

Lourdes Maria Molina-Muñoz

A PSICOEDUCAÇÃO APLICADA A UM CASO DE
ADOÇÃO DE UMA ADOLESCENTE COM TEPT
DECORRENTE DE ABUSO SEXUAL

BELO HORIZONTE

2011

Lourdes Maria Molina-Muñoz

A PSICOEDUCAÇÃO APLICADA A UM CASO DE
ADOÇÃO DE UMA ADOLESCENTE COM TEPT
DECORRENTE DE ABUSO SEXUAL

Monografia apresentada ao Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Psicoterapias Cognitivas.

Orientadora: Professora Doutora Rute Maria Velasquez Santos

BELO HORIZONTE

Faculdade de Medicina da UFMG

2011

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo verificar se a psicoeducação aplicada a uma mãe adotiva de uma adolescente com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), decorrente de abuso sexual, contribuiu para a saúde mental da vítima. Essa proposta foi baseada na seguinte hipótese: a educação favorece a saúde mental, a mãe adotiva não tinha nenhuma informação sobre as consequências psicológicas do abuso sexual e sobre o desenvolvimento decorrente do TEPT, então a psicoeducação poderia auxiliar no desenvolvimento e no tratamento da adolescente vítima de abuso sexual. Este estudo de caso foi realizado com a base teórica da Psicoterapia Cognitiva, utilizando como técnica a psicoeducação. O indivíduo atendido foi uma brasileira de 40 anos, negra e de classe social média, mãe adotiva há um ano de uma adolescente brasileira de 13 anos, negra e de classe social baixa. Os atendimentos foram realizados em um primeiro momento com ambas e depois com cada uma em horários separados. Durante o atendimento com a mãe adotiva, foi utilizada a técnica de psicoeducação individual, ou seja, deram-se todas as informações sobre o que é abuso sexual, como ocorre e quais suas consequências para o desenvolvimento psicológico humano. Também se explicou sobre o TEPT, quais os seus sintomas e como se manifesta no comportamento adolescente. A conclusão deste trabalho foi que ocorreu uma melhor compreensão da mãe adotiva sobre os comportamentos da adolescente, havendo uma melhora no relacionamento entre as duas, o que foi verificado a partir de entrevistas e observação em consultório realizadas com a mãe adotiva e a adolescente.

Palavras-chave

Psicoterapia Cognitiva; Psicoeducação; Abuso Sexual; Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

ABSTRACT

This study aims to verify whether psycho education applied for a Foster mother of a teenager with post-traumatic stress disorder (PTSD), decurrently of sexual abuse, the treatment contributed to improve the mental health of the victim. This proposal was based on the assumption that the foster mother had no information on the consequences of sexual abuse and on the development of PTSD. Acquiring the knowledge on this could help on the treatment of the teenager victim of abuse. The treatment was performed at first time with both and then each other on a separate schedule. The work was done based on the cognitive psychotherapy theory as the used method, using the specific study of this case. The person (female individual) was a 40 years old, Black, middle class, Brazilian Adoptive (Foster) mother of a 13 years old Brazilian teenager lower class. During the working period with the Foster mom, psycho education was performed, which means all gather information was given about sexual abuse, why it happens and what are the consequences for it. It was also explained about PTSD, what the symptoms are and how it is manifested itself. The conclusion of this work was a better understanding for the Foster mom related to this phenomenon, having a better relationship between the two. (Foster mom and abused teenager).

Keywords

Cognitive Psychotherapy, Psychoeducation, Sexual Abuse; Disorder Posttraumatic Stress

Sumário

INTRODUÇÃO	6
CAPÍTULO 1 – VIOLÊNCIA E ABUSO SEXUAL	7
1.1 - Abuso Sexual.....	8
1.1.1 – Efeitos Do Abuso Sexual.....	9
1.1.2 – Prevalência Do Abuso Sexual	10
CAPÍTULO 2 - O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	12
CAPÍTULO 3 – PSICOTERAPIA COGNITIVA E PSICOEDUCAÇÃO	14
3.1 – Psicoterapia Cognitiva Do TEPT.....	14
3.2 – A Psicoeducação	15
CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA	17
CAPÍTULO 5 – O ESTUDO DE CASO.....	18
5.1- Dados Demográficos Da Mãe Adotiva.....	18
5.2 – Dados Demográficos Da Adolescente	18
5.3- Histórico Do Caso e Queixa.....	19
5.4 - Relato Das Sessões	20
CAPÍTULO 6 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve como objetivo verificar se a Psicoeducação com a mãe adotiva de uma adolescente em Psicoterapia Cognitiva contribuiu para a promoção da saúde da paciente e o aproveitamento dos resultados do tratamento. A proposta foi realizada a partir da demanda percebida na ansiedade da mãe ao se deparar com comportamentos da filha com os quais não estava familiarizada e sobre os quais não sabia o que fazer, considerando o importante fato de que a menina fora vítima de abuso sexual e desenvolveu o quadro de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Percebeu-se, assim, a necessidade de Psicoeducação com a mãe com relação às consequências do evento traumático e aos sintomas apresentados, conforme já previsto nos procedimentos da Psicoterapia Cognitiva.

A importância deste trabalho é contribuir para que a mãe adotiva e a adolescente possam ter um relacionamento saudável e harmonioso, favorecendo o sucesso da adoção. Pode-se utilizar a Psicoeducação não somente neste caso clínico, mas em outros e possivelmente também para com grupos de cuidadores de adolescentes que sofreram abuso sexual e desenvolveram TEPT.

O trabalho aborda o tema da violência e abuso sexual, seus efeitos e prevalência; o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) como principal consequência; e a teoria cognitiva como base para sua discussão. Por fim, apresenta o estudo de caso com uso da Psicoeducação, relatando-se as sessões e seus resultados.

CAPÍTULO 1 – VIOLÊNCIA E ABUSO SEXUAL

A violência pode ser compreendida a partir de seus diversos efeitos, tanto biológicos quanto psicológicos e sociais. Para tanto, é necessário elegerem-se conceitos concordantes sobre o fenômeno, definindo-se, assim, um ponto de partida para a discussão do tema.

Segundo Assis (1994) e Guerra (1996) citados em Minayo (2002, p 95),

A violência pode ser definida, para efeitos operacionais, pelo uso da força com vistas à exclusão, ao abuso e ao aniquilamento do outro, seja este outro um indivíduo, um grupo, um segmento social ou um país. A violência contra a criança e o adolescente constitui-se em todo o ato ou omissão de pais, parentes, outras pessoas e instituições capazes de causar danos físico, sexual e/ou psicológico à vítima. De um lado, implica uma 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.

