



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

**ESTUDO DE CASO SOBRE UMA ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA  
SEXUAL: A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO TERAPÊUTICO NO ATENDIMENTO  
CLÍNICO INFANTOJUVENIL**

ANNA CLARA DE OLIVEIRA GUEDES

Seropédica  
2025

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

ANNA CLARA DE OLIVEIRA GUEDES

**ESTUDO DE CASO SOBRE UMA ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA  
SEXUAL: A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO TERAPÊUTICO NO ATENDIMENTO  
CLÍNICO INFANTOJUVENIL**

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

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cláudia de Azevedo Peixoto

Coorientação: Ilanna Pinheiro Medeiros

Seropédica

2025

## AGRADECIMENTOS

Agradeço enormemente à minha família – de sangue e de coração – por todo apoio até aqui. Agradeço especialmente aos meus pais, Maria Regina e Fernando, por sempre acreditarem em mim, me incentivarem e apoiarem. Obrigada, mãe, por sempre torcer por mim e me dar forças para trilhar qualquer caminho que eu desejar seguir. Agradeço imensamente à minha irmã Fernanda por ser segurança e certeza. Irmã, eu amo você, Arthur e Helena até depois do Sol, ao infinito e além.

Agradeço ao Zé, meu grande companheiro e parceiro nos dias de comemoração e de dificuldades – os anos da graduação foram infinitamente mais tranquilos porque foram permeados pelo seu amor e cuidado. Obrigada por ser porto seguro.

Agradeço também às minhas pequenas. Primeiro à Yume, que me acompanha desde o início da faculdade, sempre me fazendo companhia em todos os momentos e me lembrando de dar um respiro quando sobe na mesa e pede carinho. Agora à Pretinha, que acabou de chegar. Obrigada pela companhia e por toda reciprocidade, filha. Vocês sempre serão minhas melhores companhias.

Agradeço a todos que participaram deste caminho comigo e foram rede de apoio. Incluo aqui Glauce e Rogério, meus sogros que me abraçaram como filha e cuidaram tão bem de mim e a minha concunhada, Bárbara Di Sarli, que renovou sempre a minha esperança e me fez acreditar nas possibilidades.

Agradeço aos amigos da vida! À Isabella Gouvêa e Jennifer Ignácio por estarem comigo há mais de uma década e serem sempre um lugar seguro para onde posso retornar. É incrível poder compartilhar todas as fases da vida com vocês. Ao Marco Antônio pela amizade sincera e genuína e por estar sempre disposto a ouvir sobre todo e qualquer assunto, me ajudando a explorar meu criticismo e a mim própria. Obrigada pelas longas horas de chamada, amigo. À Mariana Polastri que foi meu pedacinho de Angra em Seropédica e compartilhou junto comigo a experiência de mudar de cidade e morar sozinha. Obrigada por cada açaí, almoço e lanche no lago do IA. Foi um grande privilégio ter vocês no dia a dia desta jornada.

Agradeço aos amigos que fiz nesta jornada de cinco anos de Rural, em especial à minha amiga Laura Anconi, que esteve comigo em todos os projetos, eventos, festas, crises de riso e crises de choro. Não sei como teria sido viver cada um dos períodos sem você. Obrigada por ser parceira de bicicleta, de academia, de bandeirão e de café da tarde, amiga. Seus bolos de chocolate eram como abraços.

Agradeço demais aos melhores estagiários que existem: Caio, Lucas e Victória. Dividir com vocês os atendimentos, as supervisões, as idas à Mesquita e trocar percepções, conquistas

e angústias tanto dentro do Palio quanto no 412I foi essencial para continuar em frente. Obrigada pela grande contribuição de cada um de vocês em quem estou me tornando!

Ao Maurinho, poeta e escritor incrível que nos recebe na Associação Vida Plena sempre com todo amor e carinho, demonstrados através do acolhimento, das falas, dos gestos e da escuta.

Agradeço à minha orientadora, Ana Cláudia Peixoto, pela confiança, autonomia e pelas oportunidades durante toda a graduação. Obrigada por abrir mão de parte das suas férias para me orientar e me permitir dar grandes passos em direção a uma grande oportunidade que apareceu de forma surpreendente. Agradeço também à Ilanna Pinheiro por ter topado ser minha coorientadora na calmaria e por não ter soltado a minha mão quando a correria se instaurou. Obrigada pelo cuidado na leitura e pelas sugestões sempre muito pertinentes. Muita gratidão a vocês!

Agradeço à professora Carla Vicente por todo o apoio desde o início da graduação. O seu olhar e a sua escuta sempre atenta me marcaram de forma permanente.

Agradeço ao LEVICA pelos anos de estágio e pelas experiências grandiosas que me proporcionou.

Agradeço ao CTUR pelas experiências grandiosas, bem como aos funcionários e aos adolescentes que fizeram parte da minha trajetória. Em especial agradeço à tia Ana e ao tio Dário por se fazerem presente e contribuírem para que eu me sentisse em casa. Obrigada por tanto carinho. Agradeço também à Isabelle, por me lembrar de sempre olhar para as árvores e respirar na velocidade tranquila em que elas balançam quando o peito aperta. Eu aprendi muito com cada um e estou me fazendo profissional graças a vocês.

## RESUMO

**GUEDES, Anna Clara de Oliveira. Estudo de Caso sobre uma adolescente vítima de violência sexual: a importância do vínculo terapêutico no atendimento clínico infantojuvenil. Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia. Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2025.**

O presente trabalho de conclusão de curso refere-se a um recorte de um Estudo de Caso que objetivou investigar a importância do estabelecimento do vínculo terapêutico no atendimento clínico de uma adolescente de 12 anos vítima de abuso sexual. O Estudo foi desenvolvido com base no atendimento clínico da paciente realizado na Associação Vida Plena de Mesquita, no Rio de Janeiro, coordenado pelo Laboratório de Estudos sobre Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Trata-se do estágio profissional obrigatório para graduandos em psicologia, coordenado pelo Serviço Escola de Psicologia. No processo da intervenção psicoterapêutica, o vínculo que se estabelece entre paciente e terapeuta é essencial para o tratamento na Terapia Cognitivo-Comportamental no que diz respeito ao engajamento e à mudança, especialmente, no contexto infantojuvenil, no qual o vínculo precisa ser construído através de investimento no brincar e no lúdico, e é essencial para a construção de confiança por parte da criança ou do adolescente. Neste estudo de caso, o levantamento das informações se deu a partir da análise dos relatórios das sessões da paciente e de anamneses realizadas junto aos seus cuidadores. Os resultados evidenciam que a paciente demonstrou alta resistência durante a maior parte dos atendimentos, fato este que exigiu da estagiária responsável pelo caso constante retomada ao vínculo terapêutico. Tais retomadas ao vínculo foram decisivas para que houvesse adesão da paciente e engajamento nas atividades propostas, que tinham como objetivos a aplicação do programa Superar; conscientização de seu modo de funcionamento e resolução de problemas. Mesmo com tantos desafios, foi possível construir uma relação terapêutica, considerada essencial à continuidade do atendimento clínico e à construção do processo deste Estudo de Caso, que contou com adaptações das sessões de acordo com a singularidade e a subjetividade da paciente.

Palavras-chave: adolescência; relação terapêutica; atendimento clínico; violência sexual; estudo de caso.

## ABSTRACT

**GUEDES, Anna Clara de Oliveira. Case study on an adolescent victim of sexual violence: the importance of the therapeutic bond in clinical for children and adolescents. Psychology Course Conclusion Paper. Institute of Education, Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2025.**

This course conclusion work refers to an excerpt from a Case Study that aimed to investigate the importance of establishing a therapeutic bond in the clinical care of a 12-year-old teenager victim of sexual abuse. The Study was developed based on the patient's clinical care carried out at Associação Vida Plena de Mesquita, in Rio de Janeiro, coordinated by the Laboratory for Studies on Children and Adolescents Victims of Violence, at the Federal Rural University of Rio de Janeiro. This is a mandatory professional internship for psychology graduates, coordinated by the Psychology School Service. In the process of psychotherapeutic intervention, the bond that is established between patient and therapist is essential for treatment in Cognitive-Behavioral Therapy with regard to engagement and change, especially in the child and adolescent context, in which the bond needs to be built through investment in play and entertainment, and is essential for building trust on the part of the child or adolescent. In this case study, the information was gathered based on the analysis of the patient's session reports and anamnesis carried out with her caregivers. The results show that the patient demonstrated high resistance during most of the consultations, a fact that required the intern responsible for the case to constantly return to the therapeutic bond. Such resumption of the bond was decisive for the patient's adherence and engagement in the proposed activities, which aimed to apply the Superar program; awareness of how it works and problem solving. Even with so many challenges, it was possible to build a therapeutic relationship, considered essential to the continuity of clinical care and the construction of the process of this Case Study, which included adaptations of the sessions according to the patient's uniqueness and subjectivity.

Keywords: adolescence; therapeutic relationship; clinical care; sexual violence; case study.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LEVICA	Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescente
UFRRJ	Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
AVPM	Associação Vida Plena de Mesquita
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TE	Terapia do Esquema
NUEPI	Núcleo de Educação Permanente Iguaçuano
SFA	Serviço Família Acolhedora
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i>
CP	Código Penal
CT	Conselho Tutelar
IML	Instituto Médico Legal
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
SGDCA	Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente
ONG	Organização Não Governamental
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### TABELAS

**Tabela 1:** Violência sexual.

**Tabela 2:** Abuso sexual.

**Tabela 3:** Exploração sexual.

**Tabela 4:** Primeiro mês de atendimento e objetivos.

**Tabela 5:** Alterações para adaptação do formato grupal para formato individual de intervenção do Programa SUPERAR.

**Tabela 6:** Segundo mês de atendimento e objetivos.

**Tabela 7:** Objetivos e desafios ao longo do atendimento.

**Tabela 8:** Registro de Frequência da paciente.

**Tabela 9:** Resultado da aplicação do CBCL – *Children Behavior Checklist*

### FIGURAS<sup>[GB1]</sup>

**Figura 1:** Fotografia de atividade feita em sessão.

**Figura 2:** Print de conversa entre paciente e estagiária no *WhatsApp*.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>14</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
3.1. OBJETIVOS GERAIS.....	17
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
<b>4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>18</b>
4.1. VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	18
4.2. VIOLÊNCIA SEXUAL.....	20
4.3. ADOLESCÊNCIA.....	23
4.4. IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA PARA O TRATAMENTO NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL .....	25
<b>5. MÉTODO</b> .....	<b>28</b>
5.1. TIPO DE PESQUISA .....	28
5.2. LOCAL DA INTERVENÇÃO.....	28
5.3. PARTICIPANTE .....	29
5.4. INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA INTERVENÇÃO.....	30
5.5. PROCEDIMENTOS .....	30
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>32</b>
6.1. Dados iniciais do caso atendido.....	32
6.2. Dados do SFA e demanda para atendimento .....	33
6.3. Análise do caso .....	35
6.4. Processo de descontinuidade do acolhimento familiar e a quebra de vínculos .....	36
6.5. Sobre as primeiras sessões de atendimento psicológico .....	38
6.5. Desafios durante os atendimentos clínicos e manejo da relação terapêutica.....	41
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>50</b>
<b>8. REFERÊNCIAS</b> .....	<b>52</b>
<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>65</b>
<b>APÊNDICE B</b> .....	<b>67</b>

## APRESENTAÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso é resultado da vivência da autora enquanto estagiária do Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes (LEVICA), desde o segundo semestre de 2023, na disciplina estágio profissional, coordenado pelo Serviço Escola de Psicologia, para obtenção do título de graduação em Psicologia pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). Em parceria com a Associação Vida Plena, em Mesquita (AVP), o LEVICA objetiva proporcionar atendimento clínico a crianças e adolescentes vítimas de violência, bem como promover psicoeducação a pais e educadores, tendo como base teórica as abordagens Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e Terapia do Esquema (TE) (Peixoto; Rosário; Gonçalves, 2019). Além dos atendimentos clínicos a crianças e adolescentes da comunidade ou institucionalizadas, algumas das atividades previstas organizados pelo LEVICA são: elaboração de relatórios referentes aos atendimentos, participação em grupos de estudos, realização de oficinas, grupos de pesquisa, estudos de caso e participação em audiências concentradas na Vara da Infância.

Dado o contexto de atuação dos estagiários do LEVICA, além das atividades citadas, este estágio possibilitou à autora capacitar-se através de aulas sobre as abordagens da TCC e da TE e seus respectivos instrumentos e técnicas, sobre impactos neurobiológicos da violência, sobre formação identitária de crianças e adolescentes com foco nas questões de gênero, raça e território e sobre políticas de proteção infantojuvenil. Além disso, possibilitou a participação em grupo de estudo orientado pela doutoranda Ilanna Pinheiro a respeito do livro “A prática clínica da terapia cognitiva com crianças e adolescentes” e a participação na equipe de pesquisa da Prof<sup>a</sup>. Dra. Gabriela Braz, intitulada “Promoção do Desenvolvimento Saudável de Adolescentes no Contexto do Acolhimento Institucional”. Estagiar no LEVICA também permitiu à autora estar presente em inúmeras oficinas e eventos, como a campanha do Setembro Amarelo, realizada na escola Professora Maria José Raunhetti, em Nova Iguaçu, com objetivo de prevenir a violência e favorecer os vínculos estabelecidos dentro da escola; a Oficina de 18 de Maio, Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual Infantil no Brasil, em prol do Maio Laranja e realizada na Associação Vida Plena em Mesquita/RJ; a apresentação no X Seminário de Estágio supervisionado do Serviço-Escola de Psicologia da UFRRJ do trabalho intitulado “A Pesquisa como Suporte para as Práticas no Estágio que Envolve Intervenção com Crianças Vítimas de Violência” e na XXII mostra de TCC da ATC-Rio do trabalho intitulado “Um Estudo de Caso de uma Adolescente Grávida Vítima de Violência Sexual”. Por fim, através do LEVICA, foi oportunizado à autora participar como monitora no minicurso “Abuso

Sexual Infantojuvenil”, em Nova Iguaçu, promovido pelo Núcleo de Educação Permanente Iguaçuano (NUEPI) e iniciar a atuação no trabalho de orientação de pais e responsáveis, oferecido pelo Laboratório na AVP.

A partir da realização destas atividades implicadas pelo estágio obrigatório e do atendimento, por dois anos, de um caso de violência sexual delicado, no qual uma criança engravidou, a autora deste projeto de TCC pôde se aprofundar na temática de violência sexual infantojuvenil. Os contínuos atendimentos prestados a esta adolescente, a constante atualização sobre o tema e o acompanhamento dos direcionamentos dados a este caso pela rede instigaram a produção deste trabalho, que busca analisar a importância do vínculo terapêutico no atendimento de uma menina violentada sexualmente, que engravidou quando ainda era criança.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho refere-se a um Estudo de Caso único e documental, tendo como participante uma adolescente que será identificada como J., de 11 anos. J. esteve em atendimento psicológico social, coordenado pelo Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes (LEVICA) da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), e chegou ao programa através de encaminhamento do Serviço Família Acolhedora (SFA), do município de Nova Iguaçu. O LEVICA oferece atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência, sendo que este programa trata de uma intervenção denominada de clínica social (Peixoto *et al.*, 2019), é composto por psicólogos voluntários e estagiários de Psicologia da UFRRJ e sediado na Associação Vida Plena de Mesquita (AVPM) (Medeiros, 2020). Os atendimentos do caso aqui estudado se deram na AVPM por uma estagiária da UFRRJ e foram estruturados sob pressupostos teóricos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

O interesse pelo tema surgiu a partir da vivência da autora enquanto estagiária no LEVICA para obtenção do título de graduação em Psicologia pela UFRRJ, que possibilitou estudos e experiência clínica na temática da violência contra crianças e adolescentes. Surge, então, a seguinte questão norteadora: qual a importância do vínculo terapêutico no atendimento clínico de adolescentes vítimas de violência sexual?

