosv18.n67-085. Disponível em: <https://ojs.revistadelos.com/ojs/index.php/delos/article/view/5076>. Acesso em: 29 jun. 2025.

SIQUEIRA, Aline Cardoso; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. **O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura.** Psicologia & Sociedade, v. 18, n. 1, p. 71-80, jan./abr. 2006.

UNICEF. **Situação das crianças e dos adolescentes no Brasil**. Brasília, DF: UNICEF Brasil, 2023. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/situacao-das-criancas-e-dos-adolescentes-no-brasil>. Acesso em: 22 abr. 2025.

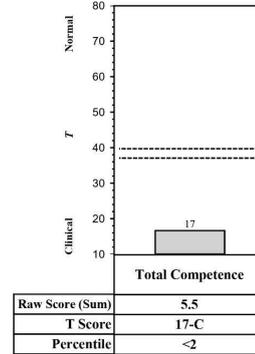
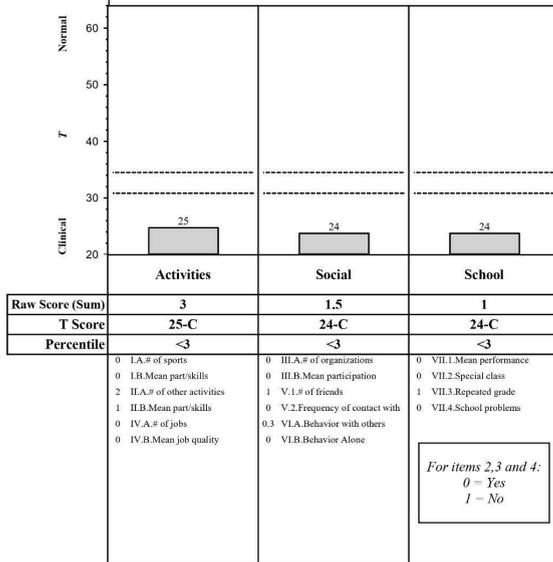
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO. [Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes – LEVICA]. **Cartilha sobre violência contra crianças e adolescentes: para pais e cuidadores**. Seropédica, RJ: Editora da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – EDUR, 2019.

VIANA, Lidiane Rodrigues; MARTINS, Maria das Graças Teles. **Transtorno de oposição desafiante (TOD): intervenção cognitivo-comportamental**. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, São Paulo, v. 8, n. 12, dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v8i12.8024>.

APÊNDICE A - RESULTADO COMPLETO DO CBCL

CBCL/6-18 - Competence Scale Scores

ID: [Redacted] Gender: M Date Completed: [Redacted] Clinician: Ana cláudia peixoto Informant: [Redacted] Society: ASEBA Standard
 Name: [Redacted] Age: 7 Birth Date: 2017 [Redacted] Agency: [Redacted] Relationship: Other Verified: No