A violência é considerada um problema histórico e permanente, com implicações na saúde de pessoas em qualquer faixa etária. Representou, no passado, crianças com pouca atenção e visibilidade, tanto no âmbito social, familiar e do poder público. Com as transformações da Constituição Federal de 1988 e a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, essa realidade foi modificada, e maior assistência vem sendo dada a esta população (AZAMBUJA, FERREIRA e COLS., 2011, p 25).

Segundo Azambuja, Ferreira & Col. (2011), a violência se caracteriza por abusos físicos, sexuais, psicológicos e por negligência, que são os tipos de violência mais frequentes (SEDH/PR – Cartilha Disque 100). De forma geral, é manifestada em todas as culturas, classes sociais, religiões e sociedades e, inclusive, entre familiares. Neste caso, na maioria das vezes é cometida contra a criança e a mulher (VETTORE e LAMARCA, 2011). As famílias mais vulneráveis são as pobres e analfabetas, porém a violência não é exclusividade destas famílias (AZAMBUJA, FERREIRA e COLS., 2011).

As grandes violências nascem da violência surda, contínua, crônica, a que são submetidas as pessoas dia após dia. São “pequenas” violências cotidianas que constituem a forma de cultura favorável à proliferação das grandes violências, na medida em que estabelecem um padrão de convivência baseado em discriminação e no domínio de uma pessoa sobre a outra (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) – cartilha Saúde na Escola).

Uma das formas de violência surda é a violência sexual (SEDH/PR, Disque 100, 2011), subdividida em: tráfico de crianças e adolescentes; pornografia; exploração sexual; e abuso sexual. Por ser esta última a mais notificada (conforme descrito mais adiante por dados estatísticos do disque denúncia), ela se torna um problema de grande proporção.

1.1 - Abuso Sexual

O abuso sexual é um tipo de maltrato frequentemente camuflado, imperceptível e não denunciado. Geralmente acontece por relações de poder, gênero, etnia e classe social, e recebe grande ênfase em sua ocorrência contra crianças (AZAMBUJA, FERREIRA e COLS., 2011). Os casos contra crianças e adolescentes são caracterizados pela participação dos mesmos em atividades sexuais inapropriadas à sua idade e ao seu desenvolvimento psicossocial e que exigem capacidades emocionais e cognitivas que ainda não possuem (GAUDERER e BORGADO, 1992).

Não estando apta a compreender e consentir o ato sexual, esta população pode ser seduzida, coagida, intimidada psicologicamente e/ou agredida fisicamente por um adulto que visa obter prazeres sexuais (Ministério da Saúde, 2001 – Caderno de Atenção Básica Nº 8) Este pode utilizar-se de beijos e carícias nos genitais, e/ou de força física, podendo chegar a cópulas oral, anal ou vaginal (AZAMBUJA, FERREIRA e COLS., 2011). Segundo cartilha Saúde na Escola, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), o abuso pode ser cometido também por uma criança mais velha que outra, com uma diferença de, no mínimo, cinco anos de idade.

O abuso sexual constitui uma das categorias de maus-tratos contra crianças e adolescentes, as quais incluem ainda o abuso físico, o abuso psicológico, o abandono e a negligência. Compreende todo ato ou jogo sexual, relação hetero- ou homossexual, que pode variar desde intercurso sexual com ou sem penetração (vaginal, anal e oral), voyeurismo, exibicionismo até exploração sexual, como a prostituição e a pornografia (Marques, 1994). Ele pode ser definido como uma forma de violência que envolve poder, coação e/ou sedução (Araújo, 2002). Tais características são observadas através da presença de um agressor, que está em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado que a criança ou adolescente e utiliza seu poder para obter a gratificação de seus desejos sexuais (Amazarray & Koller, 1998). Destarte, entre a criança vítima e o adulto perpetrador observa-se uma relação interpessoal hierárquica de poder assimétrica e a falta de uma relação de reciprocidade (De Antoni & Koller, 2002). (BORGES e DELL'AGLIO, 2008).

Esse tipo de violência gera consequências variáveis quanto à idade, à adequação do desenvolvimento da personalidade da vítima, à frequência e à intensidade do abuso, e ao apoio familiar e social recebido.

1.1.1 – Efeitos Do Abuso Sexual

A vivência do abuso sexual pode envolver intenso medo e elevado grau de ansiedade, ou sensações prazerosas. Em todo caso, a situação representa uma violação da integridade física, psicológica e moral da vítima.

Segundo Noguero (1997), o abuso sexual em crianças pode ser sinalizado por alterações, tais como: dificuldades com o sono e alimentação, enurese noturna, encoprese, comportamentos irritadiços e incontrolados, como birra e choros compulsivos; hiperatividade; agressividade direcionada ao outro e/ou a si mesmo; comportamentos infantilizados, inabilidades sociais, desinteresse por atividades físicas, resistência a se despir e a se higienizar, fracasso escolar, interação sexual com pares e/ou condutas sedutoras com adultos, conhecimento sexual avançado e desenhos sexualizados. No adolescente alguns sinais seriam: fugas de casa, tentativa de suicídio, automutilações, consumo de drogas, álcool, roubos, condutas agressivas, conduta anti-social, delinquência, fugas da escola, transtornos alimentares (anorexia, bulimia),

raiva contra a mãe, problemas de atenção e memória, depressão, conduta sexualizada, gravidez, prostituição, promiscuidade, conduta sedutora e ofensas sexuais.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) – cartilha Saúde na Escola, lista alguns outros sinais perceptíveis nas vítimas de abuso sexual, tais como os comportamentos agressivos, de esquiva e sexuais já mencionados; roupa rasgada, dificuldade para caminhar ou assentar; lesões na boca, na área genital e/ou anal; e ocorrência de furtos.

Outras conseqüências, segundo Borges e Dell’Aglío (2008), são sentimentos de medo, culpa e vergonha, sequelas físicas, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, e quadros psicopatológicos como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

1.1.2 – Prevalência Do Abuso Sexual

Conforme observado por diversas pesquisas sobre o assunto, o abuso sexual é subnotificado, principalmente porque envolve, na maioria dos casos, violência sexual intrafamiliar, cometida pelos parentes mais próximos da vítima (Ministério da Saúde, 2001). Segundo a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG, 2007), “aproximadamente, uma a cada cinco mulheres e um a cada dez homens sofreram algum tipo de abuso sexual na infância”.