Neste sentido, a pesquisa objetivou investigar, através de um recorte do estudo de caso em questão, como se define violência sexual contra crianças e adolescentes e como este fenômeno se apresenta por meio de dados atualmente, e qual é a relevância do estabelecimento da relação terapêutica no atendimento clínico de adolescentes vítimas de violência, objetivando melhorias das consequências causadas pela experiência da violência em idade precoce.

O vínculo é um conceito fundamental na Psicologia e refere-se, dentre outras coisas, à relação emocional e afetiva que se estabelece entre duas pessoas. No contexto da psicoterapia, o vínculo terapêutico é essencial para o estabelecimento de uma relação de confiança e segurança entre o terapeuta e o paciente, permitindo que o paciente se sinta seguro para explorar seus pensamentos e emoções (Gelso; Carter, 1985 apud Kristensen *et al.*, 2024). A qualidade do vínculo terapêutico é influenciada por diversas características do terapeuta (Kristensen *et al.*, 2024), bem como pelo ambiente e pelas experiências prévias do paciente. [GB2]

Segundo dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (2017, p. 2), a violência contra crianças e adolescentes abrange os maus-tratos físicos e emocionais, o abuso sexual e a negligência. A exposição à violência em idade precoce pode gerar consequências imediatas e permanentes para a saúde física e mental, sendo considerada, então, questão de saúde pública.

Por isso, as violências contra crianças e adolescentes são um fenômeno complexo e multifacetado, que está ligado a fatores culturais, sociais e econômicos.

De acordo com Hohendorff *et al.*, (2014) *apud* Silva; Klein (2024),

quatro são os fatores que podem influenciar significativamente o impacto do abuso [sexual], quanto à intensidade dos sintomas e o surgimento de psicopatologias: os fatores subjetivos da vítima (predisposição a transtornos mentais); fatores relacionados aos agressores (relação com a vítima, diferença entre a idade da vítima e o agressor); fatores sobre a violência sexual (quanto tempo durou e com que frequência, com ou sem uso de violência, com ou sem penetração) e os fatores da rede de apoio (como foi o acolhimento frente a revelação, quais medidas protetivas foram utilizadas).

Segundo Day *et al.* (2003) *apud* Florentino (2015),

algumas possíveis manifestações psicológicas decorrentes da violência doméstica que ocorrem a curto e longo prazo. Em seu estudo, as potenciais manifestações em curto prazo são: medo do agressor e de pessoas do sexo do agressor; queixas sintomáticas; sintomas psicóticos; isolamento social e sentimentos de estigmatização; quadros fóbico-ansiosos, obsessivo-compulsivo, depressão; distúrbios do sono, aprendizagem e alimentação; sentimentos de rejeição, confusão, humilhação, vergonha e medo; secularização excessiva, como atividades masturbatórias compulsivas.

A partir da literatura a respeito da temática de violência sexual contra crianças e adolescentes e suas consequências e das questões apresentadas, torna-se compreensível a importância de ser discutido quais são os desafios clínicos enfrentados durante o processo psicoterapêutico nestes casos, bem como a relevância do estabelecimento da relação terapêutica. Dessa forma, este estudo pretende abordar um recorte do estudo de caso de uma paciente vítima de violência sexual e retratar como se deu o manejo da relação terapêutica diante dos desafios encontrados.

## 2. JUSTIFICATIVA

Estima-se que, globalmente, uma em cada duas crianças ou 1 bilhão de crianças sofrem alguma forma de violência todos os anos (Hillis S, *et al.*, 2016). Ao longo de sua vida, crianças expostas à violência correm risco maior de doenças mentais e transtornos de ansiedade; comportamentos de alto risco, como abuso de álcool e outras drogas e sexo inseguro; problemas sociais, incluindo baixo desempenho educacional e maior envolvimento em violência e crime (WHO, 2020, p. x).

No Brasil, entre os anos de 2012 a 2022, o número de crianças e adolescentes vítimas de violência aumentou consideravelmente. Porém, excepcionalmente no primeiro ano da pandemia de COVID-19, em 2020, as taxas de notificações das violências física, psicológica, sexual e da negligência sofreram quedas. (Atlas da Violência, 2024). A diminuição das taxas de violência contra crianças e adolescentes em um período marcado pelo isolamento social como forma de conter a disseminação do coronavírus e pelo maior convívio familiar é contraditório, visto que, de acordo com dados de 2024 do Ministério da Saúde, aproximadamente 70% dos casos de violência contra crianças de 0 a 9 e aproximadamente 63% dos casos contra adolescentes de 10 a 19 anos aconteceram dentro da própria residência da vítima (BRASIL, 2024).

A redução das notificações no período pandêmico é justificada por Platt (2021, p. 4):

A redução significativa das notificações pode ser justificada por diversos fatores. A necessidade de reestruturação e adaptação dos serviços de saúde à realidade pandêmica, com direcionamento de servidores e de unidades de saúde para o atendimento exclusivo de casos de síndromes respiratórias agudas e sobrecarga das equipes de trabalhadores em saúde pelo aumento da demanda de atendimentos, pode ter dificultado o acesso dos usuários aos serviços habitualmente disponíveis para a população. Soma-se a isso a interrupção dos serviços de transporte coletivo, que impôs dificuldades de deslocamento e acesso aos serviços de saúde. O medo de contaminação, o isolamento social imposto, as limitações para afastamento do lar, somados às dificuldades financeiras decorrentes da pandemia, podem ter constituído entraves para a denúncia de violência e procura de assistência e a consequente diminuição de notificações.

No que diz respeito à tipologia da violência, é possível observar como a violência se mostra prevalente ao longo da vida, mas também como o tipo de violência varia de acordo com a faixa etária observada, sugerindo a existência de uma transição da violência sofrida durante a vida. As principais vítimas de negligência pertencem à faixa etária de 0 a 4 anos (61,7%). As principais vítimas de violência psicológica (53,5%) e sexual (65,1%) têm entre 5 a 14 anos.

Por fim, as principais vítimas de violência sexual estão na faixa etária de 15 a 19 anos (59,3%) (Cerqueira; Bueno, 2024, p. 35).

No Brasil, no que diz respeito à violência sexual contra crianças e adolescentes, os dados encontrados são preocupantes. Segundo dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (2024, p. 42), somente no triênio de 2021-2023, aproximadamente 80.000 crianças com idades entre 10 e 14 anos foram vítimas de estupro e estupro de vulnerável. É nesta faixa etária que se dá um crescimento acelerado do número de registros, de forma que 14,6% do total de vítimas têm 13 anos de idade, sendo 55,4% das vítimas negras e 91,9% crianças do sexo feminino. Ao analisar esses dados de registro, é essencial considerar a subnotificação, que é potencializada pelo fato de 65,5% dos estupros ocorrerem dentro da própria residência da vítima e de 85,7% dos crimes terem como autores pessoas conhecidas pelas vítimas (UNICEF, 2024, p.46) – dentro da faixa etária de 10 a 14 anos.

Indo de encontro com esta informação, segundo Martins e Jorge (2009), pode-se tratar como desconhecido o número absoluto de casos de violência contra crianças e adolescentes, visto o fato de ser um fenômeno que acontece majoritariamente dentro da instituição família, de forma que se apresenta como dificultoso no que diz respeito ao reconhecimento e à notificação. Sendo assim, os dados encontrados não representam dados absolutos.

É importante ressaltar que a violência sexual praticada contra a faixa etária citada até aqui – de 10 a 14 anos – é considerada estupro de vulnerável. De acordo com o Art. 217-A do Código Penal, estupro de vulnerável se caracteriza como “ter conjunção carnal ou praticar ato libidinoso com menor de 14 anos de idade”. Isso porque entende-se que não há maturidade biológica, emocional e psicológica nesta idade a nível de serem crianças e adolescentes capazes de consentir com o ato sexual.

Além de ser considerado crime e violência presumida a prática de qualquer ato libidinoso com menor de 14 anos de idade, estudos de neuroimagem apontam alterações em áreas significativas do cérebro decorrentes da exposição a eventos potencialmente traumáticos, como redução do volume do corpo caloso e do hipocampo, hiperativação da amígdala e prejuízos ao funcionamento do córtex pré-frontal. (De’Bellis; Hooper, 2012; Bremner, 2004; Teicher, 2002; Tomoda *et. al.* 2009 *apud* Silva; Klein, 2024). De forma geral, todas essas alterações neurológicas podem causar prejuízos cognitivos, emocionais, comportamentais e sociais ao longo da vida da vítima, visto que se relacionam com as capacidades de aprendizagem, memória e outras habilidades cognitivas superiores (Silva; Klein, 2024).

Além das consequências já citadas da violência contra crianças e adolescentes, é preciso considerar a inserção do público infantojuvenil, quando violentado, em equipamentos do eixo da defesa de direitos, como Conselho Tutelar e Fórum. Nestes equipamentos, muitas vezes, encontram-se equipes despreparadas tecnicamente para lidar com a violência. Em estudo realizado com profissionais da rede socioprotetiva de Mesquita/RJ, 72,7% dos profissionais relataram não terem recebido treinamento para trabalhar no equipamento (Medeiros, 2020). Tal despreparo demonstra grande potencial de colocar crianças e adolescentes, que deveriam ser acolhidos e protegidos, em situações de constrangimento, retraimento e inibição da espontaneidade.

O estabelecimento de vínculo, além de gerar confiança, quebra inseguranças e torna o espaço acolhedor, sendo tudo isso essencial para que o atendimento provoque mudanças na vida deste sujeito e em sua saúde mental (Camargo; Nascimento, 2021). Um dos aspectos que determina a efetividade da intervenção é a qualidade e o tipo de vínculo estabelecido entre terapeuta e paciente, pois sentir-se confortável e compreendido favorece a receptividade do paciente e torna mais acessível o trabalho com seus pensamentos, emoções e comportamentos (Santos; Pessa, 2022 *apud* Maia *et al.*, 2024).

Na condução do atendimento clínico de crianças e adolescentes, as associações dos conteúdos trazidos por este público não são feitas estritamente por verbalizações, como na clínica com adultos. Sendo assim, o terapeuta precisa implementar o brincar e incluir a utilização de jogos, massa de modelar, fantoches, entre outros com o objetivo de estabelecer o vínculo terapêutico (Monteiro; Amaral, 2020 *apud* Azevedo, 2024), tornando o processo mais desafiador.

Todos os dados mencionados justificam o desenvolvimento deste trabalho, que tem como objetivos explorar a importância do estabelecimento de vínculo terapêutico no atendimento clínico de uma adolescente vítima de violências durante a vida.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. OBJETIVOS GERAIS<sup>[GB3]</sup>

Analisar, através de um estudo de caso, a importância do estabelecimento do vínculo terapêutico<sup>[GB4]</sup> no atendimento clínico de uma adolescente vítima de violência sexual.

#### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a contribuição da relação terapêutica no processo da terapia;
- Relatar a importância do estabelecimento de vínculo seguro<sup>[GB5]</sup> no atendimento clínico de adolescentes vítimas de violências;
- Relatar um estudo de caso sobre adolescente atendido pelo LEVICA/UFRRJ;
- Estudar sobre a importância da relação terapêutica para o estabelecimento de um tratamento em TCC com crianças e adolescentes.

## 4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 4.1. VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

De acordo com Casique e Furegato (2006), violência é um fenômeno difuso e influenciado pela cultura. O exercício da violência envolve, então, uma relação de poder, na qual o agressor mantém domínio sobre a vítima, seja de forma física, econômica ou emocional, revelando-se de forma simbólica como “todo poderoso” (Barua-Michel, 2011 *apud* Silva, 2020).

O público infantojuvenil é considerado um grupo com características especiais de desenvolvimento, o que os coloca em extrema dependência de pais, familiares, cuidadores, do poder público e da sociedade (Nunes; Sales, 2016). Dessa forma, são demandantes de proteção e segurança do mundo adulto para se desenvolverem plenamente e, portanto, apresentam maior vulnerabilidade à violência (Egry *et al.*, 2018). Justamente por isso, é previsto na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

A violência contra a criança e o adolescente será, então, definida por Guerra (1996); Assis (1994); Deslandes (1994) *apud* Minayo (2001) como

todo ato ou omissão cometidos por pais, parentes, outras pessoas e instituições, capazes de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima. Implica, de um lado, numa transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral; e de outro, numa coisificação da infância. Isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento.

No Brasil, foi somente na última década do século XX, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990), que o público infantojuvenil passou a ser visto como sujeito de direitos e deveres. Este estatuto estabeleceu a doutrina da proteção integral e instaurou mudanças significativas na política de atendimento voltada para crianças e adolescentes, especialmente àqueles que se encontram em situação de violência (Faraj *et al.*, 2016), isso porque estabeleceu prevenção e intervenção em casos de violência como responsabilidade do Estado e da sociedade. Além do ECA (Brasil, 1990), o Brasil demonstrou grande avanço com relação à temática quando aprovou, em 2000, o Plano Nacional de

Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil (CEDECA, 2015), e, em 2014, a Lei Menino Bernardo (Lei nº13.010/2014). Esta lei ficou amplamente conhecida como Lei da Palmada e proibiu o uso de castigos físicos e tratamentos cruéis ou degradantes na educação de crianças e adolescentes.

Com relação à natureza dos atos violentos, tem-se a violência física, sexual, psicológica e a negligência (WHO, 2002), sendo este tipo relativo à ausência de cuidados que são considerados essenciais ao público infantojuvenil, como questões relacionadas à proteção, segurança, saúde, educação e alimentação (Custódio; Lima, 2023). Galoni (2018) descreve que os direitos de uma criança podem ser violados a nível macro, levando em conta aspectos legais e de negligência do próprio Estado, e a nível micro, considerando sistemas onde a criança se insere, como família e escola.

De 2022 para 2023, houve um grave aumento de cerca de 30% em praticamente todos os crimes não letais contra crianças e adolescentes, excluindo apenas a lesão corporal em violência doméstica (Anuário Brasileiro de Segurança, 2024). O Atlas da Violência de 2024, último publicado, evidencia que “crianças são a maioria das vítimas de violência psicológica (53,5%) e sexual (65,1%) e adolescentes são as principais vítimas de violência física (59,3%)” (Atlas da Violência, 2024, p. 34). Ainda de acordo com o Atlas, dentre as violências doméstica, extrafamiliar e institucional, a violência doméstica é a mais prevalente em todas as faixas etárias, chegando a 79,2 na faixa etária de 0 a 4 anos e a 54,9% na faixa etária de 5 a 14 anos (Atlas da Violência, 2024, p. 34).

A infância e a adolescência são períodos sensíveis do desenvolvimento, nos quais o indivíduo está enfrentando novas tarefas evolutivas. Desse modo, a exposição à violência nestas fases da vida pode acarretar consequências potentes e variadas, incluindo sequelas físicas, emocionais, cognitivas e comportamentais, que podem impactar negativamente o desenvolvimento social e emocional das vítimas. Com relação à violência física, dados mostram que crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e comportamentos disruptivos têm três vezes mais chance de terem vivenciado abuso físico (Abramovitch, 2018 *apud* Pires *et al.*, 2012). Já no que diz respeito a violência sexual, é frequente tanto a gravidez precoce quanto os abortos clandestinos, bem como a intensificação de crianças vivendo nas ruas (Brasil, 2006, p. 34).

Ainda de acordo com dados do Ministério da Saúde (2006, p. 34),

do ponto de vista emocional, há uma variedade de sintomas associados, dependendo da idade, das condições psicológicas das vítimas, da sua história anterior, do grau de parentesco com o abusador e da frequência e repetição do ato. Observa-se, em geral, que as vítimas têm mais dificuldade de aprendizagem, distúrbios de comportamento

como dispersão, fobias e terror noturno, comportamentos autodestrutivos, isolamento social, precoces atitudes erotizadas com interesse por brincadeiras sexuais, dificuldade para fazer amizades, baixa auto-estima e depressão.