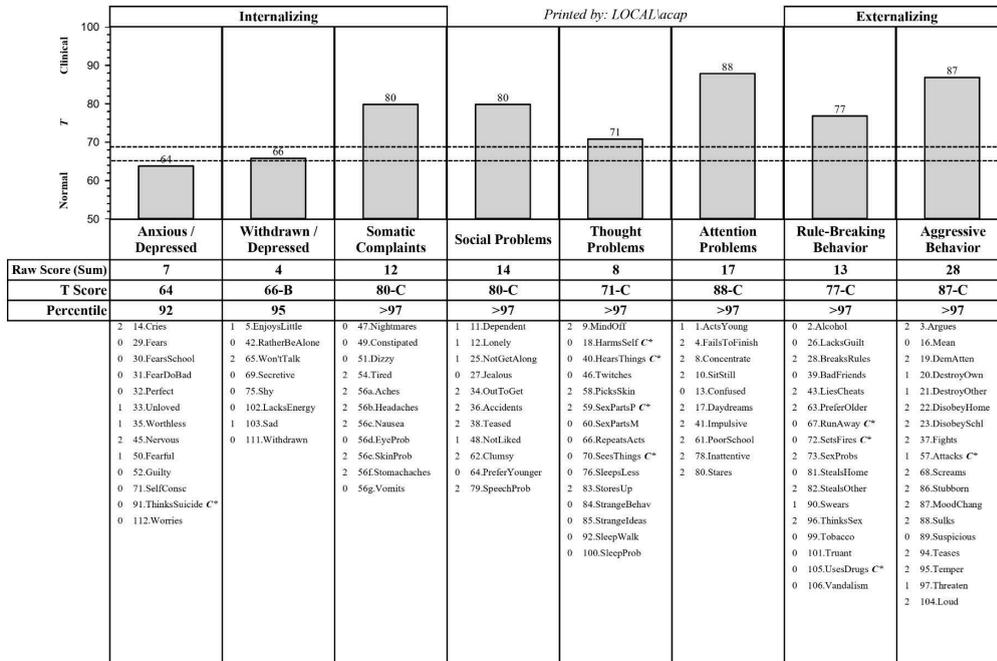


*B = Borderline clinical range; C = Clinical range;
 Broken Lines = Borderline clinical range*
 Total Score for each scale is rounded to nearest 0.5.
 On Activities and Social Scales, if one item is missing, the mean of the other items is substituted.

Printed by: LOCAL/acap

CBCL/6-18 - Syndrome Scale Scores

ID: [Redacted] Gender: M Date Completed: [Redacted] Clinician: Ana cláudia peixoto Informant: [Redacted] Society: ASEBA Standard
 Name: [Redacted] Age: 7 Birth Date: 2017 [Redacted] Agency: [Redacted] Relationship: Other Verified: No



CBCL/6-18 - Internalizing, Externalizing, Total Problems, and Other Problems

ID: [Redacted]
Name: [Redacted]

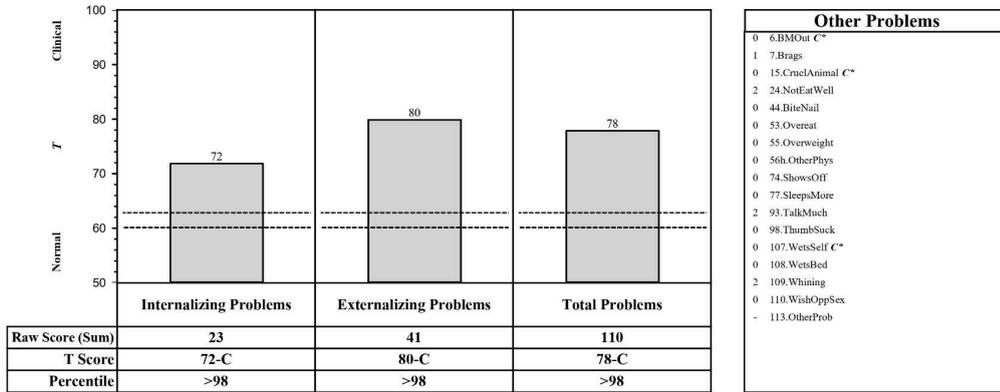
Gender: M
Age: 7

Date Completed: [Redacted]
Birth Date: 2017 [Redacted]

Clinician: Ana cláudia peixoto
Agency: [Redacted]

Informant: [Redacted]
Relationship: Other

Society: ASEBA Standard
Verified: No



B = Borderline clinical range; C = Clinical range; Broken Lines = Borderline clinical range

C* = Critical Item

Printed by: LOCAL/acap

CBCL/6-18 - DSM-Oriented Scales

ID: [Redacted]
Name: [Redacted]