No Brasil, o estudo de Faleiros (2003) verificou que 94% das vítimas tinham uma estreita convivência com o abusador, que eram familiares ou ligados à família e conhecidos. Nos estudos de Araújo (2005) e de Habigzang, Koller, Azevedo e Machado (2005), dados semelhantes foram encontrados, assinalando que o abuso sexual ocorre com uma frequência maior em meninas, dentro do seu ambiente familiar (SANTOS e DELL’AGLIO, 2010).

Nos últimos anos, houve aumento do número de denúncias de violências contra a criança e o adolescente, com registro de crescimento em 625% de 2003 a 2008 pelo Disque 100 da SEDH/PR. Segundo seus dados, as principais formas de violência contra essa população são a negligência (38% das denúncias), as violências física e psicológica (34%), e a violência sexual, representando 31% das notificações.

Dentre os subtipos de violência sexual, o abuso sexual é o mais denunciado, correspondendo a 58,55% das estatísticas de maio de 2003 a maio de 2009 (SEDH/PR). “Sabe-se que 80% a 90% das crianças abusadas são do sexo feminino; encontram-se entre 7 e 8 anos de idade. Entre os agressores, 75% a 85% são do sexo masculino, e, nesse grupo, predominam pessoas conhecidas, principalmente pai e/ou padrasto” (SES/MG, 2007).

Considerando essa prevalência do abuso sexual, este tema se faz relevante para pesquisa, tanto quanto o estudo dos casos relativos ao problema. No caso que será relatado, foram abordados as particularidades e efeitos do abuso para uma adolescente e para sua mãe adotiva, considerando a importância da Psicoeducação na condução do tratamento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

CAPÍTULO 2 - O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) tem duas características centrais, segundo a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM-IV; APA, 1995): exposição a uma experiência onde haja ameaça à integridade física própria ou de outros, associada a um intenso medo, desamparo ou horror; e desenvolvimento de sintomas que persistam por mais de um mês e que gere sofrimento e prejuízo significativos na vida do indivíduo. São esses sintomas:

B—O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:

[1] recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções. *Nota: em crianças pequenas, podem ocorrer jogos repetitivos, com expressão de temas ou aspectos do trauma*

[2] sonhos aflitivos e recorrentes com o evento. **Nota:** Em crianças podem ocorrer sonhos amedrontadores sem um conteúdo identificável.

[3] agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado). **Nota:** Em crianças pequenas pode ocorrer encenação específica do trauma. (continua)

[4] sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.

[5] reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.

C—Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três (ou mais) dos seguintes quesitos:

[1] esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma

[2] esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma

[3] incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma

[4] redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas

[5] sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas

[6] faixa de afeto restrita (por ex., incapacidade de ter sentimentos de carinho)

[7] sentimento de um futuro abreviado (por ex., não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida)

D—Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presente antes do trauma), indicados por dois ou mais dos seguintes quesitos:

[1] dificuldade em conciliar ou manter o sono

[2] irritabilidade ou surtos de raiva

[3] dificuldade em concentrar-se

[4] hipervigilância

[5] resposta de sobressalto exagerada

Os critérios específicos para TEPT modificaram-se a cada edição. Isso representou diferentes medidas de sua prevalência ao longo do tempo. Muitas pesquisas nacionais se referem a dados estrangeiros, como, por exemplo, as mencionadas em Caminha (2005). Poucos resultados são encontrados nas bases bibliográficas sobre prevalência do TEPT no Brasil.

Segundo pesquisa realizada pelo Prove (Programa de Atendimento e Pesquisa em Violência – da universidade federal de São Paulo - Unifesp), de 76 pacientes atendidos de maio a novembro de 2009, 50-65% foram diagnosticados com TEPT, e 8,5% chegaram ao serviço devido à experiência de abuso sexual. De 27 crianças atendidas no mesmo período, 18,5% foram encaminhadas devido à vivência ou testemunho de abuso sexual (SERAFIM e MELLO, 2010).

Ainda que poucos estudos quantifiquem o problema, muitos outros falam de sua abordagem e tratamento, estando a Psicoterapia Cognitiva em destaque devido aos seus resultados positivos para diminuição de sintomas de TEPT e comorbidades (HABIGZANG, L. F. e cols., 2008; HABIGZAND, L.F. et AL, 2006).

Independente da modalidade grupal ou individual de tratamento, a terapia cognitiva tem apresentado, na literatura, modelos com elevados índices de eficácia, facilitando a replicabilidade dos achados e preservando uma atitude científica e ética para com os pacientes acometidos desse, que é um dos distúrbios primários mais debilitantes dos processos cognitivos e comportamentais (KNAPP e CAMINHA, 2003).

CAPÍTULO 3 – PSICOTERAPIA COGNITIVA E PSICOEDUCAÇÃO

Este estudo se fundamenta na terapia cognitiva desenvolvida por Aaron Beck no início da década de 60, considerada, então, uma “terapia breve, estruturada, orientada ao presente, para depressão, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais” (Beck, 1964; Beck, 1997).

Desde 1964 até os dias atuais, esta terapia foi adaptada para diversas populações e desordens psiquiátricas no que diz respeito à duração do tratamento, mas manteve seus pressupostos teóricos. Seu modelo de psicopatologia propõe que um pensamento distorcido ou disfuncional pode influenciar humor e comportamento. Dessa forma, a modificação das crenças disfuncionais básicas dos pacientes resulta numa melhoria duradoura de sua saúde mental.

Conforme Beck (1997), esta terapia tem sua eficácia comprovada por vários estudos, como, por exemplo, o de Dobson (1989), realizado para o tratamento do transtorno depressivo maior; de Butler, Fennell, Robson & Gelder (1991), para transtorno de ansiedade generalizada, entre outros, alguns afirmando que a terapia cognitiva vem sendo utilizada mundialmente para vários outros transtornos, sendo um deles o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT).

3.1 – Psicoterapia Cognitiva Do TEPT

Os eventos estressores que desencadeiam o TEPT são considerados pelas teorias cognitivas uma informação acessada pelo indivíduo em seu contexto social e apreendida conforme seus significados, as crenças envolvidas, as sensações despertadas e o adoecimento mental gerado pelo estresse. Nesse sentido, a violência, enquanto um deles, se integra aos repertórios comportamentais e às representações mentais nas quais as informações se organizam.

Sendo assim, o adoecimento em questão representa uma distorção dos esquemas cognitivos (conjunto de teorias que explicam a si e ao mundo) gerados pelas representações e uma falha no processamento da informação. Com isso, o indivíduo violentado gera respostas mal

adaptativas, que podem ser modificadas através de técnicas terapêuticas cognitivas e comportamentais.