Ao se atentar para os altos índices de violência contra crianças e adolescentes, tem-se conhecimento que, no Brasil, a violência é indicada como uma das principais causas de morbimortalidade desde a década de 1970. Dessa forma, esta temática passa a ser considerada um problema também da saúde pública, e não mais exclusivo da área sociojurídica (Brito *et al.*, 2005).

## 4.2. VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência sexual é um fenômeno global, no qual não há restrição de sexo, idade, etnia ou classe social. Além disso, é um problema de saúde pública reconhecido pela World Health Organization (WHO, 1999), visto sua alta prevalência e sua implicação no processo saúde-doença (Soares *et al.*, 2016).

No Brasil, o Ministério da Saúde (2002, p. 13) define violência sexual como

todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou o adolescente. Tem por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Apresenta-se sob a forma de práticas eróticas e sexuais impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade. Esse fenômeno violento pode variar desde atos em que não se produz o contato sexual (voyerismo, exibicionismo, produção de fotos), até diferentes tipos de ações que incluem contato sexual sem ou com penetração. Engloba ainda a situação de exploração sexual visando lucros como é o caso da prostituição e da pornografia. [GB6]

Existem duas formas de manifestação da violência sexual. A Fundação *Childhood* do Brasil (2015), com o objetivo de esclarecer este amplo conceito, elencou as principais diferenças entre tais manifestações, que são exploração sexual e abuso sexual (Tabela 1). Ainda de acordo com a *Childhood* Brasil, o abuso sexual pode acontecer com ou sem contato físico (Tabela 2) e, dentre as formas de exploração sexual estão a pornografia, o tráfico para fins sexuais e a exploração agenciada e não-agenciada (Tabela 3).

**Tabela 1 - Violência sexual**

<b>Exploração sexual</b>	<b>Abuso sexual</b>
Pressupõe uma relação de mercantilização, na qual o sexo é fruto de uma troca, seja ela financeira, de favores ou presentes.	Não envolve dinheiro ou gratificação.
Crianças ou adolescentes são tratados como	Acontece quando uma criança ou

objetos sexuais ou como mercadorias.	adolescente é usado para estimulação ou satisfação sexual de um adulto.
Pode estar relacionada a redes criminosas.	É normalmente imposto pela força física, pela ameaça ou pela sedução.
	Pode acontecer dentro ou fora da família.

Fonte: *Childhood* Brasil (2015)[GB7]

**Tabela 2 - Abuso sexual**

<b>Abuso sexual</b>	
<b>Sem contato físico</b>	<b>Com contato físico</b>
<b>Assédio sexual:</b> caracteriza-se por propostas de relações sexuais por chantagem ou ameaça.	Refere-se a carícias nos órgãos genitais, tentativas de relações sexuais, masturbação, sexo oral, penetração vaginal e anal e contatos “forçados”, como beijos e toques em outras zonas corporais erógenas.
<b>Abuso sexual verbal:</b> conversas abertas e/ou telefonemas sobre atividades sexuais que têm como objetivo despertar o interesse da criança ou do adolescente ou chocá-los.	
<b>Exibicionismo:</b> ato de mostrar os órgãos genitais ou de se masturbar em frente a crianças ou adolescentes.	
<b>Voyeurismo:</b> o ato de observar fixamente atos ou órgãos sexuais de outras pessoas quando elas não desejam ser vistas.	
<b>Pornografia:</b> considerada abuso sexual quando uma pessoa mostra material pornográfico à criança ou ao adolescente.	

Fonte: *Childhood* Brasil (2015)

**Tabela 3 - Exploração sexual**

<b>Exploração sexual</b>	
<b>Pornografia</b>	Configura-se como exploração quando há produção, utilização, exibição e/ou comercialização de material (fotos, vídeos, desenhos) com cenas de sexo explícito

	envolvendo crianças e adolescentes ou imagem, com conotação sexual, das partes genitais de uma criança.
<b>Tráfico para fins sexuais</b>	Envolve cooptação e/ou aliciamento, rapto, intercâmbio, transferência e hospedagem da pessoa recrutada para essa finalidade. O mais recorrente é que o tráfico para fins de exploração sexual ocorra de forma disfarçada por agências de modelos, turismo, trabalho internacional, namoro-matrimônio, e, mais raramente, por agências de adoção internacional.
<b>Exploração sexual agenciada</b>	Configura-se como agenciada quando há intermediação por uma ou mais pessoas ou serviços. No primeiro caso as pessoas são chamadas rufiões, cafetões e cafetinas e, no segundo, os serviços são normalmente conhecidos como bordéis, serviços de acompanhamento, clubes noturnos.
<b>Exploração sexual não-agenciada</b>	É a prática de atos sexuais realizada por crianças e adolescentes mediante pagamento ou troca de um bem, droga ou serviço.

Fonte: *Childhood* Brasil (2015)

Desse modo, entende-se que a violência sexual pode ocorrer tanto no ambiente intrafamiliar – ~~envolvendo~~envolvendo membro imediato da família (mãe, pai, padrasto, madrasta irmã/o) ou próximo (tia/o, avô e avó) – quanto no ambiente extrafamiliar.

No que diz respeito às consequências, vítimas de violência sexual podem carregar sequelas como dificuldades para urinar e para caminhar, dor ou coceira ~~na~~genitáliasnas genitálias, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), edemas, masturbação constante, alternância de humor, [...] fadiga, tendências suicidas e hábito de desenhar órgãos genitais (Braun, 2002 *apud* Delanez, 2012). Além disso, pode-se citar: baixa autoestima, ansiedade, depressão, raiva, agressão, estresse pós-traumático, dificuldades sexuais, pensamentos suicidas e baixo desempenho escolar (Mekuria *et al.*, 2015 *apud* Santos *et al.*, 2018).

De acordo com Drezett *et al.*, (2001), a violência sexual contra a criança e o adolescente é permeada por um profundo pacto de silêncio, que impacta no baixo número de denúncias realizadas. Dessa forma, para romper com o silêncio, o público infantojuvenil torna-se

dependente da iniciativa de terceiros, como educadores, vizinhos, amigos e profissionais de saúde. Associado ao fenômeno da subnotificação, há também a falta de sistematização das informações e o despreparo de profissionais da rede que compõem o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA). Todos esses fatores somados contribuem para a dificuldade em se obter dados reais e válidos sobre a violência sexual (Hohendorff; Habigzang; Koller, 2014 *apud* Von Hohendorff *et al.*, 2017).

### 4.3. ADOLESCÊNCIA

A palavra adolescência vem do latim “*adolescere*”, que significa “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade” (Muuss, 1976 *apud* Ferreira; Nelas, 2016). A adolescência é a etapa da vida que se encontra entre a infância e a fase adulta, ou seja, caracteriza-se como um momento de transição e de grandes mudanças. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, compreende-se adolescente a pessoa que tem entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 1990). Por outro lado, a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde consideram a adolescência o período entre dez a dezenove anos de idade. Esta diferença de concepções elucida o fato de que a adolescência não se trata de um fenômeno universal determinado biologicamente, mas sim de um fenômeno influenciado por instituições sociais e por fatores culturais de onde o adolescente se desenvolve (Ferreira; Nelas, 2016).

Segundo Erikson (1972 *apud* Veríssimo, 2002), é através da exploração do mundo e na relação com o outro e a partir das diferenças encontradas, que o adolescente constrói a sua identidade, afirmando-se em si a partir do que se difere dos outros. Além disso, esta etapa é marcada pela inserção em grupos – normalmente composto por adolescentes –, que se torna um meio para a experimentação de papéis sociais. É neste processo que o sujeito passa a estabelecer aquilo que gosta e aquilo que não gosta, bem como o que se quer e não quer ser. “Explorar o meio através da identificação é essencial, pois permite-lhe desenvolver um sentido de identidade do ego firme e adequado: que conhece os seus talentos, aptidões e capacidade, mas que também tem um sentido adequado das suas limitações [...]” (Veríssimo, 2002, p. 19-20).

É comum que esta fase da vida esteja atrelada a comportamentos rebeldes, impulsivos e julgados irresponsáveis. No início da adolescência, o volume da substância cinzenta do cérebro atinge seu pico, marcando o período de exuberância sináptica e o número máximo de sinapses no córtex pré-frontal é atingido. Porém, é no decorrer deste estágio que acontece a poda sináptica, eliminando sinapses excedentes e pouco utilizadas e fortalecendo sinapses mais

utilizadas, devido à aprendizagem. ~~Essas modificações somadas ao processo de mielinização~~ culmina ~~Essas modificações somadas ao processo de mielinização culminam~~ no amadurecimento cerebral, que desperta no adolescente o interesse pelo sexo e ajusta os mapas do corpo (Anjos *et al.*, 2019).

Ainda que muito do adolescer tenha influência da maturação do cérebro, não se pode reduzir o comportamento humano a um resultado biológico, uma vez que sua origem está relacionada a condições sociais de vida.

O cérebro, à margem do desenvolvimento cultural da personalidade, deixado ao seu próprio arbítrio, não chegaria jamais a tal combinação de funcionamento. [...] Não foi o cérebro o que por si só originou o pensamento lógico, o cérebro foi o que assimilou o pensamento lógico no processo de desenvolvimento histórico do ser humano. Para que isso se produza, não se precisa reconhecer a existência de uma principal função específica no cérebro. Basta apenas admitir que na estrutura do cérebro e no sistema de suas funções essenciais há possibilidades e condições para que surjam e se formem sínteses superiores. (VYGOTSKI, 1996, p. 181).

O critério cronológico tem como objetivo favorecer a orientação da investigação epidemiológica, das estratégias de elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e das programações de serviços sociais e de saúde pública (Brasil, 2007). Porém, como já exposto, não se pode deixar de considerar os critérios biológicos, psicológicos e sociais. Sendo assim, é comum que a adolescência seja tratada não somente como um período, mas como um processo que se caracteriza por fortes mudanças nos âmbitos físico, social, psicológico e cognitivo (Ferreira; Nelas, 2016).

O critério da idade, ~~e portanto~~, portanto, da biologia e das mudanças corporais, não são suficientes para transformar o sujeito em adulto. A maturidade inclui também alterações cognitivas, sociais e emocionais (Schoen, 2018). Por ser um período longo do ponto de vista cronológico, é comum que esta fase da vida vá sendo marcada por novas funções e responsabilidades, como por exemplo a autonomia de sair sozinho e a entrada no ensino superior. Estes marcos reforçam a ideia de que a adolescência não é somente uma etapa de transição, mas que tem sentido em si mesma.

Para além do que se espera do estágio da adolescência, esta etapa da vida é influenciada pela inserção histórica e cultural dos sujeitos, de modo que as formas de viver a adolescência irão variar de acordo com gênero, grupo social e geração (Martins *et al.*, 2003 *apud* Schoen-Ferreira *et al.*, 2010). Desse modo, podemos falar “não da adolescência, mas das adolescências, que são definidas por aquilo que está ao redor, pelos contextos socioculturais, pela sua realidade, situando-as em seu tempo, em sua cultura” (Brasil, 2007).

A partir da análise de Anderson (2014), é possível compreender como o neoliberalismo, embora não negue explicitamente o papel do Estado, opera de forma a restringir o acesso a políticas sociais públicas a todos os cidadãos. Essa lente, que prioriza a adaptação individual às demandas do mercado, pode exercer influência significativa sobre a adolescência ao promover a individualização, a competitividade e a responsabilização individual. À medida que a sociedade restringe quem acessa políticas sociais públicas e responsabiliza o próprio sujeito pela não adaptação ao mercado, leva-nos a crer que “a sociedade não apresenta, pelo menos a princípio, um lugar para todos e a transição para as diferentes etapas da vida tem se mostrado um processo bastante difícil” (Rizzini *et al.*, 2008, p. 6). , tornando difícil assegurar o direito de toda criança e adolescente ao desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência, previsto pelo Art. 7º do ECA[GB8].

#### **4.4. IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA PARA O TRATAMENTO NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

“Um dos conceitos transteóricos mais empregados utiliza a seguinte definição de relação terapêutica: forma como a mutualidade dos sentimentos e as atitudes se estabelecem e se expressam no vínculo terapeuta-paciente” (Gelso; Carter, 1985 *apud* Kristensen *et al.*, 2024).

Para a abordagem cognitivo-comportamental o estabelecimento de uma aliança entre terapeuta e cliente é fundamental, pois propicia um ambiente de segurança e confiança, condições necessárias para aprender, implementar e praticar as técnicas trabalhadas em psicoterapia. A aliança terapêutica ou aliança terapêutica de trabalho é um dos componentes que constituem a relação terapêutica. A aliança terapêutica é uma relação de colaboração mútua, marcada por concordâncias entre terapeuta e cliente e constituída por três componentes interdependentes: objetivos, tarefas e vínculo. Os objetivos dizem respeito ao consenso sobre expectativas de resultados de curto e longo prazo entre terapeuta e cliente. As tarefas podem ser definidas como acordos ou consensos entre terapeuta e cliente no que diz respeito ao que deve ser feito na terapia e como atividades diversas na terapia contribuirão para a resolução do problema do cliente. Já o vínculo está associado à ligação afetiva entre terapeuta e cliente (SINGULANE e SARTE, 2017, p. 786 *apud* Bueno *et al.*, 2021).

A palavra vínculo possui origem latina – *vinculum* –, e significa laço, ligação. Ramalho (2021) aponta para a constante conexão feita entre vínculo e afeto. Corroborando esta ideia, Diniz e Koller (2010) tratam o afeto como meio que permite ao ser humano se relacionar, sendo o estabelecimento de uma relação de afeto estável e contínua considerada estabelecimento de vínculo. As autoras apontam ainda que, segundo Bronfenbrenner (2001; 2005), é através do estabelecimento de relações afetivas ao longo do tempo, que o sujeito pode ser capaz de se

adaptar às exigências e lidar com dificuldades do seu meio, ou seja, os vínculos seguros são determinantes para uma passagem positiva pelas mudanças da vida.

No que diz respeito às relações, Ceconello e Koller (2004), a partir do modelo bioecológico do desenvolvimento, entendem que as interações humanas recíprocas e progressivamente mais complexas no ambiente imediato do sujeito são denominadas processos proximais. Tais processos podem gerar dois efeitos, a depender do ambiente onde ocorrem, sendo eles competência e disfunção. O primeiro efeito “se refere à aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e capacidade para conduzir e direcionar seu próprio comportamento através de situações e domínios evolutivos [...]” (Bronfenbrenner; Morris, 1998 *apud* Ceconello; Koller, 2004, p. 42). Em contrapartida, o segundo efeito “se refere à manifestação decorrente de dificuldades em manter o controle e a integração de comportamento através de situações e diferentes domínios do desenvolvimento” (Bronfenbrenner; Morris, 1998 *apud* Ceconello; Koller, 2004, p. 43), sendo esta último propício de ser desenvolvido em um ambiente desorganizado e desfavorável.

A qualidade dos processos proximais estabelecidos é afetada por fatores ambientais como situação de violência, falta de segurança, vulnerabilidade socioeconômica e baixo nível de escolarização, podendo levar à disfunção. Ambientes atravessados por estes estressores podem ofertar pouco afeto e cuidado para crianças e adolescentes, o que pode influenciar diretamente nas relações que estes sujeitos irão estabelecer (Ceconello; Koller, 2004). Sendo assim, faz-se relevante considerar os fatores do ambiente dos sujeitos, visto que irão influenciar tanto no seu desenvolvimento como na relação – inclusive a relação terapêutica – que esses irão estabelecer.

Para além de considerar os atravessamentos relativos ao desenvolvimento dos sujeitos, é preciso considerar também as características do terapeuta e a forma como se conduzirá o atendimento clínico, visto que é através da relação terapêutica estabelecida que o paciente se sentirá seguro ou não para compartilhar informações sigilosas e difíceis de lidar (Bueno *et al.*, 2021).