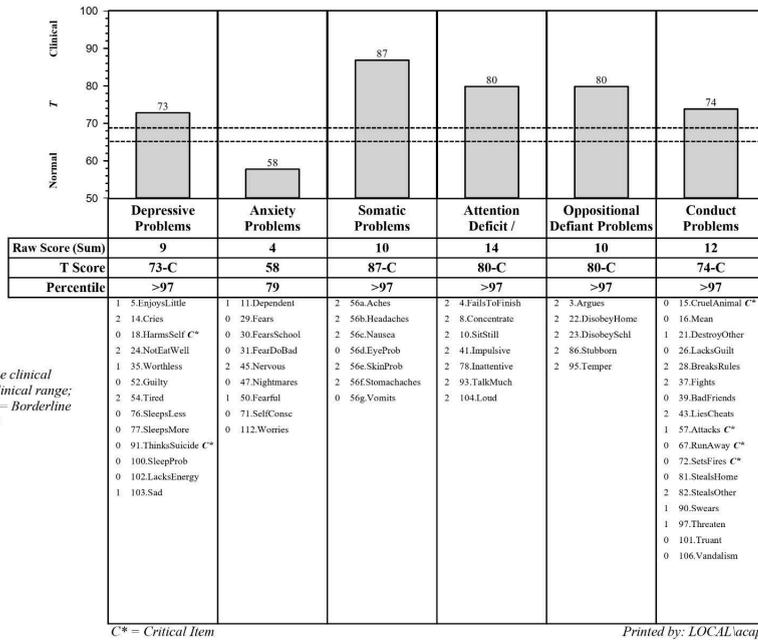
Gender: M
Age: 7

Date Completed: [Redacted]
Birth Date: 2017 [Redacted]

Clinician: Ana cláudia peixoto
Agency: [Redacted]

Informant: [Redacted]
Relationship: Other

Society: ASEBA Standard
Verified: No



B = Borderline clinical range; C = Clinical range; Broken Lines = Borderline clinical range

C* = Critical Item

Printed by: LOCAL/acap

CBCL/6-18 - 2007 Scale Scores

ID: [REDACTED]
Name: [REDACTED]

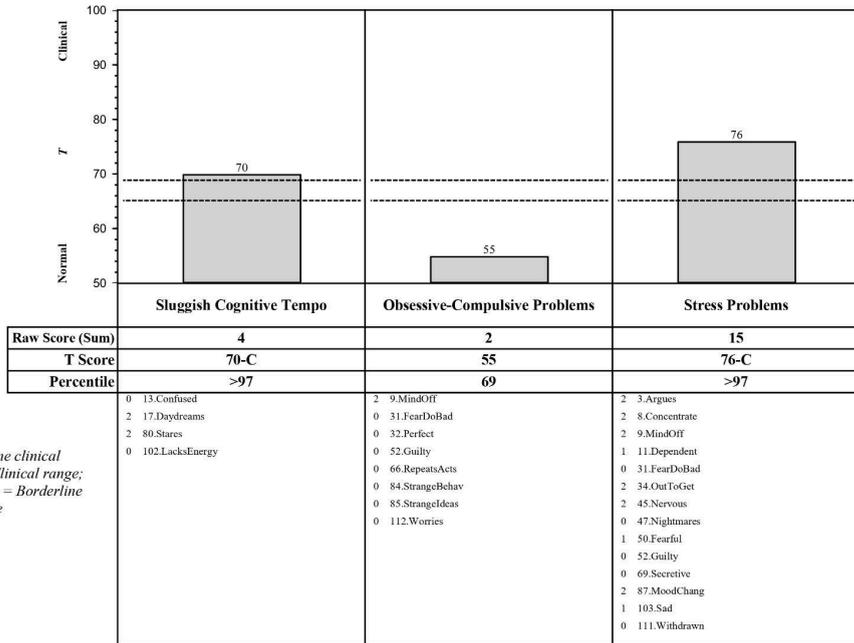
Gender: M
Age: 7

Date Completed: [REDACTED]
Birth Date: 2017 [REDACTED]

Clinician: Ana cláudia peixoto
Agency: [REDACTED]