A psicoterapia do TEPT trabalha com sintomas específicos do transtorno e visa a reestruturação cognitiva, ou seja, alterar as explicações que o paciente formulou sobre o trauma, rompendo, assim, com as generalizações sobre o que é ou não ameaçador e as emoções associadas a elas (de acordo com os sintomas de evitação e excitabilidade diante de estímulos relacionados ao trauma).

A reestruturação cognitiva é baseada na ideia de que identificar e modificar interpretações catastróficas e irrealísticas da experiência traumática leva a uma redução sintomática uma vez que o esquema modificado e agora funcional não mais resulta em estados psicopatológicos (CAMINHA, 2005)

Para tanto, algumas das técnicas utilizadas em Psicoterapia Cognitiva são, segundo Knapp e Caminha (2003): Treinamento de Inoculação de Estresse (TIE); Treinamento de Habilidades Sociais (THS); Treinamento de Auto-Instrução (TAI); Dessensibilização Sistemática; Técnicas de Relaxamento Muscular Progressivo e Respiração; e Prevenção da Recaída.

3.2 – A Psicoeducação

Sendo a educação um de seus princípios fundamentais, “a terapia cognitiva é educativa, visa ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza prevenção da recaída” (Beck, 1997). A Psicoeducação, como uma das estratégias utilizadas no processo terapêutico, exerce, assim, uma função central na sua terapêutica (FRIEDBERG, McCLURE e GARCIA, 2011), de forma que os pacientes se tornem conscientes, aptos a acompanhar e promover ativamente a sua mudança sendo coterapeutas de seu próprio processo.

Justo e Calil (2004), citados em Figueiredo et al (2009), confirmam essas ideias, dizendo que essa estratégia visa tornar o paciente capaz de compreender o que acontece com ele e no seu entorno, gerando maior aceitação e participação nos procedimentos terapêuticos, e, assim, resultados mais efetivos.

Somando-se a esses resultados, a Psicoeducação de pais e cuidadores de pacientes com TEPT pode trazer benefícios claros ao tratamento destes. Ao compreender o problema do filho, os sintomas psicopatológicos, e, inclusive, as emoções envolvidas na relação parental, os pais podem contribuir para o processo de reestruturação cognitiva, tornando-se fonte de apoio social, afeto positivo e modelo funcional.

Essa ideia é resultante de experiências publicadas como bem sucedidas com Treinamento de Pais citadas por Velasquez et al (2010, 1 e 2); Haase et al (2000) e Pinheiro, Del Prette e Haase (2002). O treinamento consiste, basicamente, na Psicoeducação de pais e cuidadores sobre o problema do filho, como lidar com seus sintomas e comportamentos específicos e auto-avaliação, de forma que possam refletir, aprender e aplicar princípios novos na educação e no atendimento às necessidades e especificidades do seu filho.

CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste trabalho foi a pesquisa bibliográfica e o estudo de caso. O estudo de caso contribui para o conhecimento de fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e outros. É um método de pesquisa muito utilizado na psicologia, sociologia, e outras áreas a fins. Segundo Yin (1994)

“o estudo de caso trata-se de uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos factores”.

Neste estudo de caso, a adolescente foi atendida uma vez por semana durante as primeiras duas semanas, depois foi necessário atender a mãe adotiva juntamente com a adolescente durante duas semanas, pois era necessário saber da mãe adotiva como estava a relação com sua filha, quais eram as queixas e quais as melhoras que ela estava observando na adolescente. Também houve necessidade de atendê-las juntas para que ambas soubessem o que estava acontecendo no processo terapêutico e em alguns momentos a adolescente pedia para perguntar para a mãe adotiva sobre o seu comportamento.

Com o tempo, viu-se a necessidade delas serem atendidas separadamente uma vez por semana, por uma questão de tempo e por demanda da mãe adotiva, que queria poder falar mais sobre seus sentimentos com relação à adolescente – na presença desta não se sentia à vontade para desabafar. Houve também demanda da adolescente por mais tempo de terapia e por mais privacidade para falar do que estava sentindo com relação a ela mesma e à mãe adotiva.

A pesquisa bibliográfica foi feita durante todo o processo terapêutico, a partir da leitura de livros e de artigos científicos online, utilizando-se as palavras chaves: Psicoterapia Cognitiva; Psicoeducação; Abuso Sexual; Transtorno de Estresse Pós-Traumático. O site científico consultado foi Scielo.

CAPÍTULO 5 – O ESTUDO DE CASO

O estudo de caso foi realizado com uma mãe que adotou uma adolescente com 12 anos de idade vítima de abuso sexual intrafamiliar aos 7 anos de idade. Essa mãe procurou inicialmente atendimento para a filha, mas com o tempo também demanda ajuda psicológica para poder entender e lidar com alguns dos comportamentos da menina. Para tanto, foi utilizada a Psicoeducação.

5.1- Dados Demográficos Da Mãe Adotiva

Nome fictício: Ana

Idades: 40 anos

Sexo: Feminino

Estado civil: Viúva.

Profissão: Professora de escola pública.

Características sócio-culturais: Brasileira e de classe social média.

Descrição do sujeito: Apresenta-se adequadamente vestida e com boa higiene pessoal. É negra e normolínea. Tem aproximadamente 1,70m de altura e aproximadamente 110 quilos.

5.2 – Dados Demográficos Da Adolescente

Nome fictício: Samyra

Idades: 13 anos

Sexo: Feminino

Estado civil: Solteira

Profissão: Estudante

Características sócio-culturais: Brasileira e de classe social baixa

Descrição do sujeito: Samyra se apresenta adequadamente vestida e com boa higiene pessoal. É negra e normolínea. Tem aproximadamente 1,60m de altura e aproximadamente 62 quilos.

5.3- Histórico Do Caso e Queixa

Ana procurou tratamento psicológico pela primeira vez para Samyra no dia 12 de maio de 2011, num consultório particular, com uma profissional da área. Ana adotou Samyra em novembro de 2010, e elas estavam juntas, então, há aproximadamente seis meses.

O processo de adoção foi complicado, envolvendo vários integrantes da mesma família. Ao saberem de um caso de abuso sexual envolvendo Samyra e que ela estava residindo em abrigo público, a família de Ana, parente de primeiro grau da menina, se compadeceu e resolveu adotá-la.

A princípio, a responsável seria a irmã de Ana, que lhe pediu para ficar com Samyra até que se organizasse para recebê-la em casa. No entanto, essa irmã não quis mais ficar com a menina e falou para Ana sobre devolvê-la. Esta, ao conviver com Samyra durante esse período, quis assumir a adoção da adolescente. Durante os 6 meses anteriores ao primeiro atendimento, Ana procurou providenciar tudo que fosse necessário para Samyra ficar em sua casa, onde até então morou sozinha, durante 2-3 anos.