Kristensen *et al.*, 2024 apresenta sete características e competências do terapeuta que influenciam no processo da terapia, sendo algumas destas a flexibilidade, a personalidade do terapeuta, a empatia e o afeto e regulação emocional. De acordo com os autores, objetivando a eficácia da psicoterapia, é essencial que o terapeuta demonstre capacidade de flexibilidade e de adaptação das técnicas às demandas do paciente, sendo estas habilidades favorecidas por meio de solicitação de *feedback* e de monitoramento constante do humor do paciente na sessão (Beck, 2022 *apud* Kristensen *et al.*, 2024). É essencial também que o profissional seja

autêntico, de modo não só a favorecer a construção de um relacionamento real, como também de passar segurança e congruência ao paciente. Além disso, o terapeuta precisa ter bem desenvolvida sua capacidade empática – a fim de experimentar uma compreensão livre de julgamentos, sendo este aspecto o que diferencia a relação terapêutica das relações do cotidiano (Banaco, 1997 *apud* Braga; Vandebenberghe, 2006) – bem como sua capacidade de afeto e de regulação emocional. É necessário dar destaque especial para o manejo apropriado das emoções, tendo em vista que condutas inadequadas do terapeuta podem gerar resistência do paciente à terapia (Castonguay *et al.*, 2010 *apud* Kristensen *et al.*, 2024).

Considerando a psicoterapia como um processo complexo e interpessoal, no qual há troca, não se pode deixar de olhar com cuidado para a pessoa do terapeuta (Kristensen *et al.*, 2024; Braga; Vandebenberghe, 2006). A relação terapêutica pode ser um lugar seguro no qual o paciente reflete a maneira como se comporta com outras pessoas, fora do *setting* terapêutico. O terapeuta, quando atravessado por suas próprias crenças, pode se ver diante de emoções como irritação e cansaço a partir da fala do paciente, porém, ainda assim, precisa manter seu olhar atento aos sentimentos da paciente, a fim de possibilitar que a mesma entre em contato com o que sente dentro de uma relação segura (Braga; Vandebenberghe, 2006).

Atualmente, há o devido reconhecimento da importância da relação terapêutica, assim como acredita-se que intervenções e técnicas da psicoterapia são favorecidas pela relação paciente-terapeuta. Assim, assume-se que o impacto e a eficácia de qualquer psicoterapia são ditadas também pela qualidade da relação terapêutica estabelecida (Butler & Strupp, 1986; Norcross & Wampold, 2018; Safran, 2002 *apud* Kristensen *et al.*, 2024). Assume-se ainda que esta relação estabelece um ambiente de conforto, harmonia e segurança, permitindo o desenvolvimento dos objetivos terapêuticos (Shinohara, 2000 *apud* Castro *et al.*, 2009).

Por fim, vale ressaltar que o estabelecimento da relação terapêutica com crianças e adolescentes se difere dos processos de criação desta relação com adultos. Primeiramente porque estabelecer objetivos terapêuticos e monitorizar os processos de mudança na terapia é mais desafiador (DiGiuseppe *et al.*, 1996). Segundo porque não há somente a relação entre terapeuta-criança/adolescente, como também a relação terapeuta-pais. Baseado nos estudos de Hawley e Weisz (2005), Shirk *et al.* (2003 *apud* Castro *et al.*, 2009), defende que esta particularidade do atendimento infantojuvenil pode ser responsável pela maior complexidade do estabelecimento da relação na terapia com este público[GB9].

## 5. MÉTODO

### 5.1. TIPO DE PESQUISA<sup>[GB10][GB11]</sup>

Quanto à natureza da pesquisa, essa ocorrerá de forma aplicada, ~~de forma que tem como~~ finalidade de gerar conhecimentos para aplicação prática, direcionados a questões específicas. No que se refere aos objetivos da pesquisa, essa pode ser classificada como descritiva, já que se pretende descrever fatos e fenômenos de uma realidade específica (Trivinões, 1987 *apud* Gerhardt; Silveira, 2009).

Com relação ao procedimento da pesquisa, foi realizado um Estudo de Caso único e documental, de modo que a coleta de dados se dará através de registros de sessões de atendimento e de anamnese e consulta a relatórios e a materiais produzidos durante as sessões de psicoterapia (Peres; Santos, 2005).

Fonseca, 2002, p. 33 *apud* Gerhardt; Silveira, 2009 explica que um estudo de caso pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa, ou uma unidade social. Além disso, esta estratégia de investigação científica “ caracteriza-se como o estudo profundo de um objeto, de maneira a permitir amplo e detalhado conhecimento sobre o mesmo” (Goode; Hatt, 1973 *apud* Pereira *et al.*, 2009).

Levando em conta pesquisas feitas em psicoterapia, o modelo de estudo de caso se destaca como uma abordagem metodológica que integra a pesquisa empírica à prática clínica. Essa metodologia é eficaz para analisar processos clínicos, intervenções e mudanças ocorridas, bem como para compreender como se deram tais mudanças. Além disso, o estudo de caso valoriza a dimensão subjetiva inerente ao processo terapêutico, tornando-se uma ferramenta de pesquisa de excelência neste campo (Serralta *et al.*, 2011).

Neste trabalho, que tem como finalidade a investigação, o estudo de caso se enquadra nas categorias descritivo, pois visa compreender uma instância específica, e diagnóstico, visto que busca obter subsídios para futuras intervenções a serem realizadas junto ao objeto (Peres; Santos, 2005).

### 5.2 LOCAL DA INTERVENÇÃO

<sup>[GB12]</sup> LEVICA é coordenado pelo Serviço Escola de Psicologia (SEPsi) e possui estágio profissionalizante para discentes de Psicologia da UFRRJ. Em parceria com a AVPM, o LEVICA oferece atendimento psicoterapêutico a crianças e adolescentes vítimas de violência

sob a perspectiva da TCC e da TE. Além disso, acolhe e oferece orientação aos responsáveis e cuidadores. O trabalho em rede é conectado com os equipamentos de assistência social e proteção integral de crianças e adolescentes dos municípios próximos, como Vara da Infância, Casas de Acolhimento e Conselhos Tutelares (Peixoto *et al.*, 2019).

A AVPM oferece trabalhos sociais nas áreas educacionais e profissionalizantes, objetivando o combate à violência, à fome e à pobreza, bem como a garantia dos direitos de crianças e adolescentes, por meio de atividades socioculturais como esporte e reforço escolar. Além disso, a AVPM é sede do programa de atendimento social às crianças e adolescentes vítimas de violência, coordenado pelo LEVICA, sendo a equipe composta por psicólogos voluntários e estagiários do curso de Psicologia da UFRRJ (Medeiros, 2020).

### 5.3 PARTICIPANTE

O caso a ser estudado é de J.<sup>[GB13]</sup>, hoje uma adolescente de 11 anos, que reside em um município da baixada fluminense do Rio de Janeiro e cursa o 5º ano do Ensino Fundamental. A paciente é fruto de um relacionamento instável entre seus genitores, no qual o pai negou a paternidade e não registrou J., que é a filha do meio de 5 irmãos, mas a única deste pai. J. foi vítima de abuso sexual por um adolescente do bairro quando ainda criança, aos 11 anos de idade, engravidou e manteve-se gestante por 6 meses. Após acionamento do Conselho Tutelar e confirmação da gravidez, J. passou por exames de corpo de delito e foi acolhida pelo Serviço Família Acolhedora (SFA), uma modalidade de acolhimento que visa oferecer proteção integral às crianças e adolescentes que precisam ser afastados temporariamente de sua família de origem por medida de proteção. Logo em seguida ao acolhimento, J. passou por um parto cesárea e, como tinha sido decidido anteriormente tanto pela paciente quanto judicialmente, o bebê foi entregue à adoção. Após dois meses em acolhimento familiar, a família decidiu descontinuar o acolhimento, e J. foi transferida para uma instituição de acolhimento, onde passou um mês – totalizando três meses de acolhimento – até ser reintegrada à família.

J. deu entrada na ONG Associação Vida Plena de Mesquita em 15 de abril de 2024 por solicitação do Serviço Família Acolhedora (SFA). O atendimento psicológico aconteceu na Associação Vida Plena de Mesquita sob coordenação do LEVICA e iniciou-se no dia 10 de maio de 2024, às vésperas de J. completar 12 anos de idade. Até o momento em que este trabalho de conclusão de curso foi finalizado, foram realizadas 14 sessões de atendimento, recebendo acompanhamento da-eom-a mesma estagiária.

## 5.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA INTERVENÇÃO [GB14]

### - CBCL - *Child Behavior Checklist*

O *Child Behavior Checklist* (CBCL) foi traduzido como “Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência” para o contexto brasileiro (Duarte; Bordin, 2000 *apud* Roama-Alves; Amorim, 2023, p. 33). Este instrumento tem como objetivo avaliar competência social e problemas de comportamento em crianças e adolescentes através do relato dos cuidadores (Achenbach; Rescorla, 2001; Borsa; Bandeira, 2011 *apud* Roama-Alves; Amorim, 2023, p. 33).

### - *Role-play*

O *Role-Play* é uma das técnicas da TCC e tem diferentes objetivos, como: trazer à tona pensamentos automáticos e trabalhar respostas adaptativas (Beck, 2013). Para isso, realizam-se simulações de vivências e inversão de papéis, de modo a explorar e discutir situações vivenciadas (Minuchin; Fishman, 2003 *apud* Fiuza; Lhullier, 2018).

## 5.5 PROCEDIMENTOS

O Estudo de Caso foi desenvolvido com base no atendimento clínico da paciente em questão, que iniciou no dia 10 de maio de 2024 e já dura 7 meses – considerando o período de finalização deste trabalho. Dessa forma, as informações e os dados utilizados nesta pesquisa são provenientes da sessão de anamnese com o Serviço Família Acolhedora, que aconteceu em 26 de abril de 2024, com a família que acolheu J. e com sua genitora, bem como dos relatórios de atendimento das sessões com a paciente e conceitualização de caso. [GB15]

Vale ressaltar que, assim que um sujeito inicia o atendimento na ONG AVPM, é assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). No termo consta cláusulas e exigências para inserção no programa de estágio supervisionado, incluindo o consentimento para que se use material da terapia e informações do paciente para fins de pesquisa, agindo de acordo com as diretrizes da bioética. Desse modo, é um documento de resguardo tanto para o grupo de pesquisa LEVICA, quanto para a AVPM e para o responsável pela criança e adolescente.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1. Dados iniciais do caso atendido

J. tem 12 anos atualmente, passou para o sexto ano do ensino fundamental no final de 2024 e mora com a mãe e o padrasto. Os pais da paciente se separaram antes mesmo dela nascer, por isso, J. nunca morou com o pai e ~~também~~ não foi registrada pelo mesmo. Aos 11 anos, a diretora da escola de onde J. estudava percebeu que a aluna vinha apresentando sintomas de enjoo e que sua barriga estava crescendo. De imediato, a mãe de J. foi chamada e negou a possibilidade de gravidez, mas foi orientada a levar sua filha para fazer um exame de ultrassom. A orientação não foi seguida e a escola comunicou o Conselho Tutelar, que levou J. ao hospital, onde a gravidez foi confirmada, e acionou o Serviço Família Acolhedora (SFA) do município, de forma que a paciente foi acolhida e encaminhada à uma família acolhedora imediatamente depois de realizar a ultrassonografia. Vale ressaltar que o SFA passa a ser implementado como política pública com a aprovação do Plano Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) e da Lei nº 12.010/09, que altera o ECA e prevê preferência do serviço de acolhimento em famílias acolhedoras ao acolhimento institucional (Valente, 2013).

Após o exame, J. passou por perícia no Instituto Médico Legal (IML) e por depoimento especial na delegacia, sendo este último procedimento garantido pela Lei nº 13.431 (Brasil, 2017), que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Na perícia foi confirmada novamente a gravidez, bem como a presença de riscos caso a gestação continuasse. Na adolescência, a gravidez e a maternidade podem produzir efeitos prejudiciais sobre o desenvolvimento biológico e psíquico, com possível impacto também na vida social da adolescente (Suzuki *et al.*, 2007 *apud* Carvalho, 2013). No caso aqui relatado, observou-se que J. não tinha estrutura física e mental para ter o filho, bem como enfatizou que não queria continuar com a gestação e que queria “ter sua vida de volta”.

No dia seguinte, foi realizada uma audiência na Vara da Infância, Juventude e do Idoso da Comarca de Nova Iguaçu, na qual J. foi novamente ouvida pelo juiz e equipe técnica envolvida e ficou decidido pelo juízo a interrupção da gestação, por conta dos riscos envolvendo a vida da paciente. Dias antes de iniciar o atendimento no LEVICA, a participante passou por uma cesárea, onde foi acompanhada pela mãe acolhedora, e entregou a criança para a adoção.

Aqui, torna-se essencial discutir a relevância da educação sexual, sobretudo nas escolas, como agente preventivo da violência sexual e de suas consequências, como a gravidez. Na

cidade do Rio de Janeiro, em 2019, 448 dos bebês nascidos vivos eram de mães adolescentes, que tinham entre 10 a 14 anos. (UNICEF, 2020). De acordo com o Art. 217-A do Código Penal (CP), “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de catorze anos” configura-se estupro de vulnerável, e, portanto, violência.

A educação sexual busca garantir a segurança das crianças e dos adolescentes contra a violência sexual. Assim, entende-se que é necessário buscar adotar medidas – como leitura de livros, desenhos e músicas – que ensinem ao público infantojuvenil sobre seu próprio corpo e os limites que devem ser estabelecidos (Almeida *et al.*, 2021). Nesse sentido, Obando (2021) aponta para a falta de uma educação sexual que contemple, além dos aspectos biológicos, questões como consentimento, afetos e sexualidade como fator impeditivo da prevenção de experiências violentas, bem como reflete na ausência de instrumentos necessários para reconhecer a violência e evitar sua perpetuação. Este apontamento possibilita a reflexão de como uma educação sexual ampla poderia ter evitado o estupro e, conseqüentemente, a gravidez de J. Segundo Obando (2021, p. 78), “impedir que mulheres desenvolvam um conhecimento aprofundado e crítico sobre a sexualidade e seus próprios corpos e desejos acaba por contribuir, lamentavelmente, para que diferentes tipos de violência ocorram contra elas”.

## 6.2. Dados do SFA e demanda para atendimento

O SFA acolheu J. por intermédio do Conselho Tutelar (CT) em 5 de abril de 2024, após ter sido constatada a gestação de 24 semanas (6 meses). Em 15 de abril do mesmo ano, o SFA encaminhou a paciente para atendimento psicológico pelo LEVICA. Inicialmente, a equipe apresentou como demandas o fato de J. chegar ao acolhimento familiar muito abalada emocionalmente, tanto por conta da gestação quanto pelo afastamento da genitora, e demonstrar sentimento de culpa e poucas expectativas em relação ao futuro. Em 26 de abril de 2024, foi realizada sessão de anamnese com a coordenadora do SFA, na qual foi relatado que J. não encarou a situação como um episódio de violência e ainda vinha demonstrando se sentir culpada.

Pouco antes do início dos atendimentos, que iniciaram em 10 de maio de 2024, a família que acolheu J. já mantinha contato com a estagiária responsável pelo caso e relatava que J. estava fragilizada, pois viveu episódios permeados pelo medo: medo quando foi retirada da família, medo do que aconteceria no tempo longe de casa, medo da cesárea e medo do agressor – visto que foi ameaçada ~~pelo-mesmo~~ por ele. Além disso, durante o processo de internação e realização da cesárea, J. não foi questionada sobre a vontade de conhecer seu filho e, segundo

a coordenadora do SFA, os médicos não permitiram que a paciente visse o bebê, que, à princípio, nasceu com vida. A partir disso, surgiu uma nova demanda: um luto não elaborado<sup>[GB16]</sup>. Isso porque, de acordo com a mãe acolhedora e com a coordenadora do SFA, J. pediu por uma boneca que parecesse um bebê de verdade, além de buscar por “quero ver fotos de bebê” no celular.