Informant: [REDACTED]
Relationship: Other

Society: ASEBA Standard
Verified: No



B = Borderline clinical range; C = Clinical range; Broken Lines = Borderline clinical range

Printed by: LOCAL/acap

CBCL 6-18 - Narrative Report And Critical Items

ID: [REDACTED]
Name: [REDACTED]
Gender: M
Age: 7
Birth Date: 2017 [REDACTED]

Society: ASEBA Standard
Printed by: LOCAL\acap

Date Completed:
Clinician: Ana cláudia peixoto
Informant: [REDACTED]
Relationship: Other
Agency:

The Child Behavior Checklist for Ages 6-18 (CBCL 6-18) was completed by [REDACTED], [REDACTED]'s informant, to obtain her perception of [REDACTED]'s competencies and problems. Ms. [REDACTED] reported that [REDACTED] participates in no sports and that he has interests in 2 hobbies. He belongs to 0 social organizations, teams, or clubs. Ms. [REDACTED] reported that [REDACTED] has no jobs or chores. Ms. Graziela rated Derek's school performance as Failing in Reading, English, or Language Arts, Failing in History or Social Studies, Failing in Arithmetic or Math, Failing in Science.

[REDACTED]'s Total Competence score was in the clinical range below the 10th percentile for parents' ratings of boys aged 7. His scores on the Activities, Social, and School scales were all in the clinical range below the 3rd percentile.

On the CBCL 6-18 problem scales, [REDACTED]'s Internalizing Problems, Externalizing Problems and Total Problems scores were all in the clinical range above the 90th percentile for boys aged 7. His score on the Anxious / Depressed syndrome was in the normal range. His score on the Withdrawn / Depressed syndrome was in the borderline clinical range (93rd to 97th percentile). His scores on the Somatic Complaints, Social Problems, Thought Problems, Attention Problems, Rule-Breaking Behavior and Aggressive Behavior syndromes were in the clinical range above the 97th percentile. These results indicate that [REDACTED]'s informant reported more problems than are typically reported for boys aged 7, particularly problems of Withdrawn / Depressed, Somatic Complaints, Social Problems, Thought Problems, Attention Problems, Rule-Breaking Behavior and Aggressive Behavior nature.

On the CBCL/6-18 - DSM-Oriented Scales, [REDACTED]'s score on the Anxiety Problems scale was in the normal range. [REDACTED]'s scores on the Depressive Problems, Somatic Problems, Attention Deficit / Hyperactivity Problems, Oppositional Defiant Problems and Conduct Problems scales were in the clinical range above the 97th percentile. These results indicate that the DSM should be consulted to determine whether [REDACTED] meets diagnostic criteria for Depressive Problems, Somatic Problems, Attention Deficit / Hyperactivity Problems, Oppositional Defiant Problems and Conduct Problems.

On the CBCL/6-18 - 2007 Scale Scores, his score on the Obsessive-Compulsive Problems scale was in the normal range. His scores on the Sluggish Cognitive Tempo and Stress Problems scales were in the clinical range above the 97th percentile. These results indicate that the DSM should be consulted to determine whether [REDACTED] meets diagnostic criteria for Sluggish Cognitive Tempo and Stress Problems.

Critical Items

In addition to the scale scores, it is important to consider scores on individual problem items. Because they may raise particular challenges for management, it is especially important to note the problems listed below that were reported with scores of 1 or 2. Look at comments made by the informant on the form in relation to these problems to obtain more information about risks associated with the problems and the contexts in which the problems occur.

<u>Score</u>	<u>Problem Item</u>	<u>Score</u>	<u>Problem Item</u>	<u>Score</u>	<u>Problem Item</u>
0	6.BMOut	2	59.SexPartsP	0	105.UsesDrugs
0	15.CruelAnimal	0	67.RunAway	0	107.WetsSelf
0	18.HarmsSelf	0	70.SeesThings		
0	40.HearsThings	0	72.SetsFires		
1	57.Attacks	0	91.ThinksSuicide		