Ana relata que, ao buscar a jovem na cidade onde morava, no interior de Minas Gerais, a encontrou com uma aparência muito descuidada: usava roupas sujas, tinha o cabelo mal arrumado e aparentemente sujo. Diz saber poucos detalhes da história de Samyra. Foi informada que a menina fora abusada sexualmente pelo tio materno aos seus sete anos de idade e que, antes de se mudar para o abrigo, morou com o pai, seus dois irmãos mais velhos e uma irmã mais nova – mãe falecida desde seus nove anos de idade.

Samyra foi abrigada aos dez anos, e assim permaneceu por aproximadamente dois anos e meio. Ana desconhece os reais motivos do abrigamento e os detalhes do abuso, tendo a menina lhe contado poucas coisas e demonstrado alguns comportamentos preocupantes em casa, com os quais Ana não estava familiarizada e não sabia lidar. São eles:

1. Rebeldia;
2. Desorganização;
3. Ingestão compulsiva de comida, principalmente de ovos (seis a oito por dia);
4. Em alguns momentos, comportamento agressivo, principalmente quando era contrariada;
5. Comportamentos muito infantis para sua idade, em contrapartida a comportamentos hipersexualizados;
6. Atitudes desinteressadas, como pelo estudo (somada à dificuldade de aprendizado) e por suas coisas pessoais – “não liga para os castigos” (Sic Ana);
7. “Fica na janela do prédio olhando para os pedreiros de uma obra” (Sic Ana);
8. Ao sair de casa, volta correndo e com fadiga;
9. Comportamentos de sobressalto;
10. Quando saem juntas, Samyra fica “grudada em mim e não me larga, se ela me perde de vista fica aflita me procurando e quando chego perto ela volta a grudar em mim” (Sic Ana);
11. Após uma discussão com a mãe, Samyra ficou irritada e cortou o cabelo de qualquer jeito; em outras ocasiões de irritação, Samyra rasgou folhas de caderno, ou jogou o seu material todo no chão e debaixo da cama;
12. Episódios de mentiras;
13. Ciúme claramente demonstrado de Ana com outras pessoas;
14. Cicatrizes pelo corpo, uma muito grande no abdômen (debaixo do peito direito até a parte superior do íliaco direito) e outras na região dos joelhos. Samyra diz a Ana que são de cercas e efeitos de brincadeiras na rua.

5.4 - Relato Das Sessões

Sessão 1 (Ana e Samyra)

12 maio 2011 (Ana) – Foi entrevistada sobre o motivo da busca por atendimento psicológico para Samyra. Relatou rapidamente a história das duas e da adoção e suas dificuldades no convívio diário.

12 maio 2011 (Samyra) – Para entrevista separada, entrou calada e tímida. Diz não saber o motivo de estar ali, suspeitando ser pelo abuso sexual cometido pelo tio, mas sem dar maiores detalhes e se mantendo breve nas respostas. Utilizando-se da Psicoeducação, a psicóloga lhe explicou o papel do psicólogo e da psicoterapia cognitiva, assim como seus procedimentos iniciais.

Sessão 2 e 3 (Samyra)

17 e 24 maio 2011 – A comunicação com Samyra se manteve pobre devido a distanciamento visual da adolescente e por suas respostas breves. A psicóloga ocupou-se de fazer questionamentos e falar, afim de motivar a abertura de Samyra e fazer o *rapport*.

Sessão 4 (Ana)

31 maio 2011 – Por demanda de Ana, a psicóloga lhe ouviu, particularmente, sobre suas preocupações com a filha. Ana relatou ter sido casada duas vezes: divorciou-se do primeiro marido e ficou viúva do segundo. Desde então, não mais namorou e agora mora sozinha com Samyra. Suspeita que a filha “gostou” de ser abusada pelo tio já que odeia a pessoa que denunciou o acontecido. Falou bastante do que não gosta na Samyra e na dificuldade de lidar com ela. A psicóloga ofereceu, assim, um momento semanal em que Ana receberia informações e orientações sobre o caso de Samyra, casos de abusos sexuais, seus efeitos e particularidades – seria iniciado, a partir de então, a Psicoeducação com a mãe adotiva de Samyra.

Sessão 5 (Ana)

10 junho 2011 – Psicoeducação sobre os efeitos do abuso sexual, analisando-se os sintomas de Samyra: hipersexualização, infantilização e mentiras, representando uma forma de se manter na postura de vítima e não se responsabilizar por sua vida, desorganização mental e

padronização de comportamentos. Essas informações a deixaram menos aversiva aos comportamentos de Samyra e menos ansiosa, durante a própria sessão.

Sessão 6 (Samyra)

16 junho 2011 – Sessão dividida em três momentos: 1) Relato sobre a semana; 2) discussão de um tema e um pensamento automático elegido; e 3) geração de uma resposta adaptativa a esse pensamento. Semana não relatada com detalhes. Tema: amor e suas variações. Discussão: amor entre pais e filhos; a importância de se comunicar as emoções. Não elegeu um pensamento automático, mas se emocionou durante a sessão. Manteve-se com um travesseiro em formato de coração no colo, acariciando-o. Em muitos momentos ficou calada e pensativa, e não dizia o que estava pensando. Despediu-se com uma expressão facial positiva.

Sessão 7 (Samyra e Ana)

21 junho 2011 (Samyra) – Relato sobre a semana sem detalhamento. Aplicação do teste da árvore, da casa e da família (desenhos e relato de uma história referente a eles).

21 junho 2011 (Ana) – Diz ter desfocado sua atenção dos comportamentos negativos de Samyra e parado de brigar por causa dos mesmos. Relata mudança sutil da filha, por ter se comportado bem e obedecido a quase todas as suas ordens. Samyra acompanhou seu trabalho em casa e tentou manter conversa com a mãe.

Reforçou-se a importância do elogio a comportamentos positivos de Samyra, deixando de dar ênfase aos negativos.

Sessão 8 (Samyra e Ana)

28 junho 2011 (Samyra) – Relato breve sobre a semana. Retorno dos resultados do teste da árvore, da casa e da família para Samyra: escutou atentamente e achou interessante o que apareceu sobre ela. Tema: corpo – seu valor e como deve ser cuidado. Não houve identificação de pensamentos automáticos – Samyra se manteve breve na comunicação. Momento de brincadeira livre, com o qual se mostrou muito satisfeita.