Considerando as condutas adotadas com J. em relação à sua gravidez e ao seu filho, torna-se imprescindível observar o número de adolescentes grávidas com idade entre 10 a 14 anos, vítimas de estupro de vulnerável, bem como o tratamento oferecido a elas por profissionais de saúde. De acordo com dados de 2019 do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), ferramenta do Sistema Único de Saúde (SUS), por dia, 1.043 adolescentes se tornam mães no Brasil, sendo que 44 bebês nascem de mães adolescentes por hora. Desses 44 bebês, dois são filhos de adolescentes com idade entre 10 e 14 anos (Brasil, 2023).

Segundo Nunes *et al.* (2017), fatores como envolvimento pessoal, crenças religiosas, formação e conhecimento sobre o tema, não violação ao Código de Ética profissional e temor ao julgamento influenciam no tratamento oferecido por profissionais da saúde a vítimas de violência sexual. Um estudo realizado por Conceição *et al.* (2021) entrevistou cinco profissionais da saúde atuantes por, no mínimo, um ano que prestaram cuidados a crianças/adolescentes vítimas de violência sexual que tiveram como repercussão a gestação. A partir das percepções das entrevistadas, evidenciou-se que a autonomia da vítima de violência sexual é negligenciada tanto pelos agressores quanto pelos profissionais de saúde.

Além disso, foram relatadas falhas no acesso ao aborto legal permeadas por persuasão da equipe para a vítima não realizar o procedimento, chegada tardia da vítima ao serviço de saúde e desconhecimento dos profissionais sobre a legislação (Conceição *et al.*, 2021). As evidências citadas, especialmente a que trata da negligência dos profissionais às demandas da mulher, corroboram com o fato de a equipe médica não questionar J. sobre sua vontade de ver o filho antes de o mesmo ser enviado para a adoção. Esta negligência direcionada a crianças e adolescentes gestantes por consequência da violência sexual pode contribuir para uma conseqüentes agravos, perpetrados por pessoas que deveriam protegê-las e garantir seus direitos. No caso citado, o não questionamento da vontade de J. acabou por gerar o luto não elaborado, a tristeza por perder alguém que a adolescente carregou e teve que se despedir sem nem mesmo ter conhecido.

Ainda sobre as demandas de atendimento, pontua-se que, após um mês e meio de acolhimento familiar e três semanas de atendimento, a família acolhedora passa a relatar que J.

demonstrava estar inconformada, irritada, comendo de forma exagerada e se comportando de forma opositora, resistindo às orientações quem eram dadas tanto pela família acolhedora quanto pela professora.

### 6.3. Análise do caso

De acordo com Ceconello e Koller (2004), os processos proximais, isto é, as interações humanas recíprocas e progressivamente complexas dos sujeitos com pessoas, objetos e símbolos do seu ambiente imediato, podem favorecer um desenvolvimento típico ou não. As experiências vividas em um ambiente marcado por situações de violências, vulnerabilidade socioeconômica e baixo nível de escolarização podem ofertar pouco afeto e cuidado a crianças e adolescentes, causando impactos significativos nos processos proximais e, como efeito, disfunção.

A disfunção como efeito de processos proximais estabelecidos em ambientes vulneráveis faz referência às dificuldades do sujeito em manter controle do comportamento através das situações e de diferentes domínios do desenvolvimento (Bronfenbrenner; Morris, 1998 *apud* Ceconello; Koller, 2004). Ao analisar o caso de J., evidencia-se que o seu desenvolvimento tem se dado em um ambiente atravessado por inúmeros estressores, como vulnerabilidade socioeconômica, insegurança alimentar e habitacional, situações de violências, ausência de rede de apoio e baixo nível de escolarização.

Assim, considerando os apontamentos de Bronfenbrenner e Morris (1998) e Ceconello e Koller (2024), elucida-se que tanto os problemas comportamentais da paciente quanto a sua dificuldade no estabelecimento de vínculos podem estar ~~relacionadas~~relacionados ao ambiente onde J. está inserida de forma imediata, que ofertou pouco cuidado e afeto. Esta baixa oferta pode ser demonstrada através de uma situação relatada pela equipe do SFA: J. foi levada ao hospital pelo CT e acolhida por uma família acolhedora em uma sexta-feira, de modo que a genitora só viu a filha novamente em uma terça, durante audiência, entretanto, não houve demonstração de preocupação ou afeto por parte da mãe.

Ainda de acordo com a teoria bioecológica do desenvolvimento humano, entende-se que o exossistema – composto por ambientes nos quais apenas um ou mais membros da família mantém relações diretas, mas que têm efeito sobre a família – perturba as relações a nível do microsistema, ou seja, a nível de relações imediatas, como a relação mãe-filha (Bronfenbrenner, 1996; Diniz; Koller, 2010). Além disso, a relação mãe-filha também sofre reflexo do macrossistema, que “é composto pelo padrão global de ideologias, valores, crenças e organização social comum a uma determinada cultura ou subcultura” (Bronfenbrenner,

1979/1996 *apud* Antoni *et al.*, 2000, p. 351). Faz parte do macrosistema a presença ou a ausência de políticas públicas e sociais no geral, como políticas que visam o combate à violência e a promoção da educação e saúde.<sup>[GB17]</sup>

Todas essas influências foram citadas pois analisar o caso em questão exige que se compreenda de forma lúcida os impactos a que estão submetidos a criação dos vínculos familiares, a fim de que não se responsabilize os sujeitos envolvidos pelo estabelecimento de uma relação segura ou não. É preciso se ater ao fato de que o cuidado com vínculos familiares é compromisso do Estado e da sociedade para que não ocorra, como questiona Conceição (2019), o apontamento de responsabilidade única e exclusiva da família pela fragilização dos vínculos.

#### **6.4. Processo de descontinuidade do acolhimento familiar e a quebra de vínculos**

De acordo com o Art. 19 do ECA (Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990),

“é direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral”.

Entretanto, sempre que os direitos reconhecidos nesta mesma Lei forem ameaçados ou violados, são aplicáveis medidas de proteção à criança e ao adolescente, compreendendo inclusão em programa de acolhimento familiar e acolhimento institucional – é preciso considerar que ambas são medidas provisórias e excepcionais, não podendo o tempo de permanência exceder a 18 meses.

Neste sentido, assim que teve a gestação de seis meses confirmada, confirmou-se também a negligência por omissão da responsável e a violência sexual – estupro de vulnerável (Art. 217-A do CP) –, tendo sido a participante encaminhada pelo Conselho Tutelar ao Serviço Família Acolhedora. O SFA é uma modalidade de atendimento integral de proteção social especial de alta complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e tem como finalidade acolher e oferecer proteção integral a crianças e adolescentes quando necessitam ser afastados temporariamente do convívio familiar de origem. A participante ficou acolhida no SFA por aproximadamente dois meses, até o momento em que a família acolhedora solicitou a descontinuidade do acolhimento, justificando comportamentos opostos – mostrando-se resistente às orientações recebidas em casa e na escola – e de inconformidade, além de irritação.

Vale ressaltar que, entendendo a importância da inclusão da família <sup>[GB18]</sup> no processo psicoterapêutico de crianças e adolescentes, a família foi incluída nas sessões de orientação a

pais realizada pela AVPM, concomitantemente aos atendimentos, porém, ainda assim, o SFA, junto com a família, solicitou a descontinuidade do acolhimento, e marcou mais um processo de quebra de vínculos na vida de J. Dado o fim do acolhimento familiar, a paciente foi encaminhada à uma instituição de acolhimento, onde permaneceu por um mês, até ser reintegrada à família[GB19]. Desse modo, percebe-se que, através do abrigo, foram encontradas alternativas para a situação em que a paciente se encontrava, cumprindo o caráter breve do abrigo e contrapondo-se com o debate da longa permanência das crianças e adolescentes em instituições de acolhimento trazido por Altoé *et al.* (2011).

Ainda assim, a descontinuidade do acolhimento familiar marcou mais um rompimento de vínculo na vida da paciente, que é marcada por relações instáveis. J. é a única dos cinco filhos da mãe a morar com a mesma, de forma que só se comunica com uma das irmãs virtualmente; J. relatava sentir muita saudade de todos os irmãos, em especial dos dois irmãos mais novos, pois nunca mais tinha os visto desde que eles foram morar com o pai; a mãe de J. sofreu violência obstétrica na última gestação, de modo que perdeu sua filha na hora do parto, e esta situação impactou diretamente J., que dizia sentir saudade da irmã que acompanhou crescer na barriga. Além disso, foi impedida de ver seu próprio bebê após a realização da cesárea, que, à princípio, nasceu vivo, marcando mais um vínculo fragilizado – importante ressaltar que a equipe médica entendeu ser melhor para a paciente não ter contato com o bebê para não criar vínculo, uma vez que ele nascendo e permanecendo vivo seria enviado para adoção. Dado este contexto de vivências de laços fragilizados, foi preciso compreender, assim como sugere Walsh (2016), as sensações de desamparo, de fracasso e de culpa que podem permear os vínculos da paciente.

No caso em questão, o SFA cumpriu seu papel no que diz respeito às obrigações de realizar um trabalho psicossocial considerando o caráter excepcional e provisório do acolhimento e de preparar a reintegração familiar de forma protegida através do acompanhamento – juntamente com a rede de proteção e a Vara da Infância e Juventude – da família de origem (Valente, 2014). Para o desenvolvimento destas ações, o SFA conta com famílias que decidem de forma voluntária acolher em suas casas, pelo tempo que for necessário, crianças e adolescentes que, para serem protegidos, foram retirados de suas famílias. Assim, a família acolhedora deve respeitar a identidade e a história do indivíduo acolhido, bem como oferecer cuidados básicos, afeto, amor e orientação, com o objetivo de favorecer tanto o desenvolvimento integral quanto a inserção familiar (Valente in Rizzini, 2006, p. 61 *apud* Valente, 2014). Cabendo apontar aqui que, inicialmente, todos os aspectos citados foram ofertados à J.

Cabe apontar que, inicialmente, todos os aspectos citados foram ofertados à J., porém, não foi garantido à adolescente o acolhimento durante o tempo que lhe era necessário. Bertão *et al.* (2015) utiliza dos estudos de Bowlby (1984) e Lebovici e Soulé (1980) para explicar que os efeitos da privação total ou parcial de cuidados oferecidos à uma criança devido à descontinuidade e/ou insegurança nas relações estabelecidas podem ser minimizados quando é oferecida à criança uma figura de vinculação de substituição. Nesse sentido, importa que as crianças possam crescer onde se sintam acolhidas e onde os cuidados são realizados por adultos de referência de forma continuada e adequada às exigências e necessidades da criança (Bertão *et al.*, 2015). Embora seja importante reconhecer os motivos que culminaram na decisão da família acolhedora de descontinuar o acolhimento, ao tomar esta decisão, o cuidado foi restringido, de modo que os adultos de referência – mesmo que fossem temporários e J. tivesse conhecimento disso – romperam com as necessidades da paciente naquele momento, que demandava maior tempo de proteção até ser reintegrada à família.

#### 6.5 Sobre as primeiras sessões de atendimento psicológico

No que diz respeito ao início do atendimento psicológico, o primeiro mês teve como objetivo o conhecimento da história de vida de J. e a construção de vínculo com a paciente, **Parapara** isso, entendendo que o brinquedo permite a representação de conceitos e ideias pautados na realidade (Azevedo, 2024), foram utilizados bonecos de pano, fantoches, massa de modelar, livros de história e baralho das emoções.

**Tabela [GB20]4 - Primeiro mês de atendimento e objetivos.**

Mês	Objetivos/Instrumentos
Maio	Construção de vínculo: bonecos de pano, fantoches, massa de modelar, livro de história e baralho das emoções.

**Fonte: Elaboração própria**

Já no segundo mês de atendimento, em 7 de junho de 2024, foi dado início à aplicação do programa SUPERAR. Este programa é baseado na TCC e foi elaborado para servir como protocolo de intervenção para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Este modelo pode ser utilizado nos formatos individual e em grupo com crianças e adolescente de 8 a 16 anos de idade e constitui-se por 16 sessões **semi-estruturadas**, divididas em três etapas: (1) psicoeducação e reestruturação cognitiva; (2) treino de inoculação do estresse; e (3) prevenção à recaída, de acordo com os objetivos e técnicas empregadas. O Programa foi

adaptado por Schneider e Habigzang (2016) para formato individual e a tabela abaixo (Tabela 5), desenvolvida pelas próprias autoras, ilustra como se deu tal adaptação.

**Tabela 5 - Alterações para adaptação do formato grupal para formato individual de intervenção do Programa SUPERAR**

Sessão	Formato grupal	Formato individual
1	Dinâmica de grupo para apresentação das participantes; dinâmica de grupo para desenvolver confiança; estabelecimento de contrato terapêutico (horário, frequência, duração); discussão sobre identidade do grupo; mapeamento a partir da construção de um cartaz sobre as expectativas do grupo; discussão e estabelecimento dos objetivos do grupo.	Estabelecimento do contrato terapêutico (horário, frequência e duração); mapeamento das expectativas da paciente; estabelecimento de objetivos terapêuticos.
2	Apresentação e discussão do documentário “Canto de Cicatriz”; Relato de experiência de violência sexual de cada participante; Restruturação de crenças distorcidas sobre o violência; Abordagem do impacto afetivo da revelação no grupo.	Manteve-se igual.
3	Abordagem das reações da família e demais pessoas significativas após a revelação da violência sexual; construção do mapeamento das possíveis mudanças na configuração familiar (dispositivo: livro “minha família antes e depois da revelação”); reestruturação cognitiva das crenças relacionadas a culpa e vergonha (construção de cartões de enfrentamento).	Manteve-se igual.
4	Psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental; abordagem dos estados emocionais (dispositivo: jogo das emoções); abordagem terapêutica dos sentimentos com relação ao agressor (dispositivo: construção do agressor com massa de modelar e role-play entre paciente e boneco); automonitoramento (registro de situações problema e sentimentos identificados).	Manteve-se igual.
5	Discussão dos registros de automonitoramento; psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental, abordagem dos pensamentos e reações fisiológicas e suas relações com as emoções; identificação de pensamentos com relação a violência sexual e reestruturação cognitiva de pensamentos disfuncionais (tríade cognitiva); aprendizagem de técnicas de relaxamento muscular e	Manteve-se igual.

	de respiração controlada para controle de ansiedade; automonitoramento (registros de situações-problema, pensamento, reações fisiológicas e sentimentos relacionados).	
6	Discussão dos registros do automonitoramento; psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental, abordagem dos comportamentos e sua relação com pensamentos, sentimentos e reações fisiológicas; mapeamento escrito das principais mudanças de comportamentos pensamentos e emoções decorrentes da violência sexual; psicoeducação quanto ao problema – estabelecimento de relações entre violência/trauma com mudanças identificadas no mapeamento; construção de história em quadrinhos, a partir de situação registrada, com identificação de emoções, pensamentos, comportamentos e reações fisiológicas para integrar o modelo cognitivo-comportamental.	Manteve-se igual.
7	Treino de inoculação do estresse (TIE) - Apresentação, de forma gradual, das situações de violência experienciadas, por meio de relato oral e escrito; reestruturação cognitiva das memórias traumáticas (treino de autoinstrução); relaxamento.	Manteve-se igual.
8	Relato mais detalhado da violência sexual; mapeamento da frequência e intensidade das lembranças e dos eventos desencadeadores destas; treino de relaxamento.	Manteve-se igual.
9	Relato mais detalhado da violência sexual; técnica de substituição de imagens positivas e negativas (gavetas da memória).	Manteve-se igual.
10	Relato do pior momento da violência sexual; construção do “botão de emergência” com estratégias cognitivas e comportamentais para lidar com lembranças intrusivas da violência; relaxamento.	Manteve-se igual.
11	Oficina de sexualidade: Jogo em grupo com perguntas das participantes sobre mudanças no corpo, relacionamentos amorosos e sexuais e estratégias de autocuidado.	Dúvidas sobre sexualidade abordadas a partir de conversa entre terapeuta e paciente
12	Oficina de expressão corporal: Realização de jogos e dinâmicas de grupo que envolvam relação com o corpo.	Abordagem da expressão corporal por meio do espelho, brincadeiras e/ou conversas sobre toques abusivos e não abusivos.

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

**Fonte: Schneider; Habigzang (2016)**[GB21]

Ainda em junho, surgiram duas demandas de urgência: primeiro foram os comportamentos externalizantes e a raiva que desregulava a paciente, sendo ambos trazidos tanto por J. quanto pela mãe acolhedora, e acabaram culminando em uma mudança de turno pela escola – a paciente estudava à tarde e passou para o período da manhã. Logo em seguida, houve a descontinuidade do acolhimento familiar. Estas demandas trouxeram a necessidade de se utilizar a psicoeducação das emoções, bem como o monitoramento das emoções na última semana que J. passou com a família acolhedora. A sequência dos acontecimentos de junho está explicitada na Tabela 6.

**Tabela 6 - Segundo mês de atendimento e objetivos.**

<b>Mês: Junho</b>	<b>Objetivos/Instrumentos</b>
<b>07/06</b>	Programa SUPERAR
<b>14/06</b>	Desmarcada
<b>18/06 e 25/06</b>	Psicoeducação das emoções da raiva e da saudade

**Fonte: Elaboração própria**

### **6.5. Desafios durante os atendimentos clínicos e manejo da relação terapêutica**

Na Tabela 7 encontram-se todas as sessões realizadas com a paciente e seus respectivos objetivos ao longo dos atendimentos.

**Tabela 7 - Objetivos e desafios ao longo do atendimento.**

<b>Mês</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Desafios</b>
<b>Maio/2024</b>	Construção de vínculo: bonecos de pano, massa de modelar, livro de história, baralho das emoções.	[GB22]
<b>Junho/2024</b>	Início da aplicação do Programa SUPERAR [GB23]; Psicoeducação das emoções; Monitoramento das emoções.	Demandas de urgência: comportamentos externalizantes, mudança de turno na escola e descontinuidade do acolhimento familiar.
<b>Julho/2024</b>	Programa SUPERAR; férias	-
<b>Agosto/2024</b>	Férias; Reinserção à família; Programa SUPERAR	-
<b>Setembro/2024</b>	Programa SUPERAR; Vínculo terapêutico (jogos Uno e Papo Teen); aplicação do CBCL com a genitora.	Sessões desmarcadas e aparecimento de comportamentos impacientes, evitativos e opositores. Decisão de pausar o SUPERAR para trabalhar aspectos do vínculo terapêutico
<b>Outubro/2024</b>	Vínculo terapêutico: construção da almofada da raiva.	Faltas, sessões desmarcadas e vínculo fragilizado
<b>Novembro/2024</b>	-	Não houve sessões. [GB24]
<b>Dezembro/2024</b>	Vínculo terapêutico (Carta da estagiária para J.); férias	Falta e férias da estagiária.

**Fonte: Elaboração própria**

Durante os atendimentos clínicos, muitos foram os desafios encontrados. O principal desafio foi em relação à frequência da paciente. Inicialmente, sob responsabilidade dos serviços de proteção, J. comparecia a todas as sessões no horário combinado. Porém, quando a paciente foi reintegrada à família, as faltas e desmarcações ficaram mais frequentes. Isso porque J. mora distante da AVPM, local dos atendimentos, fato que demandava desembolso de recursos da mãe para pagar o transporte público, tornando a falta de recursos justificativa para as faltas:

“Dinheiro essa semana está difícil. Eu fico triste quando não dá pra ir”/”Eu não consegui o dinheiro”/”Infelizmente não trabalhei essa semana” (Mensagens da mãe de J. para a estagiária responsável pelo caso).

A situação de vulnerabilidade de J. e de sua família, marcada também por baixa escolaridade e, conseqüentemente, pouca oportunidade de empregos que lhe deem direitos trabalhistas, afetou a continuidade dos atendimentos. Para além deste impacto, questiona-se a vinculação destes fatores ao motivo que levou J. ao acolhimento: a negligência. Rizzini; Rizzini (2004), Rosa *et al.* (2012), Serrano (2011), Siqueira, *et al.* (2010) e Siqueira; Dell’Aglío (2010) *apud* Penso; Moraes (2016) inferem sobre a vinculação entre os principais motivos para acolhimento institucional (incluindo negligência) e o grande número de filhos que as famílias têm, bem como a baixa escolaridade e o baixo acesso a empregos que assegurem direitos trabalhistas.

Para além das considerações feitas, focalizando agora no atendimento clínico, vale ressaltar que com as faltas recorrentes a continuidade das atividades e a evolução do processo psicoterapêutico foi prejudicada, visto que as demandas da participante eram complexas e muito se perdia pelos dias em que J. não compareceu. O quadro 2 [GB25] refere-se ao registro de frequência da paciente e elucida as faltas e desmarcações ocorridas durante o período de atendimento.

**Tabela 8 - Registro de Frequência da paciente**

<b>Data</b>	<b>Frequência</b>	<b>Justificativa (em caso de falta)</b>
10/05/2024	PRESENTE	-
17/05/2024	PRESENTE	-
24/05/2024	DESMARCADA	Desmarcado pela estagiária por motivos familiares.
31/05/2024	DESMARCADA	A paciente viajou.
07/06/2024	PRESENTE	-
14/06/2024	DESMARCADA	A paciente viajou.
18/06/2024	PRESENTE	-
25/06/2024	PRESENTE	-
02/07/2024	PRESENTE	-

09/07/2024	DESMARCADA	A paciente foi tirar RG.
16/07/2024	PRESENTE	-
23/07/2024	PRESENTE	-
23/07 - 29/08	FÉRIAS DA ESTAGIÁRIA	-
29/08/2024	PRESENTE	-
05/09/2024	DESMARCADA	Desmarcada pela genitora com a justificativa de que não tinha dinheiro para a passagem.
12/09/2024	PRESENTE	-
19/09/2024	DESMARCADA	Desmarcada pela genitora com a justificativa de que não tinha dinheiro para a passagem.
26/09/2024	PRESENTE	-
03/10/2024	PRESENTE	-
10/10/2024	DESMARCADA	Desmarcada pela genitora com a justificativa de que não tinha dinheiro para a passagem.
17/10/2024	FALTOU	Confirmou a sessão no dia anterior, mas faltou sem dar justificativa.
24/10/2024	PRESENTE	-
31/10/2024	DESMARCADA	Desmarcada pela estagiária, pois foi monitora em um mini curso sobre abuso sexual infantil coordenado pelo LEVICA
07/11/2024	DESMARCADA	Desmarcada pela genitora com a justificativa de que não tinha dinheiro para a passagem.
14/11/2024	DESMARCADA	Desmarcada pela genitora com a justificativa de que precisaria levar sua filha mais velha à UPA.
21/11/2024	DESMARCADA	Desmarcada pela estagiária por fechamento da rodovia de acesso à ONG Vida Plena.
28/11/2024	DESMARCADA	Desmarcada pela estagiária por dificuldades para chegar à ONG Vida Plena.
05/12/2024	PRESENTE	-
12/12/2024	FALTOU	Confirmou a sessão no dia anterior, mas faltou sem dar justificativa.

**Fonte: Elaboração própria**

Devido aos desafios encontrados no processo, é importante ressaltar que a aplicação do programa SUPERAR não foi finalizada. Considerando as 16 sessões prescritas para sua aplicação e que a execução teve início em 7 de junho de 2024, a previsão de término seria para o dia 20 de setembro de 2024. No entanto, muitos fatores contribuíram para que a aplicação se prolongasse, como o surgimento de demandas de urgência, as faltas da paciente, o período de recesso da Universidade e, conseqüentemente, dos atendimentos clínicos, e a necessidade de redução ou prolongamento de algumas sessões. Desde o início da aplicação do protocolo, excluindo as faltas e as sessões desmarcadas, foi possível a realização de 12 sessões de atendimento para aplicação do programa SUPERAR, sendo 6 destinadas à execução do programa SUPERAR, 2 destinadas às demandas de urgência e 4 para se trabalhar vínculo terapêutico. Dessa forma, a aplicação do programa foi realizada até a nona sessão.

No entanto, foi a análise da conceitualização de caso (Apêndice B), mapa que orienta o trabalho a ser realizado com o cliente (Beck *et al.*, 1997), a respeito da relação terapeuta-paciente, que favoreceu grandemente a decisão de pausar a aplicação do protocolo. Inicialmente, J. mostrou-se engajada e participativa em seu processo psicoterapêutico. Assim como relatado na **conceitualização de caso** [GB26], a paciente, no início, se mostrou interessada, curiosa e empolgada, apesar de algumas vezes verbalizar que não queria falar sobre o episódio de violência para não se lembrar do que aconteceu e demonstrar fuga dos sentimentos.

Porém, desde a reinserção à família, que se deu em agosto, durante o recesso, a paciente demonstrou maior resistência, verbalizando que não gostaria de estar ali e que não queria falar. Em uma das sessões que objetivavam o reparo do vínculo terapêutico, enquanto conversávamos sobre sexualidade, perguntei à J. se ela já havia beijado na boca e, após resistir e dizer que nunca me contaria isso, a paciente disse: “Já, e a minha mãe me espancou quando eu contei pra ela”. Esse comportamento evidencia os sentimentos de vergonha e medo, sendo esses considerados a expressão de alterações comportamentais e cognitivas apresentadas por crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual (Schneider & Habigzang, 2016).

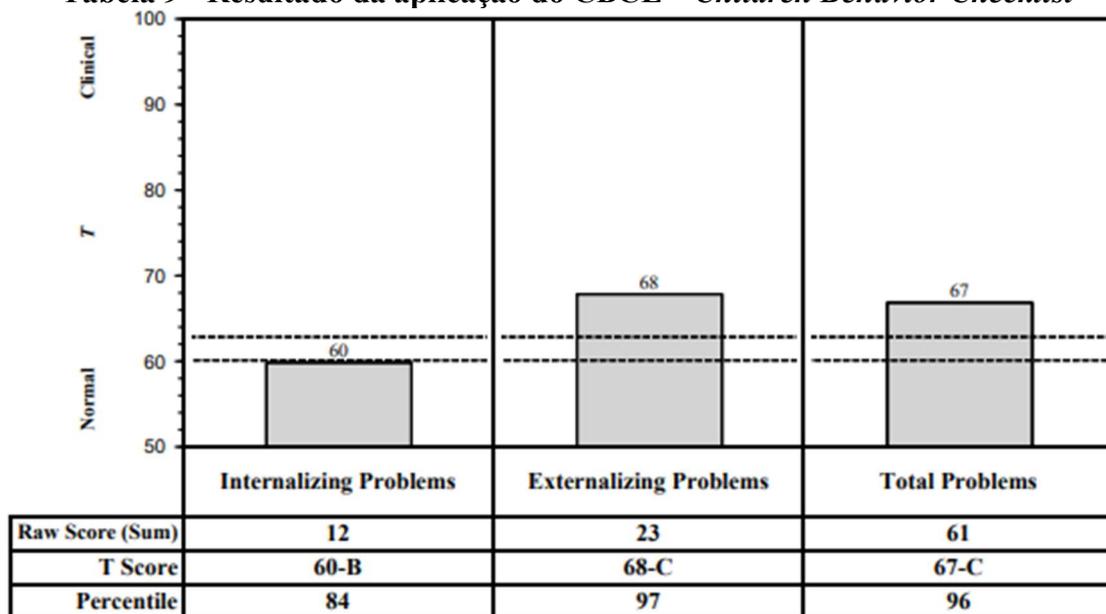
A mudança comportamental e seus impactos na relação terapêutica concordam com o efeito de disfunção advindo dos processos proximais e das experiências interacionais da paciente (Bronfenbrenner; Morris, 1998 *apud* Cecconello; Koller, 2004) já citado. Mas, além disso, corroboram também com a noção de que o impacto da disfunção no desenvolvimento do sujeito será ainda maior em ambientes desfavoráveis ou desorganizados, visto que é onde as manifestações da disfunção se dão de forma mais frequentes e severas (Bronfenbrenner, 1999 *apud* Cecconello; Koller, 2004).

Considera-se, então, como um dos grandes desafios o aparecimento de comportamentos externalizantes, impacientes, evitativos e opositores, que inicialmente eram demandas externas ao processo psicoterapêutico, e, após o retorno das férias, expandiu-se ao *setting* terapêutico. Neste sentido, utilizou-se o Child Behavior Checklist (CBCL), instrumento que tem como objetivo a avaliação da competência social e problemas de comportamento em crianças e adolescentes por meio do relato dos pais e/ou responsáveis (Achenbach; Rescorla, 2001; Borsa; Bandeira, 2011 *apud* Roama-Alves; Amorim, 2023).

Quando aplicado o CBCL na mãe da paciente, o resultado corroborou com dados apresentados por Ribeiro *et al* (2023), que realizou um estudo em um Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual com 27 crianças, sendo 19 meninas, com média de idade de 7,95 anos. Através de aplicação e análise do CBCL – *Children Behavior Checklist*, este estudo indicou que as meninas apresentaram em sua maioria comportamentos externalizantes, sendo 52,6% na faixa clínica e 10,5% na faixa limítrofe. Os resultados vão de encontro com outro estudo, realizado por Hébert *et al.* (2017) *apud* Ribeiro *et al.* (2023) realizado com 309 crianças vítimas de abuso sexual, que verificou maior média para comportamentos externalizantes (58,70%) do que internalizantes (56,28%).

A Tabela 4 indica parte do resultado da aplicação do CBCL na mãe da paciente em questão. Apesar de a pontuação de problemas internalizantes e externalizantes estarem ambas dentro do limite clínico, a pontuação de problemas externalizantes (percentil 96) foi maior do que a de problemas internalizantes (84). Assim, este resultado é mais uma evidência da relação existente entre violência sexual e a presença de problemas externalizantes.

**Tabela 9 - Resultado da aplicação do CBCL – *Children Behavior Checklist***



### Fonte: ASEBA Standard

A partir de tudo o que foi exposto, retoma-se ao foco dado no restabelecimento da relação terapêutica e a importância da atenção dada a esta dimensão para a continuidade do atendimento clínico. Vislumbrou-se esta necessidade a partir do momento em que J. verbalizou diversas vezes sua vontade de ficar em silêncio e de não estar ali [na sala da AVPM onde ocorreram os atendimentos]. Tendo como base a intervenção psicoterápica a partir da TCC, considerou-se o empirismo colaborativo, o qual prevê que paciente e terapeuta devem trabalhar como uma equipe, identificando e avaliando os dados trazidos pelo paciente (Beck; Alford, 2000). Neste sentido, duas sessões foram dedicadas somente para avaliar juntamente com a paciente como estava se dando nossa relação terapêutica. Ao elaborar tais sessões, foi essencial pensar em adaptações lúdicas dos objetivos estabelecidos pela estagiária para o contexto da adolescência (FRIEDBERG *et al.*, 2011). Assim, foram utilizados como recursos os jogos *Uno* e *Papo Teen*, tecido, tinta, pincel e carta.

A primeira sessão dedicada ao restabelecimento da relação terapêutica teve como objetivo conversar sobre a relação terapeuta-paciente, de modo que ambas pudessem compartilhar suas percepções. Foi compartilhado com a paciente as observações a respeito das mudanças de comportamento e da sua vontade de não estar ali, de forma que a paciente pôde compartilhar sugestões de mudanças para tornar o processo psicoterapêutico mais atrativo. Neste dia, foram utilizados os jogos *Uno* e *Papo Teen*. Este último jogo trata de cartas com perguntas que possibilitam a abertura de diálogo e a exposição de opiniões do adolescente.