28 junho 2011 (Ana) – Com aspecto de cansaço, relata fatores positivos e negativos de sua semana. Devido à greve escolar, Samyra estava à toa em casa e sem ajudar nas tarefas diárias – Ana então a cobrava isso e se cansava. Conta mau humor e respostas agressivas de Samyra naquela manhã. Expressa descontentamento referente à adoção. “O dia de hoje de 1 a 10 tenho 4 de expectativa, mas tenho esperança que melhore” (sic Ana). Comentou que nos últimos dias Samyra tem falado que sabe que não é normal, sem saber justificar esse pensamento. Diz que ela fez perguntas sobre ‘meninas que querem namorar homens mais velhos’. Ana ficou assustada com a resposta de Samyra quando disse sobre cuidados para não engravidar – Samyra respondeu que não tinha problema, pois, se isso acontecesse, “tirava o filho e pronto” e que se outras pessoas fazem, ela também podia fazer. Apesar de muito cansada, Ana diz não pensar em devolver Samyra ao abrigo, e que fará esforços para tudo dar certo.

Não foi possível intervir especificamente para a Psicoeducação, já que Ana demonstrou necessidade de desabafar e se mostrou sem capacidade, neste dia, de refletir sobre a condição de Samyra.

Sessão 9 (Ana)

07 julho 2011 – Chega falando que está bem, mas muito cansada e sem saber o que fazer com Samyra, que não está obedecendo, fica na janela o tempo todo e resmungo muito quando é pedido para ela fazer alguma coisa. Falou de todos os pontos negativos da Samyra. A psicoterapeuta explica sobre a necessidade de seu afeto para com a adolescente, que ainda está aprendendo a mudar seu comportamento.

Exibição de um curta-metragem chamado “O impacto de um pai”, que retrata os pais como importantes referências para os filhos e modelo de relacionamento interpessoal, valores e posturas diante de situações específicas. Ana reconhece que Samyra tenta imitá-la em muitas coisas.

Discussão sobre sua exigência para consigo e para com os outros (nunca nada está bom o suficiente) e sobre como isso traz cansaço e desgaste das relações.

Sessão 10 (Samyra)

12 julho 2011 - Chega mais animada e com a expressão mais tranqüila, dizendo que passou bem a semana, sem novidades. O relacionamento com Ana melhorou, pois esta estava mais

carinhosa, mas ainda sentia falta de estarem mais tempo juntas. Diz que algumas vezes a obedece, mas que às vezes sente preguiça.

Brincadeira livre, aprendendo um jogo novo com disposição.

Sessão 11 (Ana)

14 julho 2011 – Havia mandado, durante a semana, um e-mail à psicóloga dizendo sobre os progressos de Samyra. Chegou à sessão com aspecto de muito cansada, relatando dificuldades com os comportamentos da filha.

Novamente lhe foi reforçado sobre o tempo necessário para a mudança de Samyra, e o quanto sua dedicação e persistência eram importantes. Desabafa, ainda assim, sobre o seu sofrimento nesse processo e sobre como tem mais paciência com crianças e adolescentes de sua escola.

Discutiu-se, assim, sobre as questões da convivência em casa e a responsabilidade da maternidade – objetivo: oferecer compreensão à mãe, diminuir seu nível de ansiedade e refletir sobre seus pensamentos automáticos sobre Samyra.

Sessão 12 (Samyra)

19 julho 2011 – Sobre sua semana, diz que “foi boa”, mas não sabe dar exemplos sobre o que aconteceu de bom. Sobre sua relação com a mãe, conta que discutiram por causa de sua falta de cooperação em casa, mas já fizeram as pazes – também não sabe explicar como a situação foi resolvida.

Brincadeiras: cara-a-cara (ela vence); Torre de Hanoi (fez até o penúltimo círculo).

Tarefa de casa: o que gostaria que as pessoas fizessem para lhe fazer sentir-se amada? (escrever)

Ao final da sessão, na sala de espera, Ana conta que Samyra havia cortado (picotado) o cabelo sozinha, e, ao ser questionada do motivo, Samyra não sabe dizê-lo. Ana diz que Samyra faz coisas do tipo quando fica irritada, o que a menina também diz não saber explicar.

Sessão 13 (Ana)

21 julho 2011 - Relata desânimo em relação a Samyra, e que aproveitaria um passeio da menina, durante uma semana na casa da amiga, para que pudesse descansar. Diz que Samyra havia cortado o cabelo “para fazer hora com a minha cara” (sic) – explicação sobre o significado desse comportamento: auto-agressão, como uma forma de punição e/ou de direcionar a sua raiva, sem que agrida outras pessoas; e, sendo assim, Samyra ainda precisa aprender a comunicar eficientemente suas emoções, sem que recorra à agressão. Como a mãe pode ajudar: proporcionar o diálogo, dando espaço à expressão das emoções, ensinando a identificação das mesmas e formas assertivas de dizê-las. Para tanto, Ana precisaria, então, aprender a reconhecer suas próprias emoções e tentar primeiro aplicar essa atitude em sua própria vida.

Discussão sobre a importância de notar e reforçar os bons comportamentos da filha – “alguma coisa boa ela deve fazer”, diz a psicóloga. Ana diz que acha Samyra perversa em alguns momentos, por causa de seus olhares que parecem ser de ódio.

Explicação sobre comportamentos consequentes do quadro clínico de Samyra que possam se assemelhar à ideia que Ana faz sobre perversidade, e sobre como esta pode lidar com situações específicas:

- Mentira – interpretação da mãe: frieza. Explicação para o quadro de Samyra: medo de punição violenta e necessidade de testar o amor e as reações da mãe. Como lidar: deixar a filha à vontade para contar a verdade, proporcionando a ela um espaço seguro, de confiança e com valores morais que priorizem a verdade, mas sem punição violenta ou reações de raiva, ou seja, usar mais da orientação do que reagir;

- Olhar de ódio – interpretação da mãe: Samyra está planejando maldades. Explicação para o quadro de Samyra: irritabilidade excessiva e um padrão de reações a situações adversas, criado a partir de experiências anteriores. Como lidar: ensinar a filha a comunicar verbalmente sua raiva.

Sessão 14 (Samyra)

02 agosto 2011 – Chega animada e tomando iniciativa para ler um livro com a psicóloga. Tarefa da semana anterior realizada: para que se sinta amada, gostaria que as pessoas ficassem por perto, dessem carinho, amor e atenção.

Leitura de um livro: tema = saudade. Samyra estava muito comunicativa nesta sessão. Conta que sentiu saudade da Ana e de casa enquanto esteve na casa da amiga. Ao ser perguntada sobre sua infância, diz não se lembrar de nada.