A dinâmica se deu da seguinte forma: estagiária e paciente poderiam fazer até 7 perguntas uma para outra, assim, cada uma escolheu 7 cartas. Neste momento, foi interessante perceber que J. escolheu perguntar à terapeuta coisas como “Qual é a sua cor de roupa favorita?”/“Você prefere gato ou cachorro?”, evidenciando não só sua curiosidade em relação à pessoa do terapeuta, como também a exploração do mundo, apontada por Erikson (1972 *apud* Veríssimo, 2002) como fundamental ao adolescente, que ~~afirma-sese~~ afirma em si a partir do que se difere dos outros

Com relação às cartas de perguntas escolhidas pela estagiária, uma delas foi “Tirando a sua família, em quem mais você pode confiar?”, e J. respondeu que podia confiar na estagiária. Este momento foi fundamental para reforçarmos questões de sigilo, bem como evidenciou um resgate da relação terapeuta-paciente, à medida que foi apontado pela paciente aquele espaço como um ambiente de segurança (Shinohara, 2000 *apud* Castro *et al.*, 2009). Por fim, ainda nesta sessão, foi combinado que juntas iriam construir uma almofada, a almofada da

raiva, pensando que este trabalho em conjunto poderia favorecer o estreitamento dos laços e serviria como uma estratégia de enfrentamento à raiva que a paciente relatava sentir.

Portanto, a segunda e a terceira sessão tiveram como objetivo dar continuidade à produção da almofada da raiva, a qual J. levaria para casa. Para isso, foram utilizados uma fronha, tinta e pincel. Nesta etapa, a estagiária levou uma fronha de tecido para que a paciente pudesse personalizá-la da forma que quisesse, tendo J. carimbado a sua mão diversas vezes no tecido, como mostra a Figura 1.



**Figura 1 – Construção da almofada da raiva.**

Até chegarmos à quarta sessão dedicada à relação terapêutica, houve 5 desmarcações, de modo que levou mais de um mês para sua ocorrência. Além disso, esta era a penúltima sessão de atendimento antes do recesso da estagiária, por isso, a estagiária escreveu uma carta para J, ressaltando as potencialidades da paciente, tendo sido um momento muito valioso para a relação terapeuta-paciente. J. avaliou esta sessão como 9,5 de 10. Na mesma semana, a paciente pela primeira vez entrou em contato via áudios do *WhatsApp* com a estagiária para contar que foi aprovada na escola e passou direto para o 6º ano (Figura 2). A quarta sessão acabou se tornando a última do período, visto que J. faltou na semana seguinte.



**Figura 2 – Conversa entre paciente e estagiária no *WhatsApp*.**

Considerando a relação terapêutica como fio condutor do processo psicoterápico, todas as quatro sessões foram essenciais durante o atendimento de J. Como explica Schindler, *et al.* (1989) *apud* Meyer; Vermes (2001), negligenciar a relação terapêutica pode ser considerada uma das maiores justificativas para o fracasso do tratamento. Dessa forma, mesmo que tenha sido necessário pausar a aplicação do programa SUPERAR – que apresenta como resultados redução de sintomas de depressão, ansiedade, estresse e Transtorno do Estresse Pós Traumático (TEPT) (Habigzang *et al.*, 2009; Habigzang *et al.*, 2013 *apud* Schneider; Habigzang, 2016) – mostrou-se de grande importância não dar continuidade à utilização do SUPERAR por conta das discontinuidades e das dificuldades na criação do vínculo entre terapeuta e paciente.

Por fim, vale ressaltar a relação que DiGiuseppe *et al.* (1996), Nock; Ferriter (2005) e Pereira *et al.* (2006) *apud* Castro *et al.* (2009) apontam entre o estabelecimento da relação terapêutica e a motivação dos pais. De acordo com os autores, a construção de uma boa relação entre terapeuta e crianças parece estar relacionada com a motivação dos pais e com a forma como estes se percebem no processo terapêutico. O estudo de caso aqui apresentado, no entanto, aponta para uma possível associação do estabelecimento da relação terapêutica com questões do macrossistema, que refletem de forma direta no desenvolvimento do sistema

familiar (Antoni *et al.*, 2000). São exemplos de macrossistema o acesso ou não a políticas públicas e sociais que garantam o essencial ao desenvolvimento de crianças e adolescentes e à estruturação dos pais – seja em relação aos cuidados com vínculos, seja do ponto de vista da garantia de acesso à saúde, educação, moradia e trabalho dignos. Todos esses fatores influenciaram no desenvolvimento de J., mas também nos desafios que permearam o acompanhamento psicoterapêutico de uma adolescente vítima de violência sexual.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo analisar, através de um estudo de caso, a importância do estabelecimento da relação terapêutica no atendimento clínico de uma adolescente vítima de violência sexual. O caso de J. apresenta-se como um caso grave, visto a violência sexual sofrida e as consequências geradas, como gravidez aos onze anos, retirada da família e passagem pelos equipamentos de proteção como acolhimento familiar e institucional.

Durante o atendimento clínico, os desafios encontrados foram: faltas e desmarcações recorrentes, mudança brusca de comportamento após reintegração familiar, resistência às atividades propostas, comprometimento interrelacional proveniente das situações de violência e evitação destes episódios. Todos os desafios citados impactaram diretamente no desenvolvimento da relação terapêutica, de modo que perceber tal influência foi essencial para manejar as sessões e reparar a relação. Ainda que tenha sido necessário pausar a aplicação do programa SUPERAR, entendeu-se a importância da qualidade do vínculo terapeuta-paciente para a continuidade do processo psicoterapêutico, bem como para o sucesso da terapia.

Vale ressaltar aqui a importância de mais estudos e pesquisas que se dediquem a compreender a importância de valorizar e olhar com atenção para a relação estabelecida entre terapeuta e crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, mesmo que isso custe a reestruturação de objetivos e de sessões. Considerando a importância da relação terapêutica e sua função facilitadora em intervenções e uso de técnicas, a persistência na aplicação de um programa ou protocolo não deve desconsiderar a necessidade de reparos no vínculo, quando o processo psicoterapêutico exigir isso.

Além disso, como a relação terapeuta-criança/adolescente é influenciada também pela relação terapeuta-pais, esta instância é algo que deve ser explorado no atendimento clínico do público infantojuvenil. Como mostrou a discussão, a exploração desta circunstância deve considerar o exo e o macrossistema nos quais determinada família se inserem, visto que a motivação frente ao processo psicoterapêutico não termina em si, mas é atravessada por presença ou ausência de políticas públicas e sociais relacionadas à educação, saúde, trabalho e moradia.

Por fim, pode-se afirmar que foi de grande importância neste caso não negligenciar a relação terapêutica e inserir sessões com objetivo de explorar tal instância. Porém, vale pontuar que as limitações deste trabalho esbarraram de forma intensa nas constantes faltas da paciente e também no período de recesso dos atendimentos. Por tais motivos, não foi possível retomar à aplicação do programa SUPERAR após as sessões dedicadas ao vínculo, de forma que não

foram obtidos resultados diretos quanto à relevância da manutenção da relação terapêutica na retomada da execução do protocolo.

## 8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Vitória Braz de; SILVA, Rita de Cássia Ramires da; VIEIRA, Ana Carolina Santana. FORTALECENDO A EDUCAÇÃO SEXUAL DESDE A INFÂNCIA: AÇÕES PARA CONSCIENTIZAÇÃO E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL. *Gep News*, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 473–480, 2021. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/12955>. Acesso em: 3 fev. 2025.

ALTOÉ, Sônia; SILVA, Magali; PINHEIRO, Bruna. A inconstância dos laços afetivos na vida das crianças e adolescentes abrigados. *Psicologia política*, v. 11, n. 21, 2011, p. 109-122.

ANJOS, Ricardo Eleutério dos *et al.* O CÉREBRO ADOLESCENTE E O PROCESSO BIOLÓGICO HISTORICAMENTE CONDICIONADO: contribuições da teoria histórico-cultural à educação escolar. *Atos de Pesquisa em Educação*, Blumenau, v. 14, n. 2, p. 622-642, nov. 2019. Disponível em: <https://ojsrevista.furb.br/ojs/index.php/atosdepesquisa/article/view/7171/4435>. Acesso em: 28 jan. 2025.

ANTONI, Clarissa de; KOLLER, Sílvia Helena. A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. *Estudos de Psicologia (Natal)*, [S.L.], v. 5, n. 2, p. 347-381, dez. 2000. Tikinet Edicao Ltda. - EPP. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-294x2000000200004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/wJy6Z3jHvGGmmLhn6zKQVwj/>. Acesso em: 29 jan. 2025.

AZEVEDO, Emily Tinoco de. **O BRINCAR COMO MEDIADOR LINGUÍSTICO NO PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO COM CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA**. 2024. 75 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2024.

BECK, Aaron T. *et al.* Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behaviour Research And Therapy*, [S.I.], v. 35, n. 8, p. 785-791, ago. 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9256522/>. Acesso em: 30 jan. 2025.

BECK, J. S. (2013). **Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática** (S. M. Rosa, Trad.) Porto Alegre: Artmed.

BERTÃO, Ana; DELGADO, João Paulo Ferreira; CARVALHO, João Manuel da Silva; PINTO, Vânia S. O CONTACTO NO ACOLHIMENTO FAMILIAR DE CRIANÇAS E JOVENS. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, Lisboa, v. 6, n. 1, p. 193-209, jan. 2015. Disponível em: <http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/3551>. Acesso em: 31 jan. 2025.

BRAGA, Gasparina Louredo de Bessa; VANDENBERGHE, Luc. Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 307-314, set. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-166x2006000300010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/Xnk5fdRPkRNGGBWGwQSGjTK/>. Acesso em: 27 jan. 2025.

Brasil. Ministério da Justiça. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil**. 3 ed. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos / DCA, 2002. Disponível em: <https://www.movimentodeemaus.org/data/material/plano-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0400\\_M.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf). Acesso em: 28 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico: Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021**. Brasília, DF. Ministério da Saúde. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08/view>. Acesso em: 25 jan. 2025.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei Federal n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/534718/eca\\_1ed.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/534718/eca_1ed.pdf). Acesso em: 25 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia\\_faz\\_mal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_faz_mal.pdf). Acesso em: 28 jan. 2025.

BRASIL. **Lei Menino Bernardo**: Lei Federal n.º 13.010 de 26 de junho de 2014. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/113010.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113010.htm). Acesso em: 26 jan. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. **Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/113431.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113431.htm). Acesso em: 29 jan. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Gravidez na Adolescência**: por hora, nascem 44 bebês de mães adolescentes no Brasil, segundo dados do SUS. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/por-hora-nascem-44-bebes-de-maes-adolescentes-no-brasil-segundo-dados-do-sus>. Acesso em: 03 fev. 2025.

BRITO, Ana Maria M.; ZANETTA, Dirce Maria T; MENDONÇA, Rita de Cássia V; BARISON, Sueli Z. P.; ANDRADE, Valdete A. G. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 143-149, mar. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000100021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/k7czgGsXLNddvw8fnj7CXnm/>. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano**: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

BUENO, Camille; KLEINHANS, Andréia Cristina dos Santos; SILVA, Diego da. A relação terapêutica na Terapia Cognitivo-Comportamental. **Conjecturas**, Curitiba, v. 21, n. 6, p. 771-784, dez. 2021. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/356877018\\_A\\_relacao\\_terapeutica\\_na\\_Terapia\\_Cognitivo-Comportamental](https://www.researchgate.net/publication/356877018_A_relacao_terapeutica_na_Terapia_Cognitivo-Comportamental). Acesso em: 28 jan. 2025.

CAMARGO, Jeyce Caroline Oliveira; NASCIMENTO, Márcio Alessandro Neman do. A importância do brincar para crianças em atendimento psicológico no contexto da Justiça Criminal. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, [S.I], v. 3, n. 13, p. 364-378, abr. 2021. Disponível em:

<https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/article/view/12300>. Acesso em: 25 jan. 2025.

CARVALHO, Clara Coelho de. **Gravidez na adolescência: principais causas e consequências**. 2013. 26 f. Monografia (Especialização) - Curso de Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, 2013.

CASIQUE, Leticia Casique; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.I], v. 14, n. 6, p. 137-144, jul. 2006. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt\\_v14n6a18.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a18.pdf). Acesso em: 28 jan. 2025.

CASTRO, Maria; LAMELA, Diogo; FIGUEIREDO, Bárbara. Aliança Terapêutica Pais-Terapeuta Como Indicador Da Qualidade Da Relação Terapêutica Entre Criança e Terapeuta. **Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (Racc)**, Córdoba, v. 1, n. 1, p. 53-60, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3334/333427067007.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2025.

CECCONELLO, Alessandra; KOLLER, Silvia Helena. **Inserção Ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco**. In: KOLLER, Silvia Helena; MORAIS, Normanda; PALUDO, Simone. *Inserção Ecológica: um método de estudo do desenvolvimento humano*. Editora Pearson: Porto Alegre, 2004, p. 39-62.

CEDECA. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Contra Crianças e Adolescentes**. Disponível em: <https://ecpatbrasil.org.br/site/wp-content/uploads/2016/04/PLANO-NACIONAL-DE-ENFRENTAMENTO-DA-VIOLENCIA-SEXUAL.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2025.

CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira (coord.). **Atlas da violência 2024**. Brasília: Ipea; FBSP, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14031>. Acesso em: 26 jan. 2025.

CHILDHOOD BRASIL. **Entenda a diferença entre abuso e exploração sexual**. 2015. Disponível em: <https://www.childhood.org.br/entenda-a-diferenca-entre-abuso-e-exploracao-sexual/>. Acesso em: 02 fev. 2025.

CONCEIÇÃO, Tatiana. **Acolhimento de crianças e adolescentes**: ausência de política pública ou negligência familiar? Um olhar do CREAS sobre o acompanhamento dessas famílias. 7º Encontro Internacional de Política Social, 14º Encontro Nacional de Política Social, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/25831>. Acesso em: 29 jan. 2025.

CONCEIÇÃO; Marimeire Moraes; MARTINS, Lucas Amaral; RAMOS, Larissa Pereira; SANTOS, Carolina de Jesus; MORAIS, Raimundo Daltro Conceição; SANTOS, Ises Adriana Reis; WHITAKER, Maria Carolina Ortiz; CAMARAGO, Climene Laura. **Gestação secundária à violência sexual infantojuvenil: percepções de profissionais de saúde**. **Enfermagem em Foco**. [S.I], v. 12, n. 4, p 667-674, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4427>. Acesso em: 29 jan. 2025.

CUSTÓDIO, André Viana; LIMA, Rafaela Preto de. **O CONTEXTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**. **Direitos Sociais e Políticas Públicas**, [S.I], v. 11, n. 2, p. 48-72, set. 2023. Disponível em: <https://portal.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/1295>. Acesso em: 26 jan. 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.

DREZETT, Jefferson; CABALLERO, Marcelo; JULIANO, Yara; PRIETO, Elizabeth T; MARQUES, José A; FERNANDES, César E. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **Jornal de Pediatria**, [S.L.], v. 77, n. 5, p. 413-419, out. 2001. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s0021-75572001000500013>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jped/a/wfwFrPjwJdDr9F6nw7ZdzQR/>. Acesso em: 28 jan. 2025.

DINIZ, Eva; KOLLER, Silva Helena. O afeto como um processo de desenvolvimento ecológico. **Educar**, n. 36, p. 65-76, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/er/a/rGkKHtMrZ4rRqJS8MT6WcHs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 jan. 2025.

EGRY, Emiko Yoshikawa *et al.* Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 83-92, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/f8d5HrVPXxxTHD33PJQJV4B/>. Acesso em: 28 jan. 2025.

FARAJ, Suane P.; SIQUEIRA, Aline Cardoso; ARPINI, Dorian Mônica. Rede de proteção: o olhar de profissionais do sistema de garantia de direitos. **Temas em Psicologia**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 727-741, jan. 2016. Associação Brasileira de Psicologia.

<http://dx.doi.org/10.9788/tp2016.2-18>. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/pdf/5137/513754278018.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2025.

FERREIRA, Manuela; NELAS, Paula Batista. Adolescências... Adolescentes... **Millenium - Journal Of Education, Technologies, And Health**, [S.I.], v. 32, n. 11, p. 141-162, 2016.

Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/277166024\\_Adolescencias\\_Adolescentes](https://www.researchgate.net/publication/277166024_Adolescencias_Adolescentes). Acesso em: 25 jan. 2025.

FIUZA, William Macedo; LHULLIER, Cristina. Possíveis Aplicações da Técnica de Role-Play no Atendimento a Famílias Adotantes. **Pensando Famílias**, [S.I.], v. 22, n. 2, p. 20-36, dez. 2018. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v22n2/v22n2a03.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2025.

FLORENTINO, Bruno Ricardo Bérghamo. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. **Fractal: Revista de Psicologia**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 139-144, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/805>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/dPY6Ztc8bphq9hzdhSKv46x/?lang=pt>. Acesso em: 27 jan. 2025.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>. Acesso em: 27 jan. 2025.

FRIEDBERG, R. D.; McCLURE, J. M.; GARCIA, J. H. **Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GALONI, Luana Luiza. **Estudo de Caso: aplicação do programa superar em uma adolescente vítima de abuso e exploração sexual**. 2018. 76 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2018.

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

HILLIS, Susan; MERCY, James; AMOBI, Adugo; KRESS, Howard. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children : A Systematic Review and Minimum Estimates. **Pediatrics**, [S.I.], v. 137, n. 3, p. 1-22, jan. 2016. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6496958/>. Acesso em: 22 jan. 2025.

KRISTENSEN, Aline Duarte *et al* (org.). **A relação terapêutica nas terapias cognitivo-comportamentais: prática clínica e aspectos transteóricos**. Porto Alegre: Artmed, 2024. 328 p.

KRUG Etienne G; DAHLBERG, LINDA L; MERCY, James A; ZWI, Anthony B; LOZANO, Rafael eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2025.

MAIA, Bruna Bortolozzi; CARDOSO, Érika Arantes de Oliveira; PESSA, Rosana Pilot; PINA, Marina Garcia Manochio; SANTOS, Manuel Antônio dos. Vínculo terapêutico: desafios de uma equipe multidisciplinar especializada em transtornos alimentares. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 1-27, jul. 24. Disponível em: <https://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/16106>. Acesso em: 29 jan. 2025.

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 4, p. 315-334, dez. 2009. Disponível em [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742009000400002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000400002&lng=pt&nrm=iso). <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000400002>. Acesso em: 4 nov. 2024.

MEDEIROS, Ilanna Pinheiro da Costa. **Violência Intrafamiliar: um estudo pela perspectiva dos profissionais da rede socioprotetiva de Mesquita** / rj. 2020. 96 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2020. Disponível em: <https://tede.ufrj.br/jspui/handle/jspui/5882>. Acesso em: 28 jan. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra crianças e adolescentes:: questão social, questão de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 1, n. 2, p. 91-102, ago. 2001. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/mQqmmSTBf77s6Jcx8Wntkgg/?lang=pt&format=html>.

Acesso em: 26 jan. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde**: Um passo a mais na cidadania em saúde. 2002. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/notificacao-de-maus-tratos-contra-criancas-e-adolescentes-pelos-profissionais-de-saude/view>. Acesso em: 28 jan. 2025.

NOGUEIRA, Carlos André; CRISOSTOMO, Kelly Nunes; SOUZA, Rafaela dos Santos; PRADO, Jéssica de Macedo. A importância da psicoeducação na terapia cognitivo comportamental: uma revisão sistemática. **Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano**. Barreiras, v. 2, n. 1, p. 108-120, 2017. Disponível em: <https://www.studocu.com/pt-br/document/universidade-aberta-do-sistema-unico-de-saude/enfermagem/a-importancia-da-psicoeducacao/101703254>. Acesso em: 25 jan. 2025.

NUNES, Antonio Jakeulmo; SALES, Magda Coeli Vitorino. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 21, n. 3, p. 871-880, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hbQG5xjXFgD6qBLw4D95NNg/?lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2025.

NUNES, Mykaella Cristina Antunes; SILVA, Anadely Castro; LEITE, Solange Maria de Lacerda; CUNHA, Thiago. Gravidez decorrente de violência sexual: revisão sistemática da literatura. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 88-103, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/myRTsNpTbBfTW8dF3TdTKLK/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 03 fev. 2025.

OBANDO, Juliane Mesquita. **Educação Sexual**: o papel da escola na prevenção da violência sexual contra as mulheres. 2021. 166 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2021. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/16758>. Acesso em: 03 fev. 2025.

PEIXOTO, Ana Cláudia de Azevedo; GONÇALVES, Sílvia Maria Melo; ROZARIO, Gian Fonseca. **Intervenção interdisciplinar com crianças e adolescentes institucionalizados**. In: Ciências da saúde – O Trabalho de Equipes Multiprofissionais em Diferentes Contextos. Curitiba: Editora Juruá, 2019, p. 115-138.

PEIXOTO, Ana Cláudia de Azevedo *et al.* **Terapia Cognitivo-Comportamental para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual: programa superar** - um estudo sobre a aplicação e adaptação em uma adolescente vítima de abuso sexual. In: CARVALHO, Marcele Regine de et al (org.). *Produções em Terapia Cognitivo-Comportamental: integração e atualização*. Belo Horizonte: Artesã, 2020. p. 387-400.

PENSO, Maria Aparecida; MORAES, Patrícia. Reintegração familiar e múltiplos acolhimentos Institucionais. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales**, 2016, v.14, n.2. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v14n2/v14n2a44.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2025.

PEREIRA, Laís de Toledo Krücken; GODOY, Dalva Maria Alves; TERÇARIOL, Denise. Estudo de caso como procedimento de pesquisa científica: reflexão a partir da clínica fonoaudiológica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [S.L.], v. 22, n. 3, p. 422-429, 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-79722009000300013>.

PERES, Rodrigo Sanches; SANTOS, Manoel Antônio dos. Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em psicologia. **Interações**, São Paulo, v. 10, n. 20, p. 109-126, dez. 2005. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-29072005000200008](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072005000200008). Acesso em: 26 jan. 2025.

PIRES, Thiago de Oliveira; SILVA, Cosmes Marcelo Furtado Passos; ASSIS, Simone Gonçalves. Ambiente familiar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, p. 24-32, fev. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/yDfwgymmXn36qkdHQXmRWCw/?lang=pt>. Acesso em: 27 jan. 2025.

PLATT, Vanessa Borges; GUEDERT, Jucélia Maria; COELHO, Elza Berger Salema. VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS: notification and alert in times of pandemic. *Revista Paulista de Pediatria*, [S.L.], v. 39, p. 1-7, jan. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2020267>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/Ghh9Sq55dJsrg6tsJsHCfTG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 jan. 2025.

RIBEIRO, Rosangela Kátia Sanches Mazzorana; ROAMA-ALVES, Rauni Jandé; DIAS, Tatiane Lebre; CAMARGO, Maria Ida Ferreira Pires. Efeitos psicológicos da violência sexual em crianças brasileiras. **Revista Psicopedagogia**, [S.L.], v. 40, n. 123, p. 282-292, jul. 2023. *Revista Psicopedagogia*. <http://dx.doi.org/10.51207/2179-4057.20230027>. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/revistapsicopedagogia.com.br/pdf/v40n123a02.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2025.

RIZZINI, I., ZAMORA, M. H. & KLEIN, A. (2008). **O adolescente em contexto**. In Secretaria Especial dos Direitos Humanos (Ed.), *Justiça juvenil sob o marco da proteção integral [Apostila do Seminário de Justiça Juvenil]* (pp.36-51). São Paulo: ABMP.

ROAMA-ALVES, Rauni Jandé; AMORIM, Rosimeire de Moraes. O Inventário CBCL/6-18 no Brasil: Revisão de Evidências de Validade e Precisão. **Avaliação Psicológica**, Mato Grosso, v. 11, n. 1, p. 33-41, 2023. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v22n1/2175-3431-avp-22-01-0033.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2025.

São Paulo: Martins Fontes, 1991. VYGOTSKY, L. S. **Obras Escogidas – Tomo V**: Fundamentos de defectologia. Madrid: Visor, 1983.

SANTOS, Marconi de Jesus; MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros; RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco; MONTEIRO, Rosane Aparecida. Caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes na escola - Brasil, 2010-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 1-10, maio 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000200010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/kLhXyY7p3NFKm4KrpZRpCTz/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 28 jan. 2025.

SCHNEIDER, J. A.; HABIGZANG, L. F. (2016). **Aplicação do Programa Cognitivo-Comportamental Superar para atendimento individual de meninas vítimas de violência sexual**: estudos de caso. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(3), 543-556. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/apl34.3.2016.08>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/799/79947707009.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2025.

SCHOEN-FERREIRA, Teresa Helena; AZNAR-FARIA, Maria; SILVARES, Edwiges Ferreira de Mattos. Adolescência através dos Séculos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 227-234, jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/MxhVZGYbrsWtCsN55nSXszh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 jan. 2025.

SCHOEN, Teresa Helena. Conceito de adolescência. In: JESUS, Neusa Francisca de *et al* (org.). **Adolescência e Saúde 4**: construindo saberes, unindo forças, consolidando direitos. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018. p. 17-19.

SILVA, Karoline Arcanjo Apóstolo da. **Estudo de Caso de uma adolescente institucionalizada por 16 anos**. 2020. 100 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2020.

SOARES, Elaine Maria Rosa; SILVA, Nhataly Lira Lira; MATOS, Maria Antonia Silva; ARAÚJO, Ellen Thallita Hill; SILVA, Luana da Silva Rodrigues; LAGO, Eliana Campêlo. Perfil da violência sexual contra crianças e adolescentes. **Revista Interdisciplinar**, [S.I.], v. 9, n. 1, p. 87-96, mar. 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6771970>. Acesso em: 28 jan. 2025.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Análise das desigualdades sociais na infância e adolescência no Rio de Janeiro (RJ)**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/analise-das-desigualdades-sociais-na-infancia-e-adolescencia-no-rio-de-janeiro>. Acesso em: 3 fev. 2025.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil**. São Paulo: FBSP, 2024. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/panorama-da-violencia-letal-e-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-no-brasil-2021-2023>. Acesso em: 4 nov. 2024.

VALENTE, Janete Aparecida Giorgetti. **As relações de cuidado e de proteção no Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora**. 2013. 300 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.relaf.org/TesisValente.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2025.

VALENTE, Jane. Proteção Social especial de alta complexidade: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes. In: VALENTE, Jane. **Família Acolhedora: as relações de cuidado e de proteção no serviço de acolhimento**. São Paulo: Paulus, 2014. Cap. 2. p. 1-332.

VERÍSSIMO, Ramiro. **Desenvolvimento Psicossocial (Erik Erikson)**. Porto: Rv Productions, 2002. 26 p. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9133?mode=full>. Acesso em: 28 jan. 2025.

VON HOHENDORFF, Jean *et al.* VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: identificação, consequências e indicações de manejo. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, v. 0, n. 49, p. 239-257, nov. 2017. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Naiiana-Patias/publication/321757657\\_Violencia\\_sexual\\_contra\\_crianças\\_e\\_adolescentes\\_identificacao\\_consequencias\\_e\\_indicacoes\\_de\\_manejo/links/5a303ce90f7e9b0d50f8d611/Violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-identificacao-consequencias-e-indicacoes-de-manejo.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Naiiana-Patias/publication/321757657_Violencia_sexual_contra_crianças_e_adolescentes_identificacao_consequencias_e_indicacoes_de_manejo/links/5a303ce90f7e9b0d50f8d611/Violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-identificacao-consequencias-e-indicacoes-de-manejo.pdf). Acesso em: 28 jan. 2025.

WALSH, Froma. **Processos normativos da família: diversidade e complexidade**, 4 ed. São Paulo: Artmed, 2016.

WHO – World Health Organization: **Recognizes child abuse as a major public health problem**. 1999. Disponível em: <http://www.who.int/inf-pr-1999/en/pr99-20.html>. Acesso em: 28 jan. 2025.

WHO – World Health Organization: **Global Status Report on Preventing Violence Against Children**. Geneva: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 2020. 332 p. Disponível em:

<https://www.unicef.org/media/70731/file/Global-status-report-on-preventing-violence-against-children-2020.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2025.

## APÊNDICE A<sub>[GB27]</sub>

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Eu, \_\_\_\_\_,  
identidade \_\_\_\_\_, autorizo meu atendimento psicológico a ser realizado na Associação Vida Plena de Mesquita - RJ, por estagiários de psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, coordenado pela Professora Dr.<sup>a</sup> Ana Cláudia de Azevedo Peixoto (Coordenadora do Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes – LEVICA/ UFRRJ). Declaro estar ciente do teor científico do tratamento, que poderá utilizar dados das sessões realizadas para fins de pesquisa, nada tendo juridicamente a reclamar. Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 196/96), do Ministério da Saúde. Fui ainda informado(a) de que posso retirar o menor a qualquer momento, que não sofreremos quaisquer sanções ou constrangimentos, mas estou ciente, que a recusa em continuar o tratamento pode causar prejuízos psicológicos para a criança/ adolescente, bem como a impossibilidade no alcance das metas no tratamento, além de haver a possibilidade de manifestações de sintomas físicos/ emocionais com o decorrer do tempo. Receberei uma cópia deste Termo, onde consta o celular e o e-mail da professora supervisora, podendo tirar as dúvidas sobre os atendimentos em qualquer momento, se necessário.

Mesquita, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

(Assinatura do Adolescente)

---

(Assinatura da Professora Supervisora

Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia de Azevedo Peixoto – CRP: 23819 / SIAPE: 1808252)

Tel.: 21 999417759 Email: [claudiaapeixoto@gmail.com](mailto:claudiaapeixoto@gmail.com)

## APÊNDICE B

### CONCEITUALIZAÇÃO DE CASO

#### VI - INFORMAÇÕES SOBRE A PACIENTE EM TERAPIA

##### **Inicialmente:**

**como se comportava inicialmente em terapia:** comunicativa, mas ainda um pouco envergonhada; gosta de sentar no chão e de brincar com todos os brinquedos que têm na sala, especialmente com as bonecas; deita para ouvir histórias; diz não saber ou não se lembrar de coisas referentes ao abuso que sofreu.

##### **Atualmente:**

**como se comporta:** pouco comunicativa; sente-se à vontade para deitar no sofá e no tapete e para fazer coreografias de dança; **gosta de brincar com massinha;** pede para não ter que falar, porque “é chato”; por vezes reage com desinteresse a qualquer atividade proposta; **ficou empolgada jogando o papo teen, podendo fazer e responder perguntas.**

#### X - RELAÇÃO TERAPÊUTICA

##### **Colaboração em objetivos e tarefas terapêuticas:**

**Inicialmente:** J. é muito engajada nas atividades, lembra e cobra os combinados que fazemos em sessão e demonstra gostar de tarefas de casa - gostou especialmente do monitoramento semanal das emoções. Os objetivos iniciais giravam em torno da sua família – mãe e irmãos – , que despertam emoções de saudade, tristeza e raiva. A paciente se mostrou engajada nas atividades de psicoeducação das emoções, bem como nas sessões em que conversávamos sobre a família.

**Atualmente:** desde 02 de julho de 2024, dia em que tivemos a última sessão antes de J. ser transferida para a instituição de acolhimento, a colaboração da paciente sofreu mudanças drásticas. Já neste dia ela perguntou se podemos nos falar por telefone e como será quando sua mãe não tiver dinheiro da passagem; depois disse que não quer mais ir às sessões, porque é muito longe e perguntou o que aconteceria se ela não fosse mais. Desde esse dia, a paciente demonstra grande resistência e pouquíssima colaboração e engajamento.

**O paciente se sente bem ou demonstra resistência?** Inicialmente, a paciente demonstrava gostar do processo terapêutico e se mantinha engajada, porém, após a transferência para a instituição de acolhimento, demonstra grande resistência.

**Reações pessoais do terapeuta ao paciente:**

**Sinto-me insegura atendendo este paciente?** Inicialmente, senti-me insegura pelo fato de se tratar de uma adolescente de 11 anos grávida, mas na segunda sessão passou. Porém, após a ocorrência de algumas situações, sinto-me insegura de novo. O baixo engajamento de J. expressados através do silêncio me desestabilizam, bem como o deboche e o desdenho das atividades.