Brincadeira livre: escolheu dois jogos de desafio (“Quebra-cuca” e Torre de Hanoi), e deixou combinado fazer mais alguns na próxima sessão.

Tarefas de casa: 1) Escrever uma carta para uma pessoa dizendo o quanto gosta dela e sente saudade quando está longe; 2) lembrar-se de alguma coisa de sua infância, dentre os 6 e os 12 anos de idade, e escrever do que sente e do que não sente saudade; e 3) falar com Ana sobre a saudade que sentiu.

Sessão 15 (Ana)

28 julho 2011 - Chega com um aspecto melhor e mais animada, dizendo dos progressos e do quanto está “tudo mais tranquilo”. Soube que Samyra se comportou muito bem na casa da amiga e agiu de forma muito parecida à da mãe. Ambas estão mais tranquilas, segundo Ana. Diz que Samyra está mais obediente e ela mais tolerante. Conta que, em uma conversa, Samyra lhe perguntou se a teria adotado mesmo se pudesse imaginar como seria tudo por que estão passando, a que respondeu que não. Samyra pergunta “por que não desiste de mim, então?”, e ela explica que, agora, com um vínculo já estabelecido, se preocupa com Samyra e não a devolveria, imaginando que seria ruim para a filha – Samyra concorda. Ana lhe diz para, então, obedecer e se comportar bem.

Samyra pediu para ajudar Ana em uma atividade, mas não teve paciência para realizá-la. Ana se mostrou paciente, pedindo que Samyra tentasse novamente. Samyra admira a paciência de Ana e lhe pergunta se essa virtude poderia ser passada por uma transfusão de sangue de uma para a outra.

Ana conta que Samyra não fica mais tão ansiosa ao ir à padaria, tendo também aprendido com a mãe a conferir o troco. Chegando em casa, ela devolve o dinheiro restante para a mãe, o que esta admira mas não elogia para a própria Samyra – ponto novamente discutido em sessão.

Psicóloga aproveita situação para valorizar os esforços, a persistência e os progressos demonstrados por Ana.

CAPÍTULO 6 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se uma mudança na conduta da adolescente em relação a seus relacionamentos interpessoais, principalmente com sua mãe adotiva, o que pode ser percebido através do relato destas.

Ao utilizar-se a Psicoeducação, a mãe começa a entender os comportamentos da adolescente citados acima e mudou a sua maneira de relacionar-se com ela. Por exemplo, começa a ter mais paciência, diminuindo sua irritação e ansiedade em relação à filha, não mais “falando na sua cabeça durante muito tempo” (sic Ana) – aprendeu a manejar suas emoções e a questionar seus pensamentos automáticos. Com isso, relatou aumento de sua expectativa quanto ao tratamento da filha e ao seu relacionamento com a mesma, mostrando-se, também, mais atuante no processo das duas.

A adolescente também relatou uma melhora no relacionamento com a sua mãe, e expressa sua felicidade diante dessa realidade e do carinho recebido. Melhorou suas habilidades de comunicação, tanto em psicoterapia quanto em casa, e mudou sua postura em relação aos problemas trabalhados. Dessa forma, passa a se responsabilizar mais por sua vida, diminuindo sua postura de vítima e abrindo possibilidades para a mudança.

O processo terapêutico como um todo foi, até então, marcado por oscilações frequentes, exigindo persistência de ambas. Os resultados positivos sentidos a cada semana, somados do tratamento do TEPT e da intervenção com Psicoeducação, foi o que assegurou os esforços das mesmas e estabilidade de sua saúde mental. Ainda haverá continuidade do processo, e intervenção sobre aspectos do caso mencionados mas ainda não abordados por iniciativa da paciente e nem de sua mãe adotiva. Este trabalho se atém ao que acontecia a cada sessão, sem discutir a percepção e as hipóteses da psicoterapeuta em relação ao que ainda não foi comunicado verbalmente em terapia.

Percebe-se, a partir da descrição desse caso, o quanto a Psicoeducação colaborou para a inclusão tanto da mãe quanto da paciente no tratamento do TEPT. Conhecendo melhor as particularidades do quadro psicopatológico de sua filha, a mãe se tornou capaz de controlar sua ansiedade, de forma a tornar-se coterapeuta no processo da adolescente: passou a oferecer-lhe compreensão, aceitação, espaço para a comunicação, e segurança quanto à sua fonte de afeto, o que funciona como apoio social para a menina. Apresenta novos modelos de relacionamento, aprendeu que a mudança é possível, aumentou sua perspectiva de futuro, e, assim, aumentou suas condições de sair de sua patologia.

CONCLUSÃO

Considerando-se a realidade de violência no Brasil, a prevalência do TEPT e o exemplo do caso estudado, que, mesmo que particular, representa um recorte da situação por que muitas famílias brasileiras vivenciam, a Psicoeducação pode ser considerada ferramenta eficaz para solução do problema. Essa técnica funciona como meio de amplificação dos resultados do tratamento da psicopatologia em questão, considerando a necessidade de inclusão dos pais e cuidadores dos pacientes no seu processo de mudança.

Nota-se que os modelos de comportamentos e de relacionamentos são ponto de partida para o adoecimento de vítimas de violência e ponto de manutenção de possíveis sintomas clínicos. A participação da educação e do afeto parentais mostra-se, assim, importante para a condição de saúde mental dos filhos. A particularidade dos casos de adoções é fator imprescindível, considerando-se a necessidade de dedicação dos pais adotivos e de apropriação e acolhimento de uma história que pode misturar vivências passadas (de outra família) e atuais, assegurando o sucesso da relação e construção de vínculos duradouros.

Dessa forma, reforça-se, aqui, que, para que haja efeitos significativos da participação desses pais/cuidadores e para que sejam efetivamente coterapeutas do tratamento dos filhos, eles precisam empenhar-se no processo de auto-reflexão, reconhecimento e expressão de emoções, controle de ansiedade, e de informatização sobre a realidade do filho, aumentando o grau de comunicação eficiente entre as partes. O processo terapêutico da criança ou adolescente pode ser entendido, assim, como dependente de uma disponibilidade de mudança tanto deles mesmos quanto de seus pais.

Por fim, este trabalho objetiva ser referência para aplicação da estratégia da Psicoeducação tanto para pais ou grupo de pais, quanto para quaisquer pessoas ou entidades envolvidas no processo de mudança do paciente, sejam elas da escola, da Igreja, de abrigos públicos, dos centros de saúde ou de outros setores sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA]. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV**. Coordenação Dr. Miguel R. Jorge. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

AZAMBUJA, Maria Regina Fay de., FERREIRA, Maria Helena Mariante e colaboradores. **Violência sexual contra crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011. Caps 1, 2, 9, 10, 15, 19, 22

BECK, Aaron T. et al. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 1997. 316p.

BECK, Judith S. **Terapia Cognitiva: Teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BORGES, J.L.; DELL'AGLIO, D.D.. **Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos**. Psicologia em Estudo, Maringá, v.13, n.2, p 371-379, abr/jun 2008.

CALHOUN, K.S.; RESICK, P.A.. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático**. In: BARLOW, David H.. Manual clínico dos transtornos psicológicos. Porto Alegre: Artmed, 1999. 2ed. Cap 2.

CAMINHA, Renato M.. **Transtornos do estresse pós-traumático (TEPT): da neurologia á terapia cognitiva**. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2005. Caps 1, 3, 5, 6, 12.

FIGUEIREDO, Ângela Leggerini de et al . **O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar**. Rev. bras.ter. comport. cogn., São Paulo, v. 11, n. 1, jun. 2009 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452009000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 30 jan. 2012.

FRIEDBERG, Robert D., McCLURE, Jéssica M. **A Prática Clínica de Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2004, 272p.

HAASE, Vitor G.; KÄPPLER, Karl C.; SCHAEFER, Alexa; HELENO, Camila T.; DAGNONI, Janine M.; FREITAS, Patrícia C. de.. **Psicopatologia do Desenvolvimento – Relatórios Técnicos. Disciplina não-coerciva: treinamento de pais**. Laboratórios de

Neuropsicologia do Desenvolvimento/ Laboratório de Psicologia da Família. Belo Horizonte. Ano 1. No 2. p 72-135. jul/dez 2000.

HABIGZANG, L. F. e cols. **Avaliação de um modelo de intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, 2008; vol 24, n1, PP 067-076.

HABIGZANG, L. F. et al. **Grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual: descrição de um modelo de intervenção.** Psic clin, Rio de Janeiro, 2006; vol 18, n2, p 163-182. ISSN 0103-5665.

KNAPP, Paulo; CAMINHA, Renato M.. **Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático.** Revista Brasileira de Psiquiatria, 2003; 25 (Supl I): 31-6.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes.** In: WESTPHAL, Maria Faria (Org). **Violência e Criança.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002. Parte III. Cap 1 p. 95-113.

NOGUEROL, Victoria. **Aspectos psicológicos del abuso sexual infantil.** In: CASADO FLORES, Juan.; DIAS HUERTAS, José A. & MARTINEZ GONZALES, Carmen. **Niños Maltratados.** Madrid: Diaz de Santos, 1997.

PINHEIRO, Maria Isabel dos Santos; DEL PRETTE, Almir; HAASE, Vitor G.. **Psicopatologia do Desenvolvimento – Relatórios Técnicos. Pais como Co-terapeutas: treinamento em habilidades sociais como recurso adicional.** Laboratório de Neuropsicologia do Desenvolvimento/ Laboratório de Psicologia da Família. Belo Horizonte. Ano 3. No 1. p 1-42. jan/jul 2002.

SANTOS, Samara S. dos; DELL'AGLIO, Débora D. **Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil.** Psicol. Soc., Florianópolis, v22, n2, Ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 fev 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822010000200013>

Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR). **Disque 100: cem mil denúncias e um retrato da violência sexual infanto-juvenil (CARTILHA).** Disponível em www.carinhodeverdade.org.br/pub/pdf/cartilha_disque_100.pdf. Acesso em 29 nov 2011.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). RIBEIRO, Paulo C.P.; ARAUJO, Stella D.P. de (coord). **Saúde na Escola: guia para uma adolescência saudável** (CARTILHA). 21 ago 2007. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/comunicacao-e-educacao-em-saude/cartilhas-de-educacao-em-saude/saude-na-escola/SEG-05-0393-FOL%201.pdf> Acesso em 24 fev 2012.

VELASQUEZ, Rute M. S.; ALVES, Fernanda J. R.; ALVARENGA, Maria Fernanda M.; SOUZA, Sandra das Dores; SILVEIRA, José Carlos C. Da. **Cuidadores incluídos no tratamento – O Grupo de Cuidadores com Treinamento de Pais torna-se, para a equipe do AMTRA, um novo recurso no tratamento de vítimas de violência e na interrupção da transmissão transgeracional da violência.** In: MELO, Elza Machado. Podemos prevenir a violência: teorias e práticas. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2010. Cap 15. p 243-251. Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. ISBN 978-85-7967-039-8. Acesso virtual: http://new.paho.org/bra/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1214&Itemid=614.

VELASQUEZ, Rute M. S.; SILVEIRA, José Carlos C. da; FILHO, José B.; ALVES, Fernanda J. R.; MOLINA-MUÑOZ, Lourdes M.; ALVARENGA, Maria Fernanda M.; MUNDIM, Juliana. **Um serviço de saúde especializado em Transtorno De Estresse Pós-Traumático: um modelo cognitivo-comportamental.** Belo Horizonte: Revista Plural - Universidade FUMEC, jul/dez. 2007. n26. pp 141-157.

VELASQUEZ, Rute M. S.; SILVEIRA, José Carlos C. Da; FILHO, José B.; ALVES, Fernanda J. R.; MOLINA-MUÑOZ, Lourdes M.; ALVARENGA, Maria Fernanda M.; MUNDIM, Juliana. **Da necessidade de criação de um serviço de saúde ambulatorial para atendimento a vítimas de violência em Belo Horizonte** (resumo). Anais do I Colóquio Interinstitucional De Laboratórios de Psicologia, cedido pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais/ PUC-MG, em julho de 2007. ISBN 978-85-60778-24-9.

VELASQUEZ, R.; DIAS, S. S.; ADJUTO, I. ; MUNOZ, L. M. M.; SILVEIRA, J. C. C.. **O treinamento de pais e cuidadores: ensinando a educar e promovendo a saúde mental.** Revista médica de Minas Gerais (Belo Horizonte), v. 20, p. 182-188, 2010.

VETTORE, M.U.; LAMARCA, G. **Projeto Fica Vivo: ações estratégicas, mobilização e participação social interferem positivamente na sociedade.** [artigo na internet]. 2011 jul. Disponível em <http://cmdss2011.org/site/2011/08/projeto-fica-vivo-ações-estratégicas-mobilização-e-participação-social-interferem-positivamente-na-sociedade>. Acesso em 17 fev. 2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4a edição, Porto Alegre: Booknan, 2010. 248p.

ANEXO – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO