

Cleyde Maria Lara Vieira

**DAS PERDAS A POSSIBILIDADE DE
REPARAÇÃO:
um estudo de caso**

Belo Horizonte

2012

Cleyde Maria Lara Vieira

**DAS PERDAS A POSSIBILIDADE DE
REPARAÇÃO:
Um Estudo De Caso**

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

Orientadora: Profa: Dra. Rute Velasquez

**Belo Horizonte
Faculdade de Medicina da UFMG
2012**

*Ao meu Deus sustentador fiel, ao meu amado
companheiro e as minhas duas “pérolas preciosas” Prípri
e Tatá.*

*A Deus pela fé que me faz seguir em frente, a minha
filha Priscila incansável em me ajudar, a minha
orientadora por dividir comigo conhecimentos
importantes para minha prática clínica e por fim a S.M.
por me permitir ajudá-la.*

Forma Poética do ECA

*“...As crianças têm direitos
e nós a obrigação
de oferecer atendimento
e especial atenção...”*

*pra que ninguém sofra abuso
crueldade ou opressão
nem seja submetido
a qualquer exploração...*

*crianças e adolescentes
merecem ser respeitados
para que todos tenham
seus sonhos realizados...”*

*Eliakín Rufino
Janeiro / 1995*

RESUMO

A TCC focada no trauma tem apresentado alta eficácia na redução de sintomas do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e na reestruturação de crenças disfuncionais com relação à experiência abusiva. Considerando as consequências negativas do abuso sexual para o desenvolvimento psicológico das vítimas, bem como os resultados positivos da terapia cognitivo-comportamental para redução de sintomas e reestruturação de crenças disfuncionais com relação à experiência abusiva, o presente trabalho objetiva responder a seguinte questão: a TCC seria aplicável ao tratamento ambulatorial do TEPT de uma criança vítima de abuso sexual abrigada? A violência contra a criança e o adolescente vem sendo considerada como um grave problema de saúde pública devido à alta prevalência e às consequências graves para o desenvolvimento infantil. Conforme Serafim, Saffi, Achá, et al (2011), os estudiosos do abuso sexual infantil (ASI) reconhecem que a violência sexual aumenta o risco de as vítimas desenvolverem algum transtorno mental, déficits cognitivos e apresentarem comportamentos autodestrutivos e ainda, que o diagnóstico de depressão e TEPT é o que mais aparece entre as vítimas. O uso da TCC como método de intervenção psicológica para casos de violência sexual infantil, tanto individual quanto em grupo é potencialmente benéfico por incluir no tratamento estratégias que tem como objetivo principal identificar sintomas específicos (HABIGZANG, L. F; HATZENBERGER, R.; CORTE, F.; et al.2008). O foco principal das intervenções são os sintomas de TEPT. O presente estudo se trata de um relato de caso de uma menina de 9 anos atendida no Ambulatório de Trauma (AMTRA) dos Serviços de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina do Hospital da UFMG. Esta criança foi vítima de violência sexual intrafamiliar, perpetrado pelo padrasto. No final de junho de 2011 S.M foi acolhida em um abrigo localizado na região metropolitana de Belo Horizonte após denúncia anônima de violência sexual. O abuso sexual foi comprovado através do exame de corpo delicto. A TCC demonstrou ter algumas limitações. Portanto não se pode afirmar com veemência que esta metodologia de trabalho é a que melhor se aplica ao tratamento ambulatorial do TEPT em uma criança vítima de abuso sexual abrigada.

Palavras Chave: Abuso sexual na criança; Teoria Cognitiva; Transtorno de estresse pós-traumático.

ABSTRACT

The cognitive behavioral therapy (CBT) focused on trauma has shown high efficacy in reducing symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) and in restructuring of dysfunctional beliefs about the abuse experience. Considering the negative consequences of sexual abuse for the psychological development of the victims, as well as the positive outcome of cognitive behavioral therapy for symptom reduction and restructuring of dysfunctional beliefs regarding the abuse experience, this article aims to answer the following question: would CBT apply to outpatient treatment of PTSD of a sheltered child victim of sexual abuse? Violence against children and adolescents are being considered a serious public health problem due to the high prevalence and the serious consequences for the child development. Among the various forms of violence, we can identify sexual abuse, physical abuse, psychological abuse, abandonment and neglect. According to Seraphim, Saffi, Achaia, et al (2011), scholars of child sexual abuse (CSA) recognize that sexual violence increases the risk of victims to develop some mental disorder, cognitive deficits and self-destructive behaviors; moreover, depression diagnosis and PTSD are the most common disorders among the victims. The use of CBT as a method of psychological intervention in cases of child sexual violence, individually and in groups, is potentially beneficial to include treatment strategies that have as main objective to identify specific symptoms (HABIGZANG, L. F; HATZENBERGER, R.; CUT , F., et al.2008). The main focus of the interventions are the symptoms of PTSD. This study reports the case of a nine years old girl treated in the Clinic of Trauma (AMTRA) of Psychiatric Services of the "Hospital das Clinicas", Medical School Hospital of UFMG. This child was a victim of intrafamilial sexual abuse perpetrated by her stepfather. At the end of June 2011, S.M. was received in a shelter located in the metropolitan region of Belo Horizonte after anonymous denounces of sexual violence. Sexual abuse was confirmed by a forensic medical examination. CBT has demonstrated some limitations. Therefore we cannot state strongly that this methodology of work is in fact applicable to the outpatient treatment of PTSD in a sheltered child victim of sexual abuse.

Keywords: Child sexual abuse; cognitive theory; post-traumatic stress disorder.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
CAPÍTULO 1 – O ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR	12
CAPÍTULO 2 – CONSEQUÊNCIAS PSÍQUICAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL PARA A SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA VITIMADA	16
CAPÍTULO 3 – DA TCC NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS ABUSADAS COM TEPT E ABRIGADAS	21
CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA	29
CAPÍTULO 5 - RESULTADOS E DISCUSSAO	36
CONSIDERACÓES FINAIS	41
BIBLIOGRAFIA	42
ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	46
ANEXO 2 – Instrumentos de Coleta de Dados	47
ANEXO 3 – Critérios para o diagnóstico de TEPT	68
ANEXO 4 – Relato das Sessões	71
ANEXO 5 – Fotos	101

INTRODUÇÃO

Realizar uma monografia é uma oportunidade para produção e sistematização de um conhecimento. É um trabalho da maior relevância que estimula o estudo aprofundado, a observação cuidadosa, a análise, a reflexão e a habilidade de escrever textos profissionais.

A ideia primeira para a realização desta pesquisa ocorreu da experiência do atendimento de psicologia clínica no Ambulatório Do Trauma (AMTRA) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), servindo posteriormente de motivação para a escolha do objeto de estudo e sua problematização, uma menina vítima de violência sexual, abrigada.

A Psicoterapia cognitiva surgiu cerca de 45 anos atrás. Aaron Beck, o seu fundador, formulou uma base teórica coerente antes do desenvolvimento de estratégias terapêuticas. Posteriormente aplicou sistematicamente o conjunto de princípios teóricos e terapêuticos da psicoterapia cognitiva a uma série de transtornos mentais, começando por depressão, suicídio, transtornos de ansiedade, fobias, síndrome do pânico, transtornos da personalidade e abuso de substâncias, além de outros como: problemas interpessoais, raiva, hostilidade e violência.

Estudiosos das Psicoterapias (KNAPP e BECK, 2008; ANDRETTA e OLIVEIRA, 2011; PETERSEN e WAINER, 2011) confirmam a eficácia da abordagem no tratamento de diversas psicopatologias.

Sabe-se que o modelo da Teoria Cognitiva é descritivo. A abordagem terapêutica é estruturada, diretiva, com metas descomplicadas e definidas. O foco é o momento atual vivido pelo paciente. A Teoria Cognitivo-comportamental (TCC) é usada como um termo mais amplo que inclui tanto a Teoria Cognitiva padrão quanto combinações atóricas de estratégias cognitivas e comportamentais.

A TC pode ser aplicada também a crianças, porém o terapeuta deve realizar adaptações às características individuais dessas. A psicoterapia cognitiva com crianças fundamenta-se em geral em uma abordagem empírica aplicada considerando o “aqui-e-agora” e as relações intra e extra familiares que dizem respeito aos problemas das crianças. (Friedberg, 2004)

O psicoterapeuta cognitivo infantil deve desenvolver seu trabalho observando as idades das crianças e suas habilidades sócio-cognitivas considerando que a TC com crianças baseia-se em capacidades verbais e cognitivas. As tarefas terapêuticas devem ser de fácil execução com metas individuais e de acordo com o nível de desenvolvimento global da criança. Um dos objetivos principais do tratamento infantil que difere da psicoterapia com adultos é o de orientar crianças e suas famílias na correção de desvios no desenvolvimento.

Ao longo de sua infância a criança experimenta uma infinidade de vivências e algumas destas podem ser traumáticas, como, por exemplo, a violência. Para Azambuja, Ferreira e colaboradores (2011), o significado da palavra violência diz respeito a fazer ou deixar de fazer algo que tenha como resultado atrasar ou impedir o crescimento holístico dos seres humanos, principalmente em se tratando de crianças ou adolescentes que nesta etapa da vida necessitam de cuidado e proteção. São muitas as formas de violência, no que se refere à violência sexual contra crianças e adolescentes esse é considerado um importante problema de saúde pública (HABIGZANG, HATZENBERGER, CORTE, *et al*, 2008). Esta forma de violência pode desencadear efeitos negativos para o desenvolvimento cognitivo, emocional e social das vítimas. Os sintomas mais comuns em pré escolares são: ansiedade, pesadelos, transtorno de estresse pós-traumático e comportamento sexual inapropriado. Para as crianças em idade escolar, os sintomas mais comuns incluem: medo, distúrbios neuróticos, agressão, pesadelos, problemas escolares, hiperatividade e agressividade. Na adolescência, os sintomas mais encontrados são: depressão, isolamento, comportamento suicida, auto-agressão, queixas somáticas, atos ilegais, fugas, abuso de substâncias e comportamento sexual inadequado. Sintomas comuns às três fases de desenvolvimento são:

pesadelos, depressão, retraimento, distúrbios neuróticos, agressão e comportamento regressivo (OLIVEIRA e SANTOS, 2006).

Habigzang, Hatzenberger, Corte, *et al* (2008), definiram abuso sexual infantil (ASI) como: “qualquer atividade que envolva uma criança e um adulto ou outra criança, destinada a gratificação ou satisfação das necessidades de uma pessoa, cuja relação com a criança seja responsabilidade, confiança ou força, pode se configurar em abuso sexual. Estes autores constataram que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como forma de tratamento têm apresentado melhores resultados quando comparadas com outras formas de tratamento não-focais para crianças e adolescentes com sintomas de ansiedade, depressão e problemas comportamentais decorrentes de violência sexual.

De acordo com Passarela (2009) as crianças e adolescentes que sofreram violência sexual podem desenvolver o TEPT e esse pode ser encontrado em aproximadamente 40% a 50% desses casos. Naqueles que fizeram TCC observou-se redução dos sintomas do transtorno e a reestruturação de crenças disfuncionais com relação à experiência da violência sexual. O termo começou a ser usado após a publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua terceira edição. Os critérios diagnósticos para o TEPT surgiram da necessidade de classificar pessoas previamente saudáveis que se apresentavam em uma condição crônica com sintomas persistentes após uma situação de risco (PETERSEN e WAINER, 2011).

Considerando as consequências negativas do abuso sexual para o desenvolvimento psicológico das vítimas, bem como os resultados positivos da terapia cognitivo-comportamental para redução de sintomas e reestruturação de crenças disfuncionais com relação à experiência abusiva, o presente trabalho objetiva responder a seguinte questão: a TCC seria aplicável ao tratamento ambulatorial do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) de uma criança vítima de abuso sexual abrigada? Responder essa questão significa identificar analítica e sistematicamente os elementos empíricos relacionados aos sentimentos, pensamentos e comportamentos desse sujeito e

suas relações, quer com seus familiares, quer com os diferentes profissionais e crianças do abrigo e também com o profissional psicólogo.

Esta monografia constitui-se de cinco capítulos. Inicialmente, desenvolve-se uma discussão teórica em torno da questão do abuso sexual intrafamiliar . Em seguida são abordadas as consequências psíquicas da violência sexual para a saúde mental da criança vitimada e o papel da TCC no tratamento de criança abusada com TEPT e abrigada. Na sequência são apresentados os resultados de um estudo de caso clínico de uma menina vítima de violência sexual, abrigada. Por último faz-se uma discussão acerca dos resultados obtidos e então, são tecidas as considerações finais.

CAPÍTULO 1 - O ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR

Quando a violência é uma forma de relação que se estabelece no interior das famílias ou na convivência social, é preciso denunciá-la e “desnaturalizá-la”, tratando-a como um problema a ser resolvido, buscando formas “civilizadas” de trabalhar com os conflitos. Nunca é demais lembrar que os conflitos são normais e até desejáveis na sociedade, pois indicam a pluralidade de visões, de desejos e projetos. O mal, portanto, não está em expressá-los, mas em suprimir a oportunidade do debate, do diálogo e do exercício da tolerância. No caso das crianças e dos adolescentes, geralmente os pais, responsáveis e adultos tendem a acabar com as divergências de ideias e de comportamentos e com o conflito de gerações, por meio da dominação adultocêntrica, da imposição de sua vontade, ou por meio de gestos e ações violentos (BRASIL, 2002).

Em se tratando da violência sexual a real prevalência do abuso é maior do que tem sido divulgada pelos serviços de saúde e pelas pesquisas. Trata-se de um tipo de crime subnotificado, fato que se torna evidente perante a discrepância entre os números estimados de vítimas e a notificação (KELLOG, 2002). O abuso sexual pode permanecer em sigilo por muito tempo até ser revelado pela vítima.

O fato de que a maioria dos casos refere-se a abuso sexual intrafamiliar é um dos vários motivos pelo qual se considera a revelação um momento crucial e complexo (CAMINHA, HABIGZANG, BELLE, 2003; HABIGZANG, KOLLER, AZEVEDO, *et al.*, 2005). Por isso, há uma demanda de intervenções qualificadas, com acolhimento e apoio por parte dos profissionais que recebem essas denúncias.

Pensando a família como o principal contexto de desenvolvimento do ser humano, com funções diversas como a de prover os cuidados básicos, transmitir valores, socializar a criança, entre outras (ACKERMAN, 1986) e sabendo que é exatamente nesse contexto que ocorre a maior parte das

relações abusivas (HABIGZANG, KOLLER, AZEVEDO, *et al.*, 2005 e PELISOLI, 2008).

Para Santos (2007) a família em que acontece o abuso sexual intrafamiliar é um sistema fragilizado, na qual o segredo dá a ilusão de unidade e de que a situação está sob controle. Historicamente, esse segredo ficou por muito tempo escondido na intimidade dos grupos familiares, qualquer que fosse a condição social das vítimas e dos ofensores (GIBERTI, 2005).

Atualmente, entretanto, se reconhece esse problema como público, “superando o segredo com que a domesticidade garantia sua persistência e a impunidade dos agressores” (GIBERTI, 2005, p. 125).

A violência no contexto familiar não é somente um problema da família, mas constitui um problema social, com prejuízos não apenas no nível individual, mas também no social, com impacto sobre as áreas do trabalho, educação, saúde, sociedade, segurança e economia (CORSI, 2006).

O aumento do absenteísmo e a diminuição do rendimento laboral e escolar, a violência no âmbito escolar, às consequências para a saúde física e mental, as fugas de casa, as condutas de risco, a violência social e juvenil, os homicídios e as lesões corporais dentro da família, os delitos sexuais, bem como o incremento dos gastos nos setores da saúde, educação, segurança e justiça (CORSI, 2006) são algumas das consequências da violência familiar.

Portanto, esse fenômeno não provoca impacto negativo somente sobre as relações familiares e o desenvolvimento físico e psicológico das vítimas, mas apresenta repercussões sociais e econômicas importantes.

Tanto em condições típicas do desenvolvimento quanto em condições inesperadas, como no caso do abuso sexual intrafamiliar, a família exerce forte influência sobre a vítima e sobre a forma como ela lida com o problema. Como demonstraram Fassler *et al.* (2005), o ambiente familiar pode funcionar como mediador das consequências do abuso sexual.

Em alguns estudos (PELISOLI, 2008), o ambiente familiar foi investigado em termos de conflito, expressividade e coesão, e possível constatar que, se for menor o conflito e forem maiores a expressividade e a coesão familiar, melhor será o prognóstico.

Nesse sentido, também Cohen e Mannarino (2000) afirmaram que o suporte e a adaptabilidade familiar são preditores das consequências pós-vitimização.

Segurança e proteção provida pela família também têm sido vistas como características que podem assegurar um prognóstico mais favorável para as vítimas (KELLOG, 2002).

No meio científico, alguns pesquisadores também têm se proposto a investigar aspectos familiares no contexto do abuso sexual. Habigzang, Koller, Azevedo, *et al.* (2005), há uma descrição caracterizando essas famílias a partir de aspectos como estratégias de organização, configuração, práticas educativas e tentativas de proteção.

Outros trabalhos investigaram o autor da violência intrafamiliar (CAMINHA, 2000; COHEN, 2000), sua renda, número de filhos, configuração (DESLANDES, 1994), entre outros aspectos. Destaca-se que esses estudos obtiveram suas informações a partir de processos jurídicos ou prontuários de serviços de atendimentos. Por outro lado, Narvaz (2005) e Santos (2007) realizaram suas pesquisas a partir de entrevistas com mães de vítimas de abuso sexual. Outros trabalhos que ouviram as próprias vítimas de violência foram os de Kristensen (1996), que investigou abuso sexual em meninos, e De Antoni e Koller (2000), que pesquisaram adolescentes vítimas de violência intrafamiliar.

O abuso sexual intrafamiliar perturba a família, em termos de coesão, hierarquia, afetividade, conflito e relações de identificação. A coesão é definida como proximidade emocional ou apego entre membros da família; a hierarquia diz respeito às relações de poder estabelecidas entre eles (GEHRING, 1993).

Por sua vez, afetividade e conflito são, respectivamente, sentimentos positivos e geradores de estresse e agressividade. As relações de identificação, por sua vez, tratam da incorporação de padrões de pensamento e comportamento de um modelo, neste caso, um membro familiar (TEODORO, 2006).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), reforça o papel da família na vida da criança e do adolescente como elemento imprescindível dentro do processo de proteção integral, e como um dos objetivos maiores do sistema de promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente.

No tocante a denúncia, Faleiros (2003, p.138) alega que essa é uma das questões mais importante para o enfrentamento das situações de abuso sexual contra crianças e adolescentes, bem como para esclarecimento de todo e qualquer crime. Implica em pessoas dispostas a correr riscos e romper com o pacto de silêncio que alimenta a impunidade e desprotege as vítimas. Assim, podemos dizer que a proteção da criança/adolescente depende do conhecimento da violência pelos órgãos competentes através da denúncia: o Conselho Tutelar, Ministério Público Estadual, Judiciário, Delegacias Especializadas de Proteção a criança e o adolescente e/ou Delegacia de Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Disque Denúncia Nacional e os órgãos de Saúde (BRASIL, 2002).

As denúncias podem ser feitas por qualquer cidadão, mas são obrigatórias para alguns profissionais como: médico, professor, responsáveis por estabelecimentos de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, dos casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos conforme Artigo 245 do Eca.

CAPÍTULO 2- CONSEQUÊNCIAS PSÍQUICAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL PARA A SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA VITIMADA.

A violência contra a criança e o adolescente vem sendo considerada como um grave problema de saúde pública devido à alta prevalência e às consequências graves para o desenvolvimento infantil.

Dentre as diversas formas de violência, podemos identificar o abuso sexual, o abuso físico, o abuso psicológico, o abandono e a negligência. O abuso sexual infantil refere-se segundo Habigzang, Hatzenberger, Corte *et al* (2008):

“qualquer atividade que envolva uma criança e um adulto ou outra criança, destinada à gratificação ou satisfação das necessidades de uma pessoa, cuja relação com a criança seja responsabilidade, confiança ou força, pode se configurar em abuso sexual. Essas atividades sexuais podem incluir toques, carícias, sexo oral ou relações com penetração (digital, genital ou anal). O abuso sexual também inclui situações nas quais não há contato físico, tais como *voyerismo*, assédio verbal, pornografia e exibicionismo”.

Dados sobre a incidência de Abuso Sexual Infantil (ASI) no Brasil indicaram que, no período de janeiro de 2000 a janeiro de 2003, foram realizadas 1.547 denúncias. Em relação a essas denúncias 54% dos casos de ASI ocorreram no local de moradia da criança, caracterizando abusos sexuais intrafamiliares ou incestuoso (BORGES, 2007).

Segundo o autor os serviços públicos de acolhimento e de atendimento psicológico às vítimas de violência tem apontado uma crescente prevalência de denúncias de casos de ASI. O Centro de Referência no Atendimento Infanto-Juvenil da cidade de Porto Alegre/RS avaliou 4.294 casos de violência sexual, sendo a maioria de meninas vítimas, entre o período de 2002 a 2006.

No Ambulatório de Atenção às situações de Violência, nessa mesma cidade, em 2004, realizou-se em torno de 1.800 atendimentos, sendo que destes, uma parcela significativa envolvia crianças vítimas de abuso sexual. Em se tratando do perfil das vítimas de ASI, a maioria das denúncias também envolveu o sexo feminino.

Segundo Serafim, Saffi, Achá, et al (2011), estudos realizados em diferentes partes do mundo sugerem que, aproximadamente, 7,4% das meninas e 3,3 dos meninos já sofreram algum tipo de abuso sexual.

Esses autores afirmam ainda que a real prevalência é desconhecida, porque muitas crianças só conseguem revelar o ocorrido na idade adulta. Um estudo realizado na Inglaterra em 2005 com 100 mulheres com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar foi encontrado um percentual de 45% dos casos com histórico de abuso sexual.

Autoras como Oliveira e Santos (2006) constata em seus estudos sobre crianças vítimas de abuso sexual que além das lesões físicas e genitais sofridas, essas crianças tornam-se mais susceptíveis a outras formas de violência e ao longo da vida podem emitir comportamentos como o de uso de drogas, prostituição e tentativa de suicídio, além de poder apresentar distúrbios sexuais e depressão entre outros.

Nesse mesmo trabalho as autoras falam de fatores de risco, como: a idade da criança, a duração e a frequência do abuso sexual, o (os) tipo (os) de ato (s) sexual (is), o uso da força ou da violência, o relacionamento da criança com o abusador, a idade e o sexo do abusador e os efeitos da revelação, associados ao impacto do abuso sexual infantil influenciam em uma grande parte dos casos, negativamente o desenvolvimento da criança por causa do efeito traumático que possuem.

Borges (2007) concorda com as autoras acima no que diz respeito aos efeitos da revelação ser um dos fatores de risco e acrescenta que entre os fatores de risco para o desenvolvimento do TEPT estão a avaliação negativa do trauma e de suas consequências e interpretação negativa dos sintomas de experiência do TEPT, a presença de psicopatologias na infância, estratégias de *coping* desadaptativas, sobreposição de eventos de vida negativos e a falta de suporte social, severidade do trauma e das respostas psicológicas durante e imediatamente ao trauma e que esses são preditores do TEPT.

Em contrapartida, ajustamento parental, alto nível de escolaridade, ambiente familiar equilibrado e a presença de suporte social foram considerados fatores de proteção.

A autora constata que a falta de uma reação familiar positiva, após a revelação do ABI foi associada a uma maior severidade de TEPT. Entretanto para ela a interação de fatores de risco e fatores de proteção, tanto no nível individual quanto familiar e social, pode aumentar ou minimizar o efeito das consequências do ASI direcionando um melhor ou pior ajustamento psicológico.

Ao contrário, Sandersen (2005, p.168) considera a reação dos adultos e dos profissionais diante da revelação do abuso sexual como o fator mais traumático verificado na criança.

Contudo, no que diz respeito à violência infantil, há um consenso na literatura de que o abuso sexual é sempre prejudicial à criança. (OLIVEIRA e SANTOS, 2006).

Autores como Borges (2007), Serafim, Saffi, Achá, et al (2011) concordam que o abuso sexual em crianças pode acarretar prejuízos cognitivos, emocionais, comportamentais e sociais. Elas podem apresentar sentimentos de culpa, dificuldades em confiar nas pessoas, comportamento hipersexualizado, medos, pesadelos, isolamento, sentimento de desamparo e ódio, fugas de casa, baixa auto-estima, perda de interesse pelos estudos e brincadeiras, sintomas somáticos e agressividade.

Crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual que apresentam os sintomas descritos acima ficam propensos, segundo Serafim, Saffi, Achá, et al (2011) a desenvolverem transtorno de ansiedade, sintomas depressivos e agressivos, transtorno afetivo, transtorno de estresse pós-traumático, distúrbios alimentares, dependência química e transtornos psicosexuais. Os autores encontraram em seus estudos uma grande correlação entre as experiências de abuso sexual na infância e um conjunto de transtornos psiquiátricos e comportamentais na vida adulta.

O ASI pode se constituir como um fator de risco tanto para sequelas no âmbito psicológico quanto no neurobiológico influenciando negativamente no neurodesenvolvimento infantil. Os eventos traumáticos na infância ativam os sistemas neurobiológicos do estresse, do Sistema Nervoso Central, na busca de uma resposta adaptativa do cérebro (BORGES, 2007).

2.1- Correlatos neurofisiológicos do TEPT decorrente de ASI

O trauma pode desencadear ativação crônica do eixo hipotálamo- hipófise ou pituitária - adrenal (HPA) bem como das áreas cerebrais ligadas à regulação da percepção e das respostas emocionais, cognitivas e comportamentais do medo. Regiões do cérebro como: córtex pré-frontal, córtex temporal inferior, hipocampo e amígdala tem sido apontadas como áreas envolvidas no processamento do medo e nas psicopatologias do trauma, como o TEPT (BORGES 2007).

O hipocampo (estrutura neural relacionada ao aprendizado e memória) tem sido investigado com especial atenção no TEPT a partir de técnicas de neuroimagem. Os achados apontam atrofia do hipocampo não só no TEPT como também na doença de Cushing e no Transtorno Depressivo Maior (GRAEFF, 2003).

Estudos realizados no ano de 1997 em adultos que sofreram abuso sexual durante a infância constatou-se significativas reduções no volume hipocampal esquerdo (12%) na comparação com participantes saudáveis (PERES e NASELLO, 2005).

Porém, não está claro se a atrofia do hipocampo encontrada no TEPT é resultado do trauma ou já estava presente antes do acontecimento. Nesse caso pode-se pensar no fator de vulnerabilidade, posto que o hipocampo tem importante papel na regulação do eixo HPA, já citado acima.

Nessa mesma linha, ao estudar alterações estruturais e funcionais no hipocampo com o desenvolvimento do TEPT, Lopez e Velasquez ()

observaram uma discordância entre os resultados apontados pelos estudos avaliados no que se refere a atrofia do hipocampo como sendo anterior ao trauma, decorrente do mesmo ou consequência do TEPT.

Em relação à população infantil, um estudo com 44 crianças vítimas de maus-tratos (n= 34 de abuso sexual) e com TEPT apontou alterações no volume intracranial e cerebral (7.0% a 8.0% menor). Em outro estudo com 28 crianças e adolescentes maltratados/TEPT (n= 18 de abuso sexual) revelou a redução do volume intracranial e cerebral (6.0%) (BORGES,2007).

Não se pode negar que as Tecnologias de neuroimagem como a tomografia por emissão de fóton único (SPECT), tomografia por emissão de pósitrons (PET), ressonância magnética funcional (fMRI), eletroencefalografia quantitativa (EEEG), entre outras, têm tido um avanço considerável nos últimos anos, contudo, nenhum desses métodos de investigação cumpre todas as exigências ideais para a investigação do TEPT.

Segundo Oliveira e Santos (2006) não há, até o momento, um método tecnológico capaz de detectar as disfunções anatômicas causadas pelo TEPT no tecido cerebral do indivíduo afetado, embora um número crescente de pesquisas apontem e afirmem tais alterações. Portanto deve-se considerar que o avanço científico dos prejuízos neuropsicológicos do TEPT é recente com resultados divergentes, e com muitas questões para serem respondidas.

Conforme Serafim, Saffi, Achá, et al (2011), os estudiosos do ASI reconhecem que a violência sexual aumenta o risco de as vítimas desenvolverem algum transtorno mental, déficits cognitivos e apresentarem comportamentos autodestrutivos e ainda, que o diagnóstico de depressão e TEPT é o que mais aparece entre as vítimas.

CAPITULO 3 – DA TCC NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS ABUSADAS COM TEPT E ABRIGADAS.

Segundo Soares e Lima (2003) na abordagem do TEPT, as intervenções psicoterápicas e psicossociais, indicadas tanto para prevenção como tratamento do transtorno, têm tido enfoque especial. A atenção voltada às abordagens em questão baseia-se no fato de que nem todos os indivíduos submetidos a traumas importantes desenvolvem o transtorno, o que pode estar relacionado a uma resposta individual ao estressor ou a uma predisposição única daquele indivíduo.

Conforme esses autores na prevenção do TEPT, quando não há outro quadro associado, como depressão ou outro transtorno de ansiedade, são indicadas, exclusivamente, intervenções não farmacológicas. Essas intervenções podem ser indicadas imediatamente após o evento ou dentro de curto intervalo de tempo e podem ser desde procedimentos mais simples, como uma única entrevista, até intervenções psicoterápicas mais prolongadas.

Porém quando se faz necessárias intervenções farmacológicas, as drogas mais utilizadas são os antidepressivos, principalmente os inibidores seletivos de recaptção de serotonina, como sertralina e paroxetina, e os antidepressivos tricíclicos, como amitriptilina e imipramina. Drogas sedativas, como benzodiazepínicos e mesmo antipsicóticos em baixa dosagem também são utilizados em alguns esquemas terapêuticos.

Em um estudo de revisão sistemática das diversas formas de psicoterapias no tratamento do TEPT as técnicas cognitivas comportamentais obteve um resultado de metanálise mostrando uma taxa de melhora em torno de 90% ao fim do tratamento e 85% em seis meses de seguimento.

O uso da TCC como método de intervenção psicológica para casos de violência sexual infantil, tanto individual quanto em grupo é potencialmente benéfico por incluir no tratamento estratégias que tem como objetivo principal identificar sintomas específicos. (HABIGZANG, L. F; HATZENBERGER, R.;

CORTE, Fabiana; et al.2008). O foco principal das intervenções são os sintomas de TEPT.

Existem diferentes nomenclaturas para falar de um mesmo acometimento. No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 1994), a característica essencial do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (309.81, ver a versão integral no ANEXO 3) *é o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um estressor traumático extremo.* (critério A1)

Sendo que a resposta ao evento deve envolver intenso medo, impotência ou horror (em criança, a resposta pode envolver comportamento desorganizado ou agitado) (critério A2). Além disso, o referido manual estabelece:

Os sintomas característicos resultantes da exposição a um trauma extremo incluem uma revivescência persistente do evento traumático (critério B), Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma, embotamento da responsividade gera (critério c) e sintomas persistentes de excitação aumentada (critério D). O quadro sintomático completo deve estar presente por mais de 1 mês (critério E) e a perturbação deve causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (critério F).

Foram descritos no DSM - IV (1994) três especificadores que podem ser usados para definir o início e a duração dos sintomas do TEPT. São esses: agudo, quando a duração dos sintomas é inferior a 3 meses. Crônico, quando a duração dos sintomas é superior a 3 meses. Com Início Tardio, pelo menos 6 meses decorrem entre o evento traumático e o início dos sintomas.

Borges (2007) ressalta que, ainda que os critérios para adultos sejam também utilizados para o diagnóstico infantil, algumas modificações específicas à sintomatologia do TEPT em crianças devem ser observadas. No que diz respeito ao critério de re-experiência intrusiva a criança pode reviver o trauma através de brincadeiras e jogos repetitivos em que aspectos do trauma surgem associados à agitação motora e à presença de pesadelos, com ou sem

conteúdos relacionados ao trauma. Sonhos traumáticos recorrentes e angústia nas lembranças.

Para a autora, em se tratando de criança, o critério de evitação de pensamentos, sentimentos, locais e situações, pode aparecer na diminuição de interesse por atividades habituais, embotamento afetivo, dificuldade de memória, perda de habilidade já estabelecida, regressão no desenvolvimento e a sensação de que não vai viver muito tempo.

Quanto aos sintomas de excitabilidade e raiva, dificuldades de concentração, hipervigilância, resposta exagerada de sobresalto e resposta autônoma a lembranças traumáticas (BORGES, 2007).

A TCC é a psicoterapia com maior suporte empírico para o tratamento de TEPT e têm apresentado melhores resultados quando comparadas com outras formas de tratamento não focais para crianças e adolescentes com sintomas de ansiedade, depressão e problemas comportamentais decorrentes de violência sexual. E ainda, TCC focada no trauma tem apresentado alta eficácia na redução de sintomas do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e na reestruturação de crenças disfuncionais com relação à experiência abusiva (CAMINHA, 2005; HABIGZANG, HATZENBERGER, CORTE et al., 2008).

De acordo com Habigzang, Hatzenberger, Corte, et al. (2008), o psicoterapeuta Cognitivo-comportamental trabalha a ansiedade e a esquiva com a técnica de exposição gradual e dessensibilização sistemática, inoculação de estresse, treino de relaxamento e interrupção e substituição de pensamentos perturbadores por outros que recuperem o controle das emoções.

Trabalham-se também as Crenças e os sentimentos negativos relacionados à culpa pela ocorrência do abuso comum nas vítimas e em seus pais. Segundo Passarela, Mendes, Mari (2009) ter conversas informativas sobre o abuso com os pais e filhos, tais como dados epidemiológicos, consequências do trauma e o papel dos pais como influenciadores na forma como os filhos lidarão com os

traumas, contribuem para a redução da angústia diante do trauma. Técnicas como a exposição gradual como citada acima possibilitam aos indivíduos a evocação de memórias de conteúdos traumáticos relacionados ao abuso sexual.

Os conteúdos evocados poderão ser reestruturados por meio de psicoeducação, enfrentamento (*coping*) e reestruturação cognitiva, reduzindo assim os sintomas de TEPT e os de ansiedade, assim como *body safety skills*, que ensina ao indivíduo formas de se proteger de um novo abuso, sobretudo quando ele continua exposto ao risco.

A presença dos pais no tratamento, sobretudo para as crianças menores, tem um efeito positivo no prognóstico do TEPT e de outras consequências do abuso. Tal participação pode ajudar as crianças a expressar os problemas causados pelo trauma e pode melhorar o relacionamento com os pais.

Com respeito a essa questão descrita acima, Fuks (2010, p.148) defende que a abordagem psicoterapêutica também é necessária para o pai abusador e, muitas vezes, para outros membros da família como um todo. Essa assegura a importância do fortalecimento da figura materna para uma recuperação posterior da família como um todo.

Em sua experiência como supervisora no Centro de Estudos e Atendimento Relativo ao Abuso Sexual (CEARAS), a autora tem identificado um grande número de famílias que apresentam alto grau de desorganização e de falta de normas. Essas são incentivadas a socializar e aculturar seus filhos, inserindo-os no universo extrafamiliar com suas normas e instituições.

Com base nessas observações as intervenções são voltadas para os reconhecimentos a promover, os limites a colocar, as funções a estabelecer. Trabalha-se no sentido de recuperar o sentido das experiências vividas, mas não processadas ajudando na reelaboração. Trabalha-se também com a prevenção de revitimização.

Em se tratando da questão do ASI a autora entende que a abordagem deve ser ampla, multidisciplinar, coexistindo psicoterapia familiar, as visitas domiciliares feitas por assistentes sociais e a atuação da lei presente através das varas da Infância e Adolescência.

A identificação de uma situação de abuso sexual contra uma criança ou adolescente requer medidas de proteção que garantam a segurança da vítima e evite possíveis revitimizações. Dentre as medidas de proteção existentes o abrigo se constitui em um recurso utilizado pelo Estado e por instituições filantrópicas voltadas para o atendimento às crianças e adolescentes retirados de suas famílias ou negligenciados, vitimados e abandonados por elas.

3.1- O Abrigo de crianças e adolescentes em Belo Horizonte

O abrigo pode se constituir como um recurso protetivo para aquelas crianças ou adolescentes que não possuem algum familiar capaz de garantir seus cuidados e segurança. Os efeitos dessa medida de proteção têm sido alvo de discussões e estudos sobre as consequências da experiência de abrigo para o desenvolvimento das vítimas têm sido desenvolvidos.

Alguns estudos apontam que o afastamento da criança do convívio familiar é negativo, podendo potencializar sintomas de depressão e ansiedade. Por outro lado, o abrigo pode constituir uma fonte de apoio para crianças e adolescentes, em vista das relações e vínculos familiares ainda existentes serem muito frágeis e não oferecerem a segurança e proteção necessária (HABIGZANG, CUNHA, KOLLER, 2010).

As autoras entendem que quando a criança e o adolescente são encaminhados para um abrigo esses necessitam de acompanhamento profissional para não acreditarem que estão sendo castigados, reforçando dessa maneira a crença de que é responsável pelo abuso. O abrigo pode ser um lugar privilegiado para casos extremos, garantindo cuidados essenciais e rotinas definidas que viabilize o desenvolvimento saudável de crianças e de adolescentes. Contudo, o abrigo deve ter um caráter temporário e a

família deve receber acompanhamento para que possa desenvolver estratégia protetivas e suporte emocional necessário para o retorno da criança para casa. No entanto, o abrigo deve ser o último recurso, quando de fato nenhum familiar possa garantir os cuidados e proteção necessários para o desenvolvimento das crianças.

Completa Maia (2011):

“Nessa perspectiva, deverão ser empreendidos todos os esforços para preservar e fortalecer vínculos familiares e comunitários das crianças e dos adolescentes atendidos em serviços de acolhimento. Esses vínculos são fundamentais, nessa etapa do desenvolvimento humano, para oferecer à criança e ao adolescente condições para um desenvolvimento saudável que favoreça a formação de sua identidade e constituição como sujeito e cidadão”.

Diante do que foi posto, entende-se que, ainda que o afastamento do convívio familiar seja a medida mais adequada para se garantir a proteção da criança e do adolescente em determinado momento, essa não pode acarretar na desistência pela busca de alternativas para se garantir à criança e ao adolescente seus direitos de convivência familiar e social.

No que diz respeito ao direito à convivência familiar e comunitária, o Estatuto da Criança e do Adolescente estabeleceu no artigo 19 que toda criança ou adolescente tem direito de ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária. Para garantir esse princípio o ECA definiu as situações específicas e provisórias do Acolhimento Institucional.

Portanto quando os vínculos familiares, por questões de violência e outras violações de direitos, foram rompidos ou estão fragilizados de forma tal que a criança corre risco ou ameaça de morte, ela deve ser encaminhada a um abrigo. Também pode ser abrigada, quando perdida nas ruas, quando os pais estão presos e não têm familiares ou pessoas de referência para cuidar delas e protegê-las. Em casos de calamidade pública, sinistros, desastres, morte dos pais. Em todas essas situações, a primeira providência deve ser o acolhimento na família extensa ou com pessoa de referência. Esgotadas essas

possibilidades, o acolhimento institucional é a medida de proteção assegurada pelo ECA.

O acolhimento institucional de uma criança ou adolescente é aplicado pelo Conselho Tutelar, Justiça da Infância ou Promotoria da Infância.

Excepcionalmente, nas situações de emergência, o abrigo pode acolher sem o encaminhamento desses órgãos e fazer a comunicação imediata à autoridade. Desse modo, o procedimento correto é aplicação da medida e o encaminhamento da criança ou adolescente para o abrigo com um termo escrito de abrigamento, constando os dados de identificação da criança e os motivos para a institucionalização. O Conselheiro Tutelar deve acompanhar a criança até o abrigo. No caso da Justiça e da Promotoria, estes órgãos definem os servidores públicos que acompanham a criança até o abrigo. Nas situações de emergência, geralmente é uma autoridade policial ou um educador social que leva a criança até a instituição e, na ocasião, informa os dados colhidos sobre a situação.

Segundo Maia (2011), Toda criança e adolescente tem direito a viver num ambiente que favoreça seu desenvolvimento, que lhe ofereça apoio, proteção e cuidado. Nesse sentido, quando o afastamento for necessário e enquanto soluções para a retomada do convívio familiar forem buscadas, os serviços de acolhimento prestados deverão ser de qualidade, condizentes com os direitos e as necessidades físicas, psicológicas e sociais da criança e do adolescente.

E ainda, o abrigo tem o dever de assegurar as condições materiais para a criança e o adolescente viver e conviver: habitabilidade, alimentação, higiene e vestuário. Deve também assegurar os direitos ao lazer, educação, saúde, convivência comunitária, cultura, apoio social e psicológico. A instituição assume todas as abnegações que antes eram da família – proteger, prover e educar –, criando todas as possibilidades de crescimento pessoal, social, intelectual e físico. Por isso, o diretor do abrigo é equiparado a um guardião. As crianças e adolescentes devem ir à escola, ao posto de saúde, ao cinema, a

atividades de lazer e cultura na comunidade. O abrigo é um espaço de moradia/acolhimento sob a orientação de educadores sociais e técnicos.

As decisões a respeito de crianças e adolescentes cuidados em serviços de acolhimento devem garantir o direito de ter sua opinião considerada. Sua escuta deverá ser viabilizada por meio de métodos condizentes com seu grau de desenvolvimento. O direito à escuta deve ser garantido nas diversas decisões que possam repercutir sobre o desenvolvimento e a trajetória de vida da criança e do adolescente, envolvendo desde a identificação de seu interesse pela participação em atividades na comunidade, até mudanças relativas à sua situação familiar ou desligamento do serviço de acolhimento.

A organização do ambiente de acolhimento deverá proporcionar o fortalecimento gradativo da autonomia, de modo condizente com o processo de desenvolvimento e aquisição de habilidades nas diferentes faixas etárias.

Maia, (2011) demonstrou em seu estudo que a efetivação da medida protetiva de acolhimento institucional destinada a crianças e adolescentes é complexa, que demanda articulação de ações que envolvem a responsabilidade conjunta do Estado, da família e da sociedade, conforme disposto no ECA. Os responsáveis pela execução do serviço de acolhimento institucional devem fazê-lo de forma a colaborar para que as crianças e os adolescentes sob sua guarda possam exercer plenamente seus direitos, de maneira especial o direito à convivência familiar e comunitária, fugindo do afastamento representado pela institucionalização.

CAPÍTULO 4 - METODOLOGIA

O Estudo de Caso é um método de pesquisa e pode ser usado em diversas situações com o objetivo de auxiliar no entendimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e outros. Seu uso é disseminado nas ciências humanas e até mesmo na economia. O método de Estudo de Caso permite a compreensão dos fenômenos sociais complexos e também possibilita ao investigador reter as características holísticas e significativas dos eventos da vida real conforme YIN (2010).

Nesta monografia foi desenvolvido um estudo exploratório da literatura considerando as palavras-chave: abuso sexual infantil, Terapia cognitiva comportamental; TEPT e abrigo. Em seguida foi realizado o delineamento do Estudo de Caso. Este envolveu a aplicação de testes psicométricos validados (ANEXO 3) e doze sessões de psicoterapia cognitiva-comportamental individual com atividades semi-estruturada, descritas no anexo 4. Deve ser considerado que a referida criança já participava de grupoterapia cognitiva no AMTRA e continuou no grupo durante o estudo de seu caso, de modo a não haver comprometimento do atendimento psicológico após o término do estudo.

4.1- Características da participante e contextualização social

Participou desse estudo uma menina de 9 anos atendida no Ambulatório De Trauma (AMTRA) dos Serviços de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina do Hospital da UFMG. Esta criança foi vítima de violência sexual intrafamiliar, perpetrado pelo padrasto. No final de junho de 2011 S.M foi acolhida em um abrigo localizado na região metropolitana de Belo Horizonte após denúncia anônima de violência sexual. Segundo a técnica responsável pelo caso o abuso sexual foi comprovado através do exame de corpo delito.

O estudo foi aprovado pelos coordenadores do AMTRA do Hospital das Clínicas da UFMG e realizado mediante assinatura do responsável legal pela menina do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O documento assegura que a identidade da criança não será revelada sob nenhuma hipótese, que ela não precisa realizar nada que lhe faça sentir-se constrangida e que não correrá nenhum tipo de risco. Após avaliação por uma psicóloga clínica formada e especializanda em psicoterapias cognitivas na faculdade de medicina da UFMG, a menina foi encaminhada para a psicoterapia cognitiva individual no referido ambulatório. O estudo em questão segue os princípios da ética na pesquisa, assim como disposto na Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o estudo de seu caso foi iniciado de forma sistemática.

Conforme o regulamento do ambulatório, cada atendimento dura 50 minutos e ocorre por, no mínimo 3 semanas (uma sessão por semana), nas quais são feitas as avaliações do estado atual de saúde mental do indivíduo. Nos casos em que se detectar o Transtorno de Estresse Pós-Traumático e se fizer necessário o tratamento do trauma psicológico, o menor receberá atendimento psicoterapêutico e para tanto deverá comparecer ao ambulatório por, no mínimo, 12 semanas.

4.1.1 – Instrumentos utilizados na avaliação e acompanhamento psicológico:

Foram utilizados os seguintes instrumentos (ANEXO 2):

- a) Entrevista livre– visava estabelecer o primeiro contato com a criança e iniciar um vínculo de confiança com a mesma em um contexto diferente daquele onde era atendida em grupoterapia cognitiva concomitantemente;

Entrevista para anamnese - buscava colher dados gerais da paciente, como idade, escolaridade, atividades cotidianas, relacionamentos e a obter dados sobre a família e uma breve descrição da situação abusiva e da atual com a Educadora Social que cuidava da criança no abrigo diariamente e, posteriormente, com a Assistente Social responsável pelo abrigo;

- b) Teste do Desenho da Família: autor Louis Corman (2003). A finalidade: verificar o tipo e a qualidade dos afetos e representações cognitivas associadas á família pela criança;
- c) Inventário de Depressão Infantil (CDI) Kovacs (1992) – Essa versão do CDI é constituída por 20 itens - O CDI consiste em uma escala de auto-avaliação destinada a identificar os sintomas de depressão em pessoas de 7 a 17 anos. Detectar se havia a presença e a severidade de um possível transtorno depressivo.
- d) Escala de estresse infantil (ESI) – Autora Marilda Lipp e Maria Lucarelli (2005) - avaliar a presença de stress psíquico e em caso positivo das seguintes reações do estresse: físicas, psicológicas, psicológicas com componente depressivo e psicofisiológica

4.1.2 - Dados Biográficos da Paciente:

No início dos trabalhos a criança S.M. cursava a terceira série do ensino fundamental. A menina encontrava-se abrigada desde junho de 2011. Segundo relato da assistente social, quando S.M. chegou ao abrigo essa gostava de frequentar a escola, apresentava bom comportamento, interesse pelos estudos e boas notas, nunca tendo sido reprovada anteriormente em outras séries. S.M cresceu na companhia da mãe dos irmãos e diferentes padrastos. Ela tem irmãos com idade muito superior e muito inferior a dela. Todos os irmãos menores (1,3,5, anos) foram abrigados. S.M e sua irmã de 5 anos foram levadas para o mesmo abrigo. O suposto pai é falecido, a mãe é alcoolista. Mais dados familiares não são conhecidos em razão das condições sociais e do abandono familiar.

Resultados e Discussão dos Testes

As avaliações do estado atual de saúde mental do indivíduo são feitas nas primeiras sessões com o objetivo de identificar se o caso é indicação para o AMTRA.

Teste do desenho da família. Realizado na segunda sessão. Resultados - Os dados do desenho complementaram os dados do auto relato, as entrevistas e as impressões clínicas auxiliaram nas decisões com relação aos alvos iniciais do tratamento de intervenção. Os afetos são ambíguos as representações cognitivas distorcidas no que diz respeito ao relacionamento com a mãe (idealização, “a minha mãe é a melhor de todas” e dúvidas quanto ao cuidado dispensado a ela, “*se ela não dormisse tanto ela ia vê o que esta acontecendo...*”). Aparece no desenho (ANEXO 2) uma representação da auto imagem não condizente com a idade cronológica de S.M o que sugere comportamento hipersexualizado.

Escala de stress Infantil (ESI) realizado na segunda sessão. Resultados – S.M apresentou nota da escala 60 pontos. Considera-se uma fase transitória do stress. Não deve ser entendida como envolvendo stress emocional permanente ou grave. Entende-se por uma reação, que representa um desafio para a criança. Contudo S.M apresentou alta frequência de sintomas psicológicos e psicológicos com componente depressivo 18 e 22 respectivamente, o que significa que ela assinalou os sintomas típicos do stress nos dois fatores que estão fortemente representados na escala.

Em uma análise qualitativa, a alta frequência em alguns itens (preenchimento de 3 a 4 partes do círculo) revelam que S.M apresenta uma maior vulnerabilidade à depressão, itens (10,13,14,22,25,35).

Teste C.D.I. Realizado na sexta sessão. Resultados – Antes da contagem dos pontos foi feita a checagem dos itens 2 desesperança, que se correlaciona com a ideação suicida no item 9, para avaliar potencial suicida. Mesmo S.M tendo “negado”. Na sessão anterior S.M ventilou a possibilidade de pular o muro, fugir e revelou o desejo de morrer. “*eu tô triste, porque minha vida é ruim, eu quero voltar prá minha casa, eu quero vê minha mãe*”. “Eu vo pulá o muro, e vó sê atropelada, aí é bom que eu morro de uma vez” A criança pode expressar seu potencial suicida com diferentes linguagens e metáforas outras declaram abertamente (Friendberg, 2004 p. 154). A criança pode ocasionalmente fazer tais declarações para expressar afeto negativo, sem

intenção verdadeira. No momento da checagem verificou-se “com que frequência S.M tem tido os pensamentos e se havia feito alguma coisa para que acontecesse”. Os pensamentos aparecem quando sente saudades da mãe e quando fica com raiva do juiz e da M “que tiraram ela da casa dela”. Respondeu não quanto ter feito algo para que acontecesse. S.M obteve 15 no escore bruto, sugerindo sinais de sintomas depressivos.

Auto relatos e dados das entrevistas - *“Só que eu queria ficar burra, sem saber ler e escrever...”* *“Eu quero vê minha mãe, ela não foi me vê já tem dois sábados”*. *“Eu vou bater nas meninas que me chamam de arrombada, elas acham que eu sou de ferro prá aguentar isso?”* *“Eu sei sim, porque o juiz fez isso, é porque na minha casa não tem tranca no portão e aí todo mundo entra”*. *“vou ficar sem comer, aí é bom que eu morro mesmo e vou pró céu”*.

“Está muito difícil lidar com a S.M”. “Ela está agitada, elétrica, apronta todas”. “Eu acho que S.M tem baixa-estima, porque ela fala o tempo todo que ela é feia, burra, idiota”. “Ela não quer tomar banho, trocar a roupa, fica com o cabelo despenteado”. “Faz xixi na cama”. Tem sono agitado, não vai sozinha no banheiro, tem medo de escuro “Tem dificuldades com os hábitos higiênicos, até escovar dentes a gente tem que obrigar”. “Mas é esquisito porque tem hora que S.M se junta às meninas maiores e fica interessada nos meninos da rua perto do abrigo, parece que é sexualidade aflorada”. “As meninas do abrigo dizem que S.M é a safadinha, sabe tudo de sexo”. “Já tem vez que ela fica isolado no canto, sem querer conversar por um bom tempo, e evita todo tipo de contato físico”. “Às vezes tenho que obriga-la a tomar banho, se vou ajuda-la com alguma coisa nessa hora ela fica irada”. Perguntei se S.M tem comportamentos agressivos. L. disse que agride verbalmente e “está muito respondona e retruca tudo”. Perguntei se ela tinha informações sobre em que circunstâncias se deu o abrigamento, ela não soube informar porque não estava no abrigo na época. Não soube responder em que mês S.M foi abrigada. Perguntei como S.M estava quando ela começou acompanhá-la e se ela não recebe informações da criança quando inicia o cuidado. Ela disse que nem sempre, e no caso de S.M foi assim. “Quando comecei ela não estava tão irritada, com raiva, de uns tempos para cá ela foi ficando assim, eu acho que o que piorou

foi a mãe dela ter parado de ir no abrigo os finais de semana”. “A mãe dela desde de que a S.M e a irmã foi pra lá visitava elas nos finais de semana”. L. relatou que a mãe perdeu definitivamente a guarda das filhas e que não tinha sido comunicado a S.M até aquela data.

A educadora disse também que “S.M foi levada ao nefrologista e ela terá que fazer uma série de exames porque há suspeitas de que ela está perdendo proteínas pela urina”.

“S.M está respondona, responde as educadoras, às vezes agride verbalmente as colegas do abrigo”. “Estava entusiasmada com a madrinha (publicitaria) agora já não está mais”. Relatou que foi muito “traumático para S.M presenciar a retirada do irmão (bebê) do colo da mãe pela assistente social do conselho, um dia antes do abrigamento dela . C. Relatou que a mãe de S.M na entrevista com a assistente social do Conselho Tutelar disse que “sabia do abuso em relação a S.M, mas que não acreditava que o pai abusasse da própria filha A. (irmão de S.M).

Dessa maneira, o auto-relato, as entrevistas com as educadoras e assistente social, os dados dos testes e as impressões clínicas, permitiram verificar que S.M apresentava sintomas de depressão. Ainda que S.M não apresentasse humor deprimido ou triste constantemente. Porém segundo Friedberg (2004, p.145) algumas crianças com sintomas de depressão experimentam mais irritabilidade a maior parte do tempo, o que às vezes pode dificultar o diagnóstico.

Foi realizada ainda uma 2ª aplicação da Escala de stress Infantil (ESI) na décima sessão. Verificou-se redução significativa dos sintomas de estresse. Nota da escala 20 pontos. Esse resultado pode sugerir que apenas o encaminhamento para o atendimento psicológico individual contribuiu para reduzir o estresse de S.M, pois pode representar uma oportunidade de sentir-se melhor e despertar a esperança de superar a situação. As análises das reações físicas, psicológicas, psicológicas com componente depressivo e psicofisiológicas do instrumento apontaram diferenças mais significativas naquelas que avaliam sintomas psicológicos e psicológicos com componente

depressivo de estresse. Esse dado pode sugerir que as técnicas empregadas até o momento da avaliação no processo psicoterapêutico promoveram melhoras em sintomas psicológicos e psicológicos com componentes depressivos relacionados ao *estresse*. Não foi possível realizar o reteste CDI por vários motivos como: demandas urgentes de S.M, muitos feriados no dia do atendimento, faltas consecutivas da paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intervenção terapêutica em casos de abuso sexual é complexa e precisa ser planejada, considerando o impacto dessa experiência para o desenvolvimento da vítima e da sua família, mudanças no ambiente imediato, disponibilidade de rede de apoio social e afetiva e fatores de risco e proteção associados. Sendo assim, a melhoria das crianças não depende apenas da eficácia/efetividade do tratamento, mas do funcionamento dos adultos cuidadores da criança. A saúde mental dos pais, conflito conjugal, dinâmica familiar, presença de eventos estressores, o nível socioeconômico da família, fatores culturais e comunitários influenciam no grau e manutenção da melhoria. (HABIGZANG, HATZENBERGER, CORTE, et al, 2006).

As autoras discutem que os estudos sobre avaliação de métodos terapêuticos é pouco encontrado e verifica-se um outro problema que é a ausência de instrumentos psicológicos validados e eficazes para avaliação clínica das vítimas.

Para elas apesar dos problemas a TCC como psicoterapia têm apresentado melhores resultados quando comparada com outras formas de tratamento não-focais para crianças e adolescentes com sintomas de ansiedade, depressão e problemas comportamentais decorrentes de violência sexual . Além disso, TCC focada no trauma tem apresentado alta eficácia na redução de sintomas do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT).

Em concordância, Passarela, Mendes e Mari (2010) a TCC demonstrou sua efetividade e eficácia para o tratamento de sintomas de TEPT em crianças e adolescentes sexualmente abusados em avaliações pós-tratamento. Seus resultados sugerem que a TCC é mais eficaz do que a Terapia Centrada na Criança e do que o "não tratamento" (no caso, lista de espera e *Community Care*).

Dobson e Dobson (2010, p.53), também confirmam que a TCC tem demonstrado ser um tratamento bastante eficaz para as sobreviventes de agressão de ordem sexual e tem bons resultados de longo prazo.

De certo modo compartilho com os autores parte de suas afirmativas. É incontestável que a TCC oferece recursos que possibilitam o profissional obter bons resultados no atendimento desses pacientes em questão, e mais específico ainda oportuniza ao paciente infantil e suas famílias serem orientados e processos “descarrilados” podem ser corrigidos.

Porém, assim como toda ciência, apresenta limites e necessidade de permanente construção. A partir deste estudo, no qual se objetiva compreender a aplicabilidade da TCC no tratamento de uma criança abusada com TEPT e abrigada, foi possível perceber alguns destes limites da metodologia que envolve a TCC.

O modelo apresentado pelos teóricos da TCC para o tratamento da criança e adolescentes com sintomas de ansiedade, depressão e problemas comportamentais decorrentes de violência sexual de abuso busca trabalhar a reestruturação de crenças disfuncionais com relação à experiência abusiva. As estratégias tem por alvo sintomas específicos como os que aparecem no TEPT. As técnicas utilizadas são dessensibilização sistemática, inoculação de estresse, treino de relaxamento e interrupção e substituição de pensamentos perturbadores por outros que recuperem o controle das emoções. E ainda, treino de habilidades de *coping* e reestruturação de crenças distorcidas. Problemas comportamentais são trabalhados com técnicas de modificação de comportamento. Além disso, a TCC trabalha na prevenção de futuras revitimizações.

Afirmam Petersen e Wainer (2011, p. 303), que a educação sobre o abuso sexual é o primeiro passo na intervenção psicoterapêutica, que devem incluir sessões com a criança ou adolescente e com seu cuidador. O psicoterapeuta deve lançar mão da psicoeducação para trabalhar distorções cognitivas. O programa de tratamento deve incluir técnicas como treinamento de habilidades

para lidar com problemas, exposição gradual às lembranças traumáticas. Educação sobre sexualidade e habilidades para a manutenção da segurança do corpo. Em fim, o fator causador do estresse (no caso do TEPT) deve ser retirado imediatamente após iniciado o tratamento para que se obtenha sucesso.

Diante do que foi posto, consideremos questões que se apresentaram nas sessões ao longo do tratamento de S.M. e nos desafiaram a abrir mão do que estava planejado e flexibilizar totalmente, para acolher a demanda urgente da paciente.

Para a primeira e segunda sessão foi feito planejamento: entrevista com a criança, contrato psicoterapêutico, comunicar informações sobre como seria nosso trabalho juntas. Contudo, “S.M. entrou na sala com a cabeça abaixada, assentou-se na cadeira em frente à mesa tampou o rosto com as mãos e se encolheu...”, voltou a esconder o rosto e escorregou da cadeira ficando quase debaixo da mesa. Perguntei se ela estava bem ficando daquele jeito ela não respondeu. Passei a perguntar-lhe se sabia por que estava ali, que lugar era aquele? Nesse momento S.M já estava debaixo da mesa. Assegurei-lhe que podíamos conversar mesmo ela permanecendo debaixo da mesa, mas que assim que ela achasse que já conseguia conversar assentada na cadeira poderia assentar-se. Busquei não fazer muitas perguntas e passei a brincar com o tom da minha voz, falando bem baixinho com a intenção de despertar a curiosidade de S.M. Logo em seguida S.M passou a escorregar lentamente cadeira a cima.

O que fazer nesses casos então quando a educação sobre o abuso sexual não pôde ser o primeiro passo na intervenção psicoterapêutica, e não foram incluídos nas sessões de S.M o seu cuidador, já que essa é abrigada por abuso sexual e os seus cuidadores são os educadores que precisam cuidar de um numero grande de crianças ao mesmo tempo?

Nas três sessões seguintes S.M não compareceu. Uma foi feriado e as outras duas S.M foi levada junto com várias outras crianças do abrigo ao Centro de saúde da comunidade para exames médicos.

Na terceira sessão S.M estava confusa e distante. Relatou a história de uma excursão que fez uma vez com a turma da escola. No início do relato pareceu que S.M estava fantasiando como é adequado crianças fazerem, porém ao longo do relato foi possível observar sinais de sofrimento que estavam afetando sua cognição. “teve alguma coisa que você gostou muito nesse passeio”? “Do gavião Rei”. Deste momento em diante S.M relata que o gavião é muito grande (descreve suas “patas e unhas”) e que fica em uma grande gaiola.

O grupo que estava com ela chegou próximo a gaiola. A comunicação de S.M passou a ficar confusa. As frases um pouco desconectadas. Ela contou que o gavião veio do céu e a carregou pelos ombros (ela mostra como foi). Você está me contando uma história como se fosse tipo as dos livros de história infantil”? *“Não, aconteceu”*. Passei a fazer algumas verificações como: “mas um gavião por mais forte que seja, ele não carrega uma pessoa“. *“Consegui sim”*. “você já viu algum filme que tinha uma cena assim”? “Eu não” “O que você acha que ele ia fazer, porque ele te carregou”? “ Ele me pego e me levo lá prá cima, bem alto (mostra novamente com as mãos). “então me conta o que você sentiu”? “Fiquei com medo” “Por que você sabe que foi medo”? “Eu comecei a tremer e meu coração fico batendo disparado”. “ Já aconteceu de você sentir medo em outras vezes em outros lugares”? S.M voltou a falar sobre o gavião e não respondeu”. “Quanto tempo ele ficou te segurando”? *“Pouco tempo”*. “E depois o que aconteceu”? *“Ele voo pra gaiola dele e me colocou lá dentro”*. “o que você fez”? *“O moço que toma conta de lá, chegou e me tirou de lá”*? *“Aí eu fui embora”*. “O gavião Rei te machucou”. *“Não”*. “Mas ele tem unhas grandes, você não disse”? *“Ele me segurou pela blusa”*. *“Depois que o moço me tiro de lá eu fiquei proibida de volta lá, eu num posso mais fazer excursão prou o Vale Verde”*. “E você ficou triste por causa disso”? *“Não”*. “Como você está se sentindo hoje S.M”? *“Eu quero vê minha mãe, ela não foi me vê já tem dois sábados”*.

Nas sessões seguintes procurou-se trabalhar as emoções, pensamentos e sentimentos privilegiando a demanda sempre urgente de S.M. Não foi possível em um número de 12 sessões aplicar as técnicas citadas acima específicas para abuso sexual. . As informações para anamnese e construção da conceitualização chegaram “à conta gotas” dificultando um pouco todo o processo. A TCC tem algumas técnicas (tarefas, por exemplo) que são trabalhadas e para alcançar resultados eficientes precisam da presença dos pais ou alguém próximo a criança e disponível para auxiliá-la fora do contexto das sessões. No caso de S.M não foi possível trabalhar, pelo menos nesse tempo (12 sessões) as tarefas de casa. Durante o tratamento não foi possível acesso a mãe de S.M.

Conforme FRANÇA (2010, p.100), os serviços sociais em rede oportuniza a otimização dos recursos disponíveis, bem como a efetividade e a qualidade das ações, contudo, o que se observou foram ações fragmentadas e sem resolutividade.

A despeito de toda problemática S.M se beneficiou do tratamento. Nas sessões S.M teve oportunidade de expressar seus sentimentos e pensamentos através da fala, escrita, expressão corporal e das artes (desenho, pintura, colagem, escultura). Todas as sessões que S.M pôde expressar-se primeiramente através da arte observou-se uma espontaneidade maior em expressar-se em seguida através da fala.

Portanto, dado aos percalços acima expostos, muitos específicos de casos semelhantes ao que tratamos neste trabalho, não se pode assegurar que a metodologia da TCC, reafirmo a situação em questão e todas as suas variáveis, é a psicoterapia mais aplicável para o tratamento de uma criança vítima de abuso sexual com TEPT e abrigada. Acredita-se que o equilíbrio entre estrutura e flexibilidade no enquadre das sessões poderia ser um fator positivo para obtenção de melhores resultados. Além disso, a realização de trabalhos que comparem a TCC com outras terapias, focais ou não, poderiam responder melhor a questão da aplicabilidade das mesmas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psicoterapia para criança é muito importante, já que os transtornos na infância são preditores do curso de psicopatologia na vida das pessoas ao longo do desenvolvimento pessoal. Condutas inadequadas ou a falta de tratamentos que geram bons resultados podem acarretar, para a criança vulnerável, em danos no funcionamento global e ainda prejudicar seu desenvolvimento emocional em longo prazo. O estudo demonstrou à importância de se fazer determinadas adaptações na abordagem cognitiva comportamental aplicada a criança abusada e abrigada para se obter melhores resultados.

Sugere-se que se produza um número maior de estudos que avalie a efetividade de modelos de intervenção psicológica para tais vítimas. Uma meta-análise sobre pesquisas publicadas na língua inglesa que avaliaram formas de tratamento psicológico para vítimas de abuso sexual no período entre 1975 e 2004 identificou apenas 28 estudos na área. Pesquisas que utilizam a terapia cognitivo-comportamental (TCC) como forma de tratamento têm apresentado melhores resultados quando comparada com outras formas de tratamento não-focais para crianças e adolescentes com sintomas de ansiedade, depressão e problemas comportamentais decorrentes de violência sexual. Contudo no que se refere ao tratamento de crianças e adolescentes abrigados, demonstrou menor aplicabilidade.

BIBLIOGRAFIA

ACKERMAN, N.W. 1986. As psicodinâmicas da família. *In*: N.W. ACKERMAN (ed.), **Diagnóstico e tratamento das relações familiares**. Porto Alegre, Artmed, p. 29-38.

ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, Margareth da Silva. **Manual prático de terapia cognitivo-Comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

BORGES, L. J. **Abuso sexual infantil: Consequências Cognitivas e emocionais**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dissertação. Porto Alegre, 2007.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm >. Acesso em: 20 de janeiro de 2012.

CAMINHA, R.M. 2000. **Maus tratos: o flagelo da infância**. *In*: V.L. BEMVENUTTI (ed.), **Cadernos de Extensão II**. São Leopoldo, Unisinos, p. 37-53.

CAMINHA, R.M. **Transtornos do Estresse Pós-Traumático (TEPT): da neurobiologia à terapia cognitiva**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

CAMINHA, R.M.; HABIGZANG, L.F.; BELLÉ, A.H. 2003. Epidemiologia de abuso sexual infantil na clínica-escola PIPAS/UNISINOS. *In*: V. BEMVENUTTI (ed.), **Cadernos de Extensão da UNISINOS/RS**. São Leopoldo, Editora da Unisinos, p. 129-142.

COHEN, J.A.; MANNARINO, A.P. 2000. Predictors of treatment outcome in sexually abused children. **Child Abuse & Neglect**, 24:983-994.

CORMAN, L. **O Teste do desenho da família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CORSI, J. 2006. **Maltrato y abuso en el ámbito doméstico: Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares**. Buenos Aires, Paidós, 288 p.

DE ANTONI , C.; KOLLER , S.H. 2000. A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. **Estudos de Psicologia**, 5:347-381.

DOBSON, D.; DOBSON, K. 2010. *A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências*. Porto Alegre, Artmed, 263 p.

DESLANDES , S.F. 1994. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: Análise de um serviço. **Cadernos de Saúde Pública**, 10:177-187.

DSM –IV – TR – **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno mentais** (trad. Cláudia Dornelles; 4 ed.rev. – Porto Alegre: Artmed, 2002.

FALEIROS, E. T. S. **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**. Brasília: Thesaurus, 2000.

FASSLER , I.R.; AMODEO , M.; GRIFFIN , M.L.; CLAY, C.M.; ELLIS, M.A. 2005. Predicting longterm outcomes for women sexually abused in childhood: contributions of abuse severity versus family environment. **Child Abuse & Neglect**, 29:269-284.

FRANÇA, C. P. **Perversão: as engrenagens da violência sexual infanto-juvenil**. Rio de Janeiro: Imago, 2010.

FRIEDBERG, R. D.; MCCLURE, J., M. **A Prática Clínica de Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2004. Pp. 014-023.

GALDEANO, L.E.; R., L.A.; Zago, M.M.F.; Roteiro instrucional para a realização de estudo de caso clínico. **Rev. Latino-am Enfermagem**. 2003 maio-junho; 11(3):371-5.

GEHRING , T.M. 1993. **Family System Test (FAST)**.Seattle, Hogrefe & Huber Publishers, 80 p.

GIBERTI, E. 2005. **La familia, apesar de todo**. Buenos Aires, Centro de Publicaciones Educativas y Material Didactico, 344 p.

GOLFETO, J.H.; Veiga, M.H.; Souza, L.; Barbeira, C. Propriedades psicométricas do Inventário da Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. **Rev. Psiq. Clín.** 29 (2):66-70, 2002. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol29/n2/pdf/66.pdf> Acesso em 20/12/2011

GRAEFF,F.G. Bases biológicas do transtorno de estresse pós traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2003; vol 25. Suppl.

HABIGZANG, L. F.; CUNHA, R. C.; KOLLER, H. Sintomas psicopatologizantes em meninas vítimas de abuso sexual abrigadas e não-abrigadas. **Acta colombiana de Psicología** 13 (1): 35-42, 2010.

HABIGZANG , L.F.; KOLLER , S.H.; AZEVEDO , G.A.; MACHADO , P.X. 2005. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 21:341-348.

HABIGZANG, L. F; HATZENBERGER, R.; CORTE, F.; et al. Grupoterapia Cognitivo-Comportamental para vítimas de abuso sexual: descrição de um modelo de intervenção. **Psicologia Clínica**. 2006, vol.18.2,p.163 -182.

HABIGZANG, L. F; HATZENBERGER, R.; CORTE, Fabiana; et al. Avaliação de um Modelo de Intervenção Psicológica para meninas vítimas de Abuso Sexual. **Psicologia: teoria e Pesquisa**. 2008, vol.24.1.p.067-076.

HABIGZANG, L. F; CUNHA, R. C; HATZENBERGER, R.; et al. *Grupoterapia cognitivo comportamental para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual*. **Revista de Saúde Pública**. 2009; vol.43 (supl.1): 70-8.

KELLOG , N.D. 2002. *Child sexual abuse: A marker or magnifying glass for family disfunction?* **The Social Science Journal**, 39:569-582.

KELLOG, N.D. 2002. *Child sexual abuse: A marker or magnifying glass for family disfunction?* **The Social Science Journal**, 39:569-582.

KNAPP, P., BECK. *Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva*. **Revista Brasileira Psiquiatria**. 2008; 30 (supl II): S 54-64.

KRISTENSEN , C.H. 1996. **Abuso sexual em meninos**. Porto Alegre, RS. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 106 p .

LIPP, M.E.N; LUCARELLI, M.D. M. **Manual de stress infantil – ESI**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

NARVAZ, M.G. 2005. **Submissão e resistência: Explodindo o discurso patriarcal da dominação feminina**. Porto Alegre, RS. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 196 p.

OLIVEIRA, Liana Hoher de ; SANTOS, Cláudia Simone . S dos. As diferentes manifestações do Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em vítimas de abuso sexual. **Revista SBPH**. 2006; 09(1) 31-53.

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

PELISOLI, C., Dell’Aglío, D. D. Do segredo à possibilidade de reparação: um estudo de caso sobre relacionamentos familiares no abuso sexual. **Contextos Clínicos**, vol. 1, n. 2, julho-dezembro 2008.

PERES, J. F. P.; NASELLO. A. G. Achados da neuroimagem em transtorno de estresse pós-traumático e suas implicações clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 2005; 32 (4); 189-20.

PETERSEN, C. S.; WAINER, R. e colaboradores. **Terapias Cognitivo-comportamentais para Crianças e Adolescentes ciência e arte**. Porto Alegre: Artmed, 2011. Pp 18-19.

SANTOS, S.S. 2007. **Mães de meninas que sofreram abuso sexual intrafamiliar: Reações maternas e multigeracionalidade**. Porto Alegre, RS. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 81 p.

SANDERSEN, C. **Abuso sexual em crianças: fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais**. São Paulo: M Book, 2005. 345 p.

SERAFIM, A. P.; et al . Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 38, n. 4, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000400006&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832011000400006>.

SOARES, B. G. de O.; LIMA, M.S. Estresse pós-traumático: uma abordagem baseada em evidências. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2003; Supl. 1. Vol.25

TEODORO , M.L.M. Afetividade e conflito em díades familiares: Avaliação com o Familiograma. **Revista Interamericana de Psicologia**. 2010; 40:386-390.

YIN , R. K. 2010. **Estudo de caso: Planejamento e métodos**. 4. ed., Porto Alegre, Bookman, 248 p.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Ambulatório do Trauma tem como objetivo a diminuição do sofrimento mental do paciente que apresenta Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Notifica-se que os conteúdos das sessões serão revelados apenas para estudo científico. A identidade do paciente não será revelada publicamente. Danos serão evitados. Pacientes menores de 18 anos devem ter autorização de seus pais ou responsáveis.

Eu, _____, responsável _____ por _____,

_____ , estou ciente de que este (a) recebe atendimento psicoterapêutico, através do Ambulatório do Trauma, no Serviço de Psiquiatria da UFMG, às _____(horas) das quartas-feiras, em sessões com duração de até 2 horas. O serviço consiste em consultas psiquiátricas, exames e psicoterapia cognitiva.

Sei que o atendimento é gratuito e realizado por estudantes e profissionais supervisionados pelos professores José Carlos C. da Silveira e Rute Velásquez.

Sei que os resultados dependem da participação do paciente através das tarefas propostas e do comparecimento regular ao Ambulatório do Trauma. A situação de 3 (três) faltas consecutivas, sem justificativa válida, implica em desligamento da psicoterapia.

Estou ciente de que me responsabilizo de forma livre pela participação do (a) menor mencionado(a) e estou informado(a) que este(a) não receberá benefícios extras ou maiores que os proporcionados pelo tratamento médico e psicológico e nem será prejudicado(a) pela equipe se resolvermos discordar ou interromper o seu tratamento.

____Autorizo a gravação das sessões para fins exclusivamente de estudo, respeitado o sigilo, certo que, ao final de 5 (cinco) anos as fitas ou arquivos referentes à mesma serão destruídos.

____Não autorizo a gravação.

Paciente

Psicoterapeuta

Supervisora

Responsável por menores que 18 anos

ANEXO 2

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

- 1. Questionário de Entrevista para anamnese**
- 2. Teste do desenho da família**
- 3. Inventário de Depressão Infantil (CDI)**
- 4. Escala de estresse infantil (ESI)**

Questionário de Entrevista para anamnese

ANAMNESE INFANTIL

AMTRA

Data...../...../.....

1-IDENTIFICAÇÃO

Nome:.....
 Data de nascimento:..... Idade:.....
 Sexo:.....
 Naturalidade:.....
 Nacionalidade:.....
 Escolaridade:.....Quantos anos de estudo?.....
 Nome do Pai:..... Idade:.....
 Profissão:.....
 Instrução:.....
 Nome Mãe:..... Idade:.....
 Profissão:.....Instrução.....
 Quem é o responsável pela criança:.....
 Endereço:.....
 Cidade:.....
 Médico responsável:.....
 Quem encaminhou para atendimento:.....

2- QUEIXA OU MOTIVO

Qual o motivo que o(s) levou a procurar atendimento para a criança:
 Há quanto tempo?.....
 Atitudes frente às queixas:
 Mãe:.....
 Pai:.....
 Parentes:.....

3- ANTECEDENTES PESSOAIS

A- CONCEPÇÃO:

Como se sentiu quando soube que estava grávida?.....

 Composição familiar (idade e sexo de cada um).....
 Quem cuida da criança?.....
 Abortos naturais ou provocados?.....
 Natimortos e filhos mortos:.....
 Posição da criança na ordem de gestações:.....
 Enquanto grávida: utilizou álcool?..... E drogas?.....

B- GESTAÇÃO

Como foi a gravidez?.....
 Gravidez foi desejada?..... Idade dos pais na época:.....

Gravidez tranquila ou exigiu cuidados?.....
 Fez pré-natal?.....Exames e tratamentos feitos durante a gravidez:.....

 Havia expectativa com relação ao sexo do bebê?.....
 Relacionamento dos pais nessa época:.....

C- CONDIÇÕES DO NASCIMENTO:

Local:.....Desenvolvimento do parto:.....
 Parto normal, fórceps ou cesariana?.....Duração do parto:.....
 Descrição do parto:.....
 Foi examinado por pediatra?..... Algum problema ao nascer? (precisou de oxigênio, ficou roxo ou vermelho demais?).....
 Como a mãe reagiu?.....
 Como o pai reagiu?.....
 Como reagiram os irmãos?.....
 Relacionamento dos pais na época do nascimento:.....

4- SONO:

Descreva o sono da criança:.....
 Dorme em quarto separado dos pais?.....Com que idade foi separado:.....
 Tem cama separada?.....Dorme com mais alguém no quarto?.....
 Hábitos de sono:.....

5- ALIMENTAÇÃO:

Mamou no seio?.....Até quando?.....
 Como foi o desmame?..... Tomou mamadeira?.....Quem a dava?.....
 Como foi cortada?.....

6- DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR:

Quando engatinhou?.....Quando andou?.....

7- LINGUAGEM:

Quando falou as primeiras palavras?.....Quando falou corretamente?.....
 Trocou letras?.....Ainda troca?..... Quais?.....
 Falou errado?.....Ainda fala?.....Gaguejou?.....Até que idade?.....
 Quais momentos a gagueira aparece ou aparecia mais?.....
 Pronúncia defeituosa?.....Pronúncia rápida ou confusa?.....
 Linguagem regressiva?.....Quando apareceu?.....
 Desaparecimento da voz?.....Quando e por quanto tempo?.....
 Quando escreveu a primeira vez?.....Troca letras na escrita?.....

Usa a mão direita ou esquerda para escrever?.....Apresenta dificuldade de compreender a linguagem escrita ou falada?.....
 Manifesta baixa auditiva?.....Enxerga bem?.....

8-MANIPULAÇÃO:

Usou chupeta ou chupou dedo?.....Até quando?.....
 Qual a atitude dos pais para estimular a criança a abandonar o hábito?.....
 Tiques nervosos?.....Quais?.....
 Rói unhas, puxa cabelo, morde lábios, etc?.....

 Atitudes dos pais frente esses hábitos?.....
 Hábitos de higiene pessoal:.....

9- ESCOLARIDADE:

Época que entrou para a escola:.....Como vai ultimamente na escola:.....
 Dificuldades? Quais?.....
 Gosta da escola?.....Da professora?.....Dos colegas?.....
 Apresenta bom rendimento escolar?.....Qual a atitude dos pais frente a um rendimento escolar baixo?.....
 Já mudou de escola?.....Quantas vezes?.....Motivos:.....

10- SEXUALIDADE:

Apresenta curiosidade sexual? Quais?.....
 Masturbação?.....Quando?.....Atitudes da família.....
 Foi feita orientação sexual?.....Por quem?.....
 **** Se adolescente:****
 Opção sexual:.....Tem vida sexual ativa:.....
 Faz uso de contraceptivo?.....Qual?.....

11- DOENÇAS:

Já teve alguma doença?.....Idade:.....Foi hospitalizado?.....
 Desmaios?.....Convulsões?.....Outros:.....
 Sofreu alguma operação?.....Quando?.....

Faz ou fez tratamento?.....Quedas ou fraturas?.....
 Queixa-se de dores de cabeça, tremores, sonolência, insônia?.....
 Já fez uso de algum medicamento anteriormente?.....Qual.....
 Com finalidade?.....que
 Atualmente, faz uso de algum medicamento?.....
 Qual?.....
 Apresenta reações colaterais?.....

12- ASPECTOS SOCIO-ECONÔMICOS E CULTURAIS E RELIGIOSOS

Relacionamento com amigos, parentes e outros:.....
 Faz amigos facilmente?.....Se adapta aos ambientes?.....
 A criança em casa é: tímida, agitada, sociável, viva, brigona, medrosa, independente.
 A criança na escola é: tímida, agitada, sociável, viva, brigona, medrosa, independente.
 Quais os brinquedos e distrações da criança?.....
 Como ocupa seu tempo?.....
 Tem ou teve babá?.....Descreva-a:.....
 Atende as ordens dadas?.....Se veste sozinho?.....
 Tem apelidos?.....Como reage à frustração?.....
 Como a criança é educada?.....
 Os irmãos são educados do mesmo modo?.....
 A criança recebe educação religiosa?.....Qual?.....
 Quem ensina?.....Como é ensinada?.....

13- DESCREVA UM DIA DA CRIANÇA:

.....

14- OBSERVAÇÕES GERAIS:

Como se manifestaram os primeiros sintomas na
criança?.....

.....

Você relaciona os sintomas com algo que aconteceu anteriormente, que possa ter desencadeado o processo na
criança?.....

.....

Você acha que seu filho está sendo cuidado o quanto precisa?

.....

Tem alguma outra área que você gostaria de ter acesso? (por exemplo: fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, farmácia, etc?).

.....

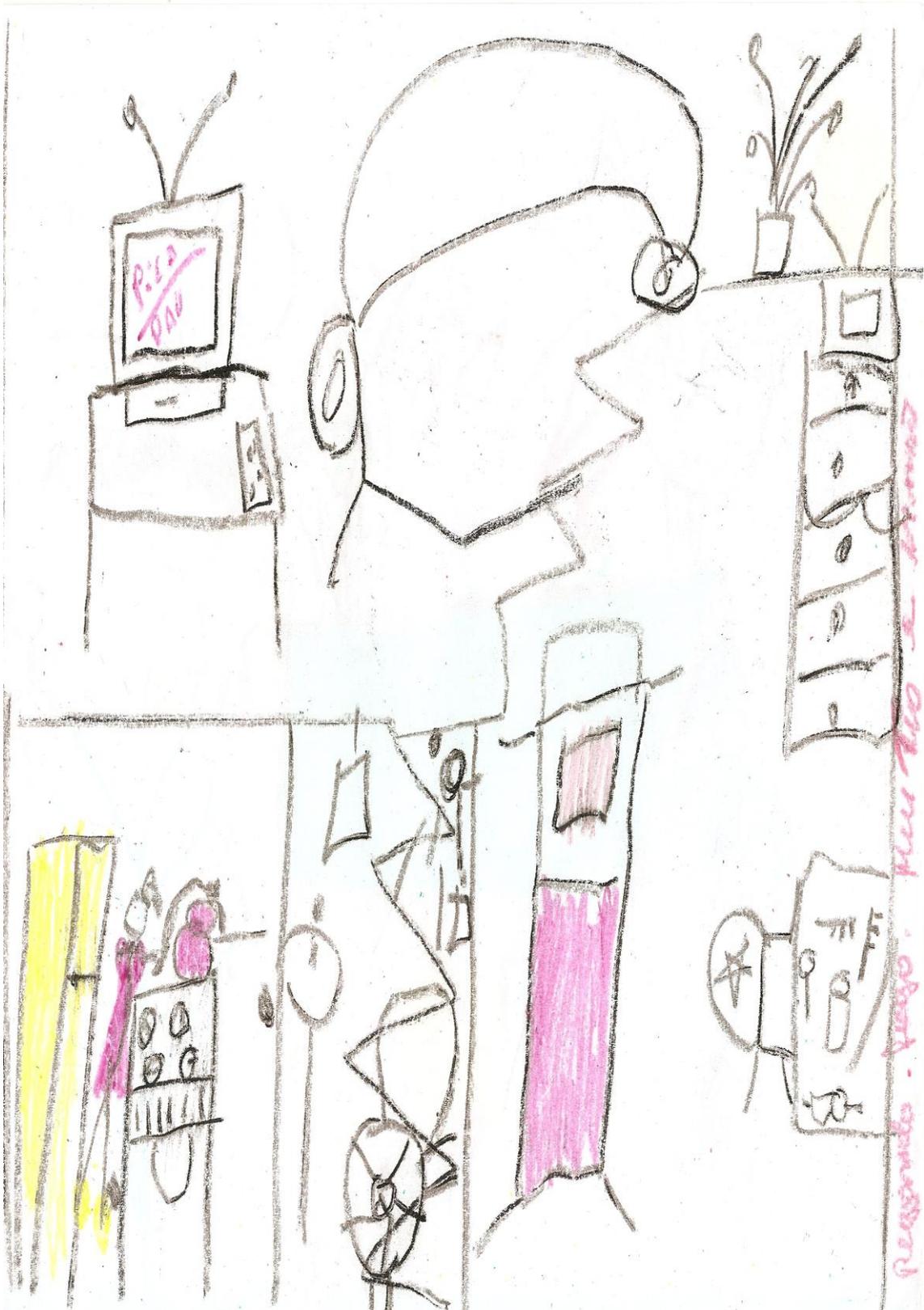
Quais são suas perspectivas para o futuro do seu filho e de sua família?

.....

15- OBSERVAÇÕES DA ENTREVISTADORA:

Teste do desenho da família





Personajes - Vago - Pasa Mo. a. 12 años





Inventário de Depressão Infantil (CDI)

AMBULATÓRIO DE TRAUMA(AMTRA) – BORGES DA COSTA/HC – UFMG
INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO INFANTIL – C.D.I

PACIENTE: S.M
DATA DE APLICAÇÃO: 19/10/2011.

01. () Eu fico triste de vez em quando
(X) Eu fico triste muitas vezes
() Eu estou sempre triste
02. () Para mim, tudo se resolverá bem
(X) Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim
() Nada vai dar certo para mim
03. () Eu faço bem a maioria das coisas
() Eu faço errado a maioria das coisas
(X) Eu faço tudo errado
04. () Eu me divirto com muitas coisas
() Eu me divirto com algumas coisas
(X) Nada é divertido para mim
05. (X) Eu sou mau (má) de vez em quando
() Eu sou mau (má) com frequência
() Eu sou sempre mau (má)
06. (X) De vez em quando, eu penso que coisas ruins vão me acontecer
() Eu temo que coisas ruins aconteçam
() Eu tenho certeza de que coisas terríveis me acontecerão
07. () Eu gosto de mim mesmo
() Eu não gosto de mim
(X) Eu me odeio

08. Normalmente, eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem
 Muitas coisas ruins que acontecem são minha culpa
 Tudo de mau que acontece é por minha culpa
09. Eu não penso em me matar
 Eu penso em me matar, mas não faria
 Eu quero me matar
10. Eu sinto vontade de chorar de vez em quando
 Eu sinto vontade de chorar freqüentemente
 Eu sinto vontade de chorar diariamente
11. Eu me sinto preocupado de vez em quando
 Eu me sinto preocupado freqüentemente
 Eu me sinto sempre preocupado
12. Eu gosto de estar com pessoas
 Frequentemente, eu não gosto de estar com pessoas
 Eu não gosto de estar com pessoas
13. Eu tenho boa aparência
 Minha aparência tem alguns aspectos negativos
 Eu sou feio
14. Eu durmo bem à noite
 Eu tenho dificuldades para dormir algumas noites
 Eu tenho sempre dificuldades para dormir à noite
15. Eu me canso de vez em quando
 Eu me canso freqüentemente
 Eu estou sempre cansado

16. () Eu não me sinto sozinho
() Eu me sinto sozinho muitas vezes
() Eu sempre me sinto sozinho
17. () Eu me divirto na escola freqüentemente
() Eu me divirto na escola de vez em quando
() Eu nunca me divirto na escola
18. () Sou tão bom quanto outras crianças
() Se eu quiser, posso ser tão bom quanto outras crianças
() Não posso ser tão bom quanto outras crianças
19. () Eu tenho certeza de que sou amado por alguém
() Eu não tenho certeza se alguém me ama
() Ninguém gosta de mim realmente
20. () Eu sempre faço o que me mandam
() Eu não faço o que me mandam com freqüência
() Eu nunca faço o que me mandam

Escala de estresse infantil (ESI)

Primeira Aplicação – data – 31/08/2011

MLML.001.8

Escala de Stress Infantil — ESI

CADERNO DE APLICAÇÃO

Marilda Emmanuel Novaes Lipp / Maria Diva Monteiro Lucarelli

Nome: SM

Data de Nascimento: / / Local de Nascimento: BH 1461
dia mês ano Cidade Estado País

Idade: 9 anos Sexo: M () F () Escolaridade: 3 ano

RG: CPF:

Curso/Série: Escola/Instituição: Públ. () Priv. ()

Lateralidade: Destro () Sinistro () Ambidestro () Profissão:

Função: Data da Aplicação: 31/08/2011
dia mês ano

Aplicador: eloped Início: 10:40 Término: 11:05

Autorizo uso sigiloso em pesquisa:
assinatura

INSTRUÇÕES: Você encontrará nas questões abaixo coisas que as crianças podem ter ou sentir. Você deverá mostrar o **quanto** acontece com você o que está descrito em cada questão, pintando os desenhos assim:

- Se NUNCA acontece, deixe em branco ⊕
- Se acontece UM POUCO, pinte UMA PARTE ⊕
- Se acontece ÀS VEZES, pinte DUAS PARTES ⊕
- Se acontece QUASE SEMPRE, pinte TRÊS PARTES ⊕
- Se SEMPRE acontece, pinte TODAS AS PARTES ●

1. Estou o tempo todo me mexendo e fazendo coisas diferentes. ⊕
2. Demoro para conseguir usar o banheiro. ⊕
3. Tenho dificuldade de prestar atenção. ⊕
4. Eu me sinto assustado na hora de dormir. ⊕
5. Fico preocupado com coisas ruins que podem acontecer. ⊕

Casa do
Psicólogo®

© 2008, 2005 Casapsi Livraria Editora e Gráfica Ltda
 É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
 qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
 Rua Santo Antônio, 1010 – Jd. México – Itatiba/SP – Brasil
 CEP 13253-400 – Tel.: (11) 4524.6997 – www.casadopsicologo.com.br

O presente Caderno de Aplicação
 é impresso em cores.
 Caso desconfie de sua autenticidade,
 ligue para (11) 3034-3600.

- Se NUNCA acontece, deixe em branco ⊕
- Se acontece UM POUCO, pinte UMA PARTE ⊕
- Se acontece ÀS VEZES, pinte DUAS PARTES ⊕
- Se acontece QUASE SEMPRE, pinte TRÊS PARTES ⊕
- Se SEMPRE acontece, pinte TODAS AS PARTES ●

6. Raspo um dente no outro fazendo barulho. ⊕
7. Fico nervoso com tudo. ⊕
8. Sinto aflição por dentro. ⊕
9. Tenho ficado tímido, envergonhado. ⊕
10. Eu me sinto triste. ⊕
11. Minhas mãos ficam suadas. ⊕
12. Tenho diarreia. ⊕
13. Sinto que tenho pouca energia para fazer as coisas. ⊕
14. De repente, passei a não gostar mais de estudar. ⊕
15. Tenho vontade de chorar. ⊕
16. Quando fico nervoso, gaguejo. ⊕
17. Quando fico nervoso, fico com vontade de vomitar. ⊕
18. Meu coração bate depressa, mesmo quando não corro ou pulo. ⊕
19. Minhas pernas e braços doem. ⊕
20. Tenho vontade de bater nos colegas, sem razão. ⊕

- Se NUNCA acontece, deixe em branco ⊕
- Se acontece UM POUCO, pinte UMA PARTE ⊕
- Se acontece ÀS VEZES, pinte DUAS PARTES ⊕
- Se acontece QUASE SEMPRE, pinte TRÊS PARTES ⊕
- Se SEMPRE acontece, pinte TODAS AS PARTES ●

21. Quando fico nervoso durante o dia, molho a cama à noite. ⊕
22. Tenho vontade de sumir da vida. ⊕
23. Tenho dificuldade para respirar. ⊕
24. Tenho dor de barriga. ⊕
25. Penso que sou feio, ruim, que não consigo aprender as coisas. ⊕
26. Tenho medo. ⊕
27. Tenho comido demais. ⊕
28. Não tenho vontade de fazer as coisas. ⊕
29. Tenho andado muito esquecido. ⊕
30. Tenho dificuldade de dormir. ⊕
31. Não tenho fome. ⊕
32. Brigo com minha família em casa. ⊕
33. Estou sempre resfriado, com dor de garganta. ⊕
34. Sinto muito sono. ⊕
35. Não tenho vontade nenhuma de me arrumar. ⊕

MLML.01.9

31/08/17

Escala de Stress Infantil – ESI

Protocolo de Apuração

Marilda Emmanuel Novaes Lipp / Maria Diva Monteiro Lucarelli

Nome: S.M
 Sexo: F Idade: 9 anos Escolaridade: 3º
 Escola:

Reações Físicas		Reações Psicológicas		Reações Psicológicas c/ componente depressivo		Reações Psicofisiológicas	
Itens	Pontuação	Itens	Pontuação	Itens	Pontuação	Itens	Pontuação
2	0	4	0	13	3	1	
6	0	5	4	14	4	3	2
12	0	7	3	20	0	9	2
15	4	8	0	22	4	16	0
17	4	10	4	25	3	18	0
19	0	11	0	28	2	23	0
21	0	26	3	29	2	27	1
24	3	30	2	32	0	33	2
34	2	31	2	35	4		
Total	13		18		22		7

Conclusão:

Psicólogo Responsável: Elisabete Maria Leiva Lima CRP 27.272

Casa do Psicólogo®

© 2008, 2005 Casapsi Livraria Editora e Gráfica Ltda
 É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
 qualquer finalidade. Todos direitos reservados.
 Rua Santo Antônio, 1010 – Jd. México – Itatiba/SP – Brasil
 CEP 13253-400 – Tel.: (11) 4524.6997
 www.casadopsicologo.com.br

O presente Protocolo de Apuração
 é impresso em cores.
 Caso desconfie de sua autenticidade,
 ligue para (11) 3034-3600.

- Se NUNCA acontece, deixe em branco ⊕
- Se acontece UM POUCO, pinte UMA PARTE ⊕
- Se acontece ÀS VEZES, pinte DUAS PARTES ⊕
- Se acontece QUASE SEMPRE, pinte TRÊS PARTES ⊕
- Se SEMPRE acontece, pinte TODAS AS PARTES ●

6. Raspo um dente no outro fazendo barulho. ⊕
7. Fico nervoso com tudo. ⊕
8. Sinto aflição por dentro. ⊕
9. Tenho ficado tímido, envergonhado. ⊕
10. Eu me sinto triste. ⊕
11. Minhas mãos ficam suadas. ⊕
12. Tenho diarreia. ⊕
13. Sinto que tenho pouca energia para fazer as coisas. ⊕
14. De repente, passei a não gostar mais de estudar. ⊕
15. Tenho vontade de chorar. ⊕
16. Quando fico nervoso, gaguejo. ⊕
17. Quando fico nervoso, fico com vontade de vomitar. ⊕
18. Meu coração bate depressa, mesmo quando não corro ou pulo. ⊕
19. Minhas pernas e braços doem. ⊕
20. Tenho vontade de bater nos colegas, sem razão. ⊕

- Se NUNCA acontece, deixe em branco ⊕
- Se acontece UM POUCO, pinte UMA PARTE ⊕
- Se acontece ÀS VEZES, pinte DUAS PARTES ⊕
- Se acontece QUASE SEMPRE, pinte TRÊS PARTES ⊕
- Se SEMPRE acontece, pinte TODAS AS PARTES ●

21. Quando fico nervoso durante o dia, molho a cama à noite. ⊕
22. Tenho vontade de sumir da vida. ⊕
23. Tenho dificuldade para respirar. ⊕
24. Tenho dor de barriga. ⊕
25. Penso que sou feio, ruim, que não consigo aprender as coisas. ⊕
26. Tenho medo. ⊕
27. Tenho comido demais. ⊕
28. Não tenho vontade de fazer as coisas. ⊕
29. Tenho andado muito esquecido. ⊕
30. Tenho dificuldade de dormir. ⊕
31. Não tenho fome. ⊕
32. Brigo com minha família em casa. ⊕
33. Estou sempre resfriado, com dor de garganta. ⊕
34. Sinto muito sono. ⊕
35. Não tenho vontade nenhuma de me arrumar. ⊕

MLML.01.9

50/11/11

Escala de Stress Infantil – ESI

Protocolo de Apuração

Marilda Emmanuel Novaes Lipp / Maria Diva Monteiro Lucarelli

Nome: S.M.Sexo: F Idade: 9 anos Escolaridade: 3º

Escola:

Reações Físicas		Reações Psicológicas		Reações Psicológicas c/ componente depressivo		Reações Psicofisiológicas	
Itens	Pontuação	Itens	Pontuação	Itens	Pontuação	Itens	Pontuação
2	0	4	0	13	0	1	0
6	0	5	2	14	1	3	0
12	0	7	0	20	0	9	2
15	1	8	0	22	2	16	0
17	1	10	2	25	1	18	0
19	0	11	0	28	0	23	0
21	0	26	1	29	0	27	2
24	0	30	1	32	0	33	2
34	2	31	0	35	0		
Total	4		6		4		6

Conclusão:

Psicólogo Responsável: Clyde Maria Lourenço Viana CRP/SP. 27.272Casa do
Psicólogo®

© 2008, 2005 Casapsi Livraria Editora e Gráfica Ltda
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos direitos reservados.
Rua Santo Antônio, 1010 – Jd. México – Itatiba/SP – Brasil
CEP 13253-400 – Tel.: (11) 4524.6997
www.casadopsicologo.com.br

O presente Protocolo de Apuração
é impresso em cores.
Caso desconfie de sua autenticidade,
ligue para (11) 3034-3600.

ANEXO 3

CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DO TEPT

309.81 - Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Código CID10: F43.1

Especificadores

Os especificadores seguintes podem ser usados para definir o início e a duração dos sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático:

Agudo: a duração dos sintomas é inferior a 3 meses.

Crônico: a duração dos sintomas é superior a 3 meses.

Com Início Tardio: pelo menos 6 meses decorreram entre o evento traumático e o início dos sintomas.

Diagnóstico diferencial

No Transtorno de Estresse Pós-Traumático, o estressor deve ser de natureza extrema (i. é, ameaçador à vida). Em contrapartida, no **Transtorno da Adaptação**, o estressor pode ter qualquer gravidade.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Para 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático

A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes:

(1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros

(2) a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror. **Nota:** Em crianças, isto pode ser expressado por um comportamento desorganizado ou agitado.

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 deflashbacks dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado). **Nota:** Em crianças pequenas pode ocorrer reencenação específica do trauma.

(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 reatividade 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 (p. ex., incapacidade de ter sentimentos de carinho)

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

D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes 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

E. A duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) é superior a 1 mês.

F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida

ANEXO 4

RELATO DAS SESSÕES

1ª Sessão: 24/08/2011

S.M. entrou na sala com a cabeça abaixada, assentou-se na cadeira em frente à mesa tampou o rosto com as mãos e se encolheu, esse comportamento me causou surpresa já que S.M faz parte do grupo psicoterapêutico de crianças de 5 a 9 anos do qual sou responsável. Iniciei elogiando-a pelo trabalho realizado no grupo um pouco antes da sessão individual. S.M emitiu um breve sorriso e imediatamente voltou a esconder o rosto e escorregou na cadeira ficando quase debaixo da mesa. Perguntei se ela estava bem ficando daquele jeito ela não respondeu. Passei a perguntar-lhe se sabia por que estava ali, que lugar era aquele? Nesse momento S.M já estava debaixo da mesa. Assegurei-lhe que podíamos conversar mesmo ela permanecendo debaixo da mesa, mas que assim que ela achasse que já conseguia conversar assentada na cadeira poderia assentar-se. Busquei não fazer muitas perguntas e passei a brincar com o tom da minha voz, falando bem baixinho com a intenção de despertar a curiosidade de S.M. Logo em seguida S.M passou a escorregar lentamente cadeira a cima. Quando fitei o rosto de S.M. seus olhos estavam com lagrimas Perguntei se ela estava chorando porque percebi que as lagrimas não caiam. Ela revelou que não estava chorando e que “dentro da Kombi os olhos já estavam assim”. Entreguei-lhe um guardanapo, S.M não usou e abaixou a cabeça sobre o braço apoiado na mesa, em seguida disse: *“eu tô triste, porque minha vida é ruim, eu quero voltar prá minha casa, eu quero vê minha mãe”*.

“Eu vo pulá o muro, e vó sê atropelada, aí é bom que eu morro de uma vez” “O que você quer disser com isso”? “Alguma vez você já tentou fazer alguma coisa assim para se ferir”? “Não”. Não mais se eu nun vê a minha mãe...” Você quer me contar o que aconteceu para precisar ficar no abrigo? S. M não respondeu e continuou com a cabeça abaixada sobre o braço apoiado na mesa. Esperei um tempo em seguida perguntei se conhecia o jogo do mico, ela respondeu: não, e passou a demonstrar interesse em aprender. Informei quais eram as regras do jogo e como jogava. Ficou entusiasmada quando começou a ganhar, porém, tentou mudar as regras do jogo quando não estava ganhando. No final da sessão S.M estava menos arredia. Perguntei como estava se sentindo naquele momento e se o sentimento era diferente de quando entrou na sala. S.M. respondeu “sei lá”. Conversei sobre o retorno dela na quarta-feira seguinte e se queria perguntar alguma coisa antes do encerramento da sessão, ela respondeu: “não” já com a mão na maçaneta da porta para sair da sala. Assim que abriu a porta saiu correndo. Procurei a cuidadora e comuniquei-lhe que parecia que S.M estava com problemas nos olhos de S.M.

2ª Sessão - 31/08/2011

S.M entrou na sala falou “oi” e assentou-se na cadeira do mesmo jeito que na sessão anterior. Respondi ao seu cumprimento e perguntei se ela se lembrava de algo que nos fizemos na sessão anterior. Assentada embaixo da mesa, levou alguns segundos para responder, esperei por um tempo, S.M disse: *nóis jugo aquele jogo*. “foi mesmo... nós jogamos o jogo do Mico e você ganhou”. “Você se lembra de mais alguma coisa?” “Não”. Eu me lembro que você disse que estava triste”. “Você quer me contar como está se sentindo hoje”? S.M

permaneceu calada e debaixo da mesa. “S.M você consegue se lembrar de alguma coisa que aconteceu nessa semana que você gostou muito”? S.M continuou como estava. Continuei tentando fazer laço com S.M, vínculo de confiança. “S.M, pensei em uma atividade para você fazer hoje na sessão e tem haver com o que você me falou na sessão passada sobre estar triste porque você não está na sua casa”. S.M saiu de debaixo da mesa escorregando até a cadeira e assentou-se sem falar nada.

Coloquei o material na mesa (folhas a4 e giz de cera de várias cores). S.M ficou interessada e passou a perguntar o que era para fazer e assim que disse o que deveria fazer ela iniciou. Pedi S.M para desenhar uma família da imaginação dela. Podia desenhar o que tivesse vontade. Esta atividade proporciona a oportunidade de S.M resgatar as memórias agradáveis de parte da sua história de vida e da sua identidade, verificar o tipo e a qualidade dos afetos e representações cognitivas associadas à família por ela.

Disse para ela que ela não estava sendo avaliada (não valia nota), mas que fizesse o melhor que pudesse e depois eu queria que me contasse sobre o que desenhou. S.M se mostrou menos arredia, menos tensa. Logo que iniciou o desenho passou a comentar sobre o que estava desenhando. Era a casa dela e ela estava no telhado (*“com o cabelo igual da Rapunzel”*) gritando pela mãe que estava dormindo *“minha mãe dorme muito e ela gosta de dormir com a cabeça na janela”*. S.M desenhou a mãe deitada com a cabeça na janela. S.M desenhou uma chaminé na casa e muita fumaça saindo por ela. Segundo S.M a casa estava pegando fogo e a mãe estava dormindo. *“se ela não dormisse tanto ela ia vê o que esta acontecendo com a casa”*. Não interrompi a fala de S.M e ela permaneceu contando o que estava desenhando. S.M usou cores

alegres e desenhou do lado da casa uma árvore cheia de flores e no alto da folha fez o sol e escreveu a palavra MAE com letras grandes e disse: “a minha mãe é a melhor de todas”. Assim que terminou perguntou se podia fazer mais um desenho. Disse que tinha tempo e podia fazer. S.M disse que tinha desenhado a parte da frente da casa então na parte de trás da folha iria desenhar a casa como ela é por dentro. S.M desenha os cômodos e os móveis segundo ela, conforme é de fato. Como no primeiro desenho, comentava o que estava desenhando. Após desenhar os cômodos, S.M. desenhou os móveis. Quando desenhou o fogão e as panelas contou que um dia ela estava fritando coxinhas e o óleo queimou e a fumaça tomou conta da casa dela. De repente ela tomou um susto e jogou a panela no chão e se queimou e precisou ser levada para o hospital pelo irmão mais velho e o tio. Perguntei o que foi que a assustou, ela disse que foi uma ratazana que passou no pé dela. Deste momento em diante S.M passou a contar que está ratazana “vive no quintal da casa dela há muito tempo e que ela já deu até filhotinhos” e que eles mataram. S.M contou que no dia do acidente ela pegou um cabo de vassoura e bateu na cabeça da ratazana e depois a encontrou morta no quintal. “Nossa, você é uma menina corajosa, porque mesmo queimada você conseguiu fazer isso!!!!” Ela confirmou a história e pediu uma folha para desenhar a cena dela matando a ratazana. “Você não ficou com medo”? “*“Eu fiquei muito porque ela mostra os dentes quando a gente tenta mata ela”* Você já teve muito medo de outras coisas sem ser a ratazana”? S.M respondeu “não” “E o que aconteceu quando levaram você para o hospital, você machucou muito, precisou dormir lá? S.M levantou a blusa e mostrou uma pequena mancha na barriga decorrente da queimadura e respondeu que eles passaram remédio, “só isso”. “Doeu muito”?

“*Até que não*”. “Você já se machucou outras vezes e sentiu dor, chorou por causa do machucado”? fiquei em silêncio esperando sua reação. Nesse momento S.M estava finalizando o desenho e não respondeu nada. Nos dois últimos desenhos observei que S.M usou cores mais escuras. Nos desenhos das meninas aparecem seios volumosos, em contrapartida registra no desenho da televisão o nome do desenho que gosta de assistir, demonstrando o conflito interno em relação as vivencias.

Sou menina, sou o que? Assim que S.M terminou o ultimo desenho e contou mais uma vez o fato de ter matado a ratazana fiz algumas perguntas especificas sobre as figuras que representavam as pessoas da família. . Perguntei-lhe se poderia ficar com os desenhos ela disse que sim. Perguntei ainda como ela estava se sentindo naquele momento e dei as opções: alegre, triste, com raiva ou com medo?” Ela respondeu alegre. “Por que você está alegre!?? “*Sei lá ué*”. “Você se lembra de como estava quando entrou na sala, qual era o sentimento, se era de raiva, de alegria de tristeza ou de medo”? “*De raiva porque eu quero i prá minha casa*”. Ainda bem que não é o tempo todo que a gente sente raiva , já pensou se fosse assim, os sentimentos mudam igual os ponteiros do relógio”? Em seguida falei para S.M que preparei uma atividade para ela realizar onde deveria responder umas questões sobre coisas que as crianças podem sentir. Entreguei para ela o teste ESI e expliquei devidamente como fazer. S.M não manifestou dificuldades.

07/09/2011 – FERIADO

14/09/2011 – NÃO COMPARECEU – CONSULTA MÉDICA

21/09/2011 – NÃO COMPARECEU – CONSULTA MÉDICA

Entrevista com a educadora – para anamnese.

Foi possível colher informações sobre o nome completo de S.M., idade, escolaridade, nome da mãe, pai falecido (recentemente S.M, fez exame de DNA para confirmar se o pai dela é esse pai falecido). Conforme a educadora S.M mostrou interesse em saber quem é o pai. S.M disse que “ele era ruim mas mesmo assim vai gostar se for ele”.

Informei para a educadora que é importante que as sessões tenham sequencia. Ela informou que S.M não compareceu por que esta fazendo vários exames (pedidos pela nefrologista) para verificar perda de proteínas na urina.

A educadora L. trouxe informações importantes sobre o comportamento de S.M. “Está muito difícil lidar com a S.M”. “Ela está agitada, elétrica, apronta todas”. “Eu acho que S.M tem baixa-estima, porque ela fala o tempo todo que ela é feia, burra, idiota”. “Ela não quer tomar banho, trocar a roupa, fica com o cabelo despenteado”. “Faz xixi na cama”. Tem sono agitado, não vai sozinha no banheiro, tem medo de escuro “Tem dificuldades com os hábitos higiênicos, até escovar dentes a gente tem que obrigar”. “Mas é esquisito porque tem hora que S.M se junta às meninas maiores e fica interessada nos meninos da rua perto do abrigo, parece que é sexualidade aflorada”. “As meninas do abrigo dizem que S.M é a safadinha, sabe tudo de sexo”. “Já tem vez que ela fica isolado no canto, sem querer conversar por um bom tempo, e evita todo tipo de contato físico”. “As vezes tenho que obriga-la a tomar banho, se vou ajuda-la com alguma coisa nessa hora ela fica irada”. Perguntei se S.M está agressiva L. disse que não, mas, “está muito respondona e retruca tudo”. Perguntei se ela tinha informações sobre em que circunstancia se deu o abrigamento, ela

não soube informar porque não estava no abrigo na época. Não sou responder em que mês S.M foi abrigada. Pedi a L. que comunicasse a assistente social a necessidade da presença dela no ambulatório para conversarmos sobre S.M. Perguntei como S.M estava quando ela começou acompanhá-la e se ela não recebe informações da criança quando inicia o cuidado. Ela disse que nem sempre e no caso de S.M foi assim. “Quando comecei ela não estava tão irritada, com raiva, de uns tempos para cá ela foi ficando assim, eu acho que o que piorou foi a mãe dela ter parado de ir no abrigo os finais de semana”. “A mãe dela des de que a S.M e a irmã foi pra lá visita elas nos finais de semana”.

L. relatou que a mãe perdeu definitivamente a guarda das filhas e que não tinha sido comunicado ,até aquela data, a elas. “Ela não te perguntou alguma coisa sobre o fato da mãe ter deixado de ir nos finais de semana”? L disse que ela perguntou, mas no momento da pergunta L também não sabia. Quem vai dar a noticia é a assistente social.

Observei durante a entrevista a necessidade de fazer uma psicoeducação com L, porque essa tinha a crença de que o comportamento de S.M é assim porque ela é difícil, ela tem tido esses comportamentos porque quer. Informei-lhe sobre os possíveis efeitos sobre uma criança passar por perdas como S.M está passando. Conversei sobre sexualidade, sobre alguns problemas decorrentes de abuso sexual. O tempo de entrevista foi pequeno porque L. estava acompanhando outras crianças do abrigo e elas estavam esperando no corredor do ambulatório.

3ª sessão – 28/09/2011

Nesta sessão S.M talvez já está sabendo por que sua mãe parou de visita-la nos finais de semanas.

No início da sessão S.M ficou em silencio. “o que você está pensando S.M”? “Você consegue me contar”? “*Estou pensando na A*”, (irmã de S.M) “Você quer me contar”? “*É que ela foi na excursão*”. “Onde foi”? “*No zoológico é uma excursão da escola dela*”. “E você já foi em uma excursão no zoológico com a turma da escola”? “Eu fui no vale Verde”. “Eh mesmo!!?” “Que legal, e aí como foi esse passeio? Percebi que S.M estava um pouco “aéria” demorando completar as frases, com uma fala bem lenta. S.M contou que viu uma jibóia e “até tocou nela”. “Ela era enorme, mas ficou quietinha, parada e todo mundo pode pegar nela”. “teve alguma coisa que você gostou muito nesse passeio”? “Do gavião Rei”. Deste momento em diante S.M relata que o gavião é muito grande (descreve suas “patas e unhas”) e que fica em uma grande gaiola.

O grupo que estava com ela chegou próximo a gaiola. A comunicação de S.M passou a ficar confusa. As frases um pouco desconectadas. Ela contou que o gavião veio do céu e a carregou pelos ombros (ela mostra como foi). Você está me contando uma história como se fosse tipo as do livros de história infantil”? “*Não, aconteceu*”. Passo a fazer algumas verificações como: “mas um gavião por mais forte que seja, ele não carrega uma pessoa “. “*Conseguí sim*”. “você já viu algum filme que tinha uma cena assim”? “Eu não” “O que você acha que ele ia fazer, porque ele te carregou”? “ Ele me pego e me levo lá prá cima, bem alto (mostra novamente com as mãos). “então me conta o que você sentiu”? “Fiquei com medo” “Por que você sabe que foi medo”? “Eu comecei a tremer e

meu coração fico batendo disparado”. “ Já aconteceu de você sentir medo em outras vezes em outros lugares”? S.M voltou a falar sobre o gavião e não respondeu”. “Quanto tempo ele ficou te segurando”? *“Pouco tempo”*. “E depois o que aconteceu”? *“Ele vuo pra gaiola dele e me colocou lá dentro”*. “ o que você fez”? *“O moço que toma conta de lá, chegou e me tirou de lá”*? *“Aí eu fui embora”*. “O gavião Rei te machucou”. *“Não”*. “Mas ele tem unhas grandes, você não disse”? *“Ele me segurou pela blusa”*. *“Depois que o moço me tiro de lá eu fiquei proibida de volta lá, eu num posso mais fazer excursão pru o Vale Verde”*. “E você ficou triste por causa disso”? *“Não”*. “Como você está se sentindo hoje S.M”? *“Eu quero vê minha mãe, ela não foi me vê já tem dois sábados”*. Antes que eu fizesse outra pergunta S.M disparou a falar sobre a ausência da mãe. *“Eu pedi a minha amiga prá pedi a mãe dela para saber da minha mãe”*. *Só que a mãe da minha amiga não voltou ainda no abrigo aí não teve jeito de sabe”*. “Você perguntou para a pessoa responsável pelo abrigo sobre a ausência da sua mãe”? *“Segunda-feira que ela chega lá, eu perguntei aí ela falou que depois conversava comigo, hoje é quarta-feira já”*. “você pensou qual pode ser a razão dela não ter podido ir te ver”? *“Não sei não”*. “Por que você acha que ela pode ter faltado esses sábados”? “Quais podem ser as razões”? S.M ficou agitada e disse: *“a mãe da minha amiga vai me contar”*. *“Eu vou fica sem comer até o dia que ela ir lá”*. A partir desse momento passei a investigar se S.M tinha se alimentado antes de sair do abrigo. Disse que tinha tomado café mas que ia passar a não comer a partir daquele dia. Busquei mostrar para ela outras opções como pedir a educadora para leva-la até a responsável e falar para ela que você está preocupada com a ausência da sua mãe e com saudades, e gostaria de ter notícias dela e que você já tinha

esperado, mas que agora não conseguia esperar mais ela te chamar para conversar, por isso você a procurou. S.M manteve sua fala, *“vou ficar sem comer, aí é bom que eu morro mesmo e vou pró céu”*. “Mas o que você quer não é ficar perto dela então, acho que essa não é a melhor opção”. S.M estava irritada e balançava o corpo e arredava a cadeira onde estava assentada fazendo um barulho. Busquei desmotiva-la do pensamento distorcido sobre o assunto e passei a falar da irmã que está com ela. Apontei que isso é um ponto bom em toda a situação, ter alguém da família perto dela e que ela gosta muito “não gosta”? Ela não respondeu. Falei do abrigo como lugar de proteção, já que em sua casa não estava sendo cuidada como deveria. Pela primeira vez falei sobre algo relacionado a necessidade de estar no abrigo. S.M continuou empurrando a cadeira e sem falar nada. Esperei em silencio por alguns segundos, S.M abaixou a cabeça sobre o braço na mesa e começou a fazer um barulho com a boca como se estivesse chorando. Peguei o guardanapo e entreguei-lhe ela não usou. Esperei mais um pouco e ela permaneceu como estava. Perguntei se queria falar alguma coisa ela respondeu que não. Esperei mais um pouco e perguntei se queria escrever uma carta para a pessoa responsável pelo abrigo, dizendo que ela esta com saudades da mãe e preocupada com ela. Pode perguntar para a C. (assistente social) se ela pode te ajudar, a saber, noticias da sua mãe. Imediatamente levantou a cabeça e respondeu que sim. Não havia lagrimas nos olhos de S.M. (A educadora me comunicou que o clínico desconfiou de entupimento no canal e fez encaminhamento para o especialista). Entreguei papeis e envelopes coloridos para ela escolher a cor. S.M escolheu dois envelopes e duas folhas. Pediu que eu olhasse só depois que ela terminasse. Terminou e me entregou

os dois envelopes. Neles estavam escrito: de S.M para Cleyde.. Ela pediu para eu ler. Abri e ela havia desenhado e escrito para mim uma declaração. Disse para S.M que gostei muito da surpresa de receber duas cartas dela e que ia guarda-las com carinho. Anunciei o fim da sessão e reforcei a questão da alimentação e sobre o pedido para conversar com a responsável pelo abrigo. Disse que na próxima sessão iríamos começar com ela relatando sobre o que aconteceu sobre pedir ajuda a educadora para saber notícias da mãe. Ela concordou e sorriu levemente. Em seguida deitou na maca e passou a brincar se enrolando no papel que estava cobrindo a maca. Percebi que S.M queria ficar mais um pouco na sala. Esta sessão durou uma hora e meia. Disse para ela que estava na hora de ir, mas, que na próxima sessão poderia brincar. Quando ia se levantar da maca estendeu o braço e pediu ajuda, dei minha mão ela segurou e se levantou e saiu.

Procurei a educadora no corredor e pedi que fosse até a sala. Perguntei sobre a questão da mãe de S.M e quando seria dada a noticia por que isso estava afetando S.M de várias formas. Perguntei o que ela como cuidadora poderia fazer para auxiliar S.M nessa questão. Ela disse que iria providenciar para S.M conversar com a responsável.

Havia preparado o teste - Escala de Estresse Infantil – Não foi possível a aplicação diante das necessidades apresentadas por S.M.

4ª sessão - Entrevista e complementação da anamnese 05/10/2011

A educadora pediu para falar comigo antes da S.M entrar na sala. Comuniquei a S.M e disse que ela seria atendida logo em seguida. Nesta semana quem está responsável por S.M é a educadora S. Essa relatou que S.M soube pela

mãe de uma criança abrigada, que a “mãe foi proibida pelo juiz de ir no abrigo”. Pedi que relatasse como S.M reagiu. Segundo a educadora, no momento ela não chorou muito, não ficou agressiva. “” Porém, no momento da notícia a L. *estava passando esmalte na S.M (ela voltou a se cuidar) depois ela não deixou terminar e se isolou no jardim.*” “A mulher entrou no abrigo e quando viu a S.M já foi logo contando”. A educadora disse também que “*S.M foi levada ao nefrologista e ela terá que fazer uma série de exames porque há suspeitas de que ela está perdendo proteínas pela urina*”. “Talvez ela tenha que faltar a semana que vem”. “Perguntei se S.M conversou com alguém sobre a notícia que recebeu”. Ela respondeu que não. Procurei saber se S.M tem se alimentado e S disse que normalmente.

A educadora saiu da sala em seguida S.M. entrou. Cumprimentamo-nos e S.M assentou-se.

Convidei S.M para planejarmos como seria a sessão. Ela concordou. Parecia tranquila. Definimos que conversaríamos sobre o que combinamos na semana passada de fazer no início da sessão, ela iria contar como estava se sentindo, depois haveria uma atividade de teste (E.S.I) que eu explicaria na hora como fazer. Em seguida iríamos brincar com o domino do humor e colorir as carinhas.

“Você lembra o que fizemos na sessão passada”? S.M disse que não. E você se lembra do que combinamos no final da sessão? S.M não respondeu e começou a contar que a irmã ganhou uma boneca da madrinha. “Ouvi, conversamos um pouco sobre o assunto da boneca e em seguida perguntei: “você sabe porque as vezes eu converso com as educadoras e sobre o que

nos conversamos? “Sei”. “Então me conte o que você sabe”. Ela não falou. Então falei com S.M que quando converso com as educadoras e assistente social eu não conto nada para elas do que ela fala na sessão, mas que elas podem me ajudar a entender o que está acontecendo com ela. “E hoje a S. me contou que você teve notícias da sua mãe”. Esperei S.M reiniciar o assunto. “Eu perguntei para C. (Assistente Social)”. “Como assim”. “Eu fui na sala dela”. “O ela te falou”? “Que o juiz proibiu minha mãe de ir lá”. “o que você sentiu quando ficou sabendo dessa notícia”? “Não senti nada”. Decidi que no momento era suficiente. Perguntei para S.M o que ela achava de fazermos uma mudança no nosso planejamento, iríamos brincar com o dominó do humor e colorir as carinhas e depois ela faria o teste. Ela gostou e brincamos um tempo com o domino de carinhas (triste, alegre, raiva e medo). Conte algumas histórias para S.M e enquanto contava fazia cara de medo às vezes de tristeza e às vezes de raiva e também de alegria. Depois pedi que ela tentasse contar uma história representando os diferentes sentimentos. S.M disse que tinha vergonha. Perguntei como ela estava se sentindo naquela hora. Entreguei uma folha cheia de carinhas para ela colorir a que combinasse com o que ela estava sentindo naquele momento. S.M escolheu as carinhas que tinham sorriso. Pedi que contasse porque escolheu aquelas carinhas S.M disse: “Ah, Não sei”. Conforme o planejamento S.M fez o teste (E.S.I).

12/10/2011 - FERIADO

5ª Sessão -19/10//2011

S.M entrou na sala não cumprimentou assentou-se na cadeira bruscamente e deitou a cabeça sobre o braço apoiado na mesa. Disse: “*eu vou matar aquela*”

mulher". 'Oi S.M " Ela continuou "*Eu vou matar aquela mulher*". "veia feia". "A loura do banheiro". "*Por que que a gente não consegue ouvir tudo*". "*Eu queria poder ouvir tudo, por exemplo, se você estivesse falando no celular lá na sua casa eu queria escutar*". " Você está a ponta de explodir". "o que te deixou tão irritada? "Como posso te ajudar a ficar mais tranquila"? "vamos recomeçar para que eu possa de entender e te ajudar". S.M ficou um tempo em silencio e eu aguardei até que retornasse a querer "contato", "você se lembra do que fizemos na ultima sessão"? "você não consegue se lembrar não é"? "Mas eu tenho certeza que você consegue se lembrar do que fazia quando estava na sua casa". S.M Disse: "Tudo". "Tudo o que"? "Me conte quem morava lá, quem cuidava da casa, sua mãe fazia o que, e seus irmãos" "o que você gostava de fazer "? S.M manifesta desagrado. "*Eu não quero falar disso*". "É muito difícil S.M"? "Mas é importante porque pode estar passando muitos pensamentos na sua cabeça que faz você se lembrar do tempo que você vivia na sua casa e pode estar fazendo você ficar com raiva, triste..." A S. me disse que você as vezes fica irritada, nervosa, e as vezes não quer conversar". S.M perguntou em seguida: "*você sabe que dia eu vou sair*"? "Eu não sei". S.M reclamou, "Há credo"! "Eu não sei que dia você vai sair, mas, posso de ajudar a se sentir melhor enquanto você precisar ficar lá." "Mas para isso nos duas precisamos trabalhar juntas". Algumas cosas são importantes nós duas conversarmos. As primeiras vezes pode parecer mais difícil mais depois você pode conseguir falar com mais facilidade" "Você sabe porque não mora mais na sua casa não sabe"? "Não". Em seguida diz: "*Eu vou matar a M. (profissional do Conselho Tutelar) porque ela que me buscou na escola e me levou pru abrigo*". "*Eu vou pula o muro, fugi e vo atrás dela*". S.M estou percebendo que os seus

pensamentos estão fazendo você ficar irritada novamente, é isso mesmo”? “O seu comportamento está me mostrando que o que você está sentindo é raiva”. S.M não respondeu. “ S.M eu sei que você gosta de massinha, eu trouxe uma bem macia você quer brincar com ela? S.M aceitou prontamente e não voltou a falar no assunto. Um tempo depois encerrei a sessão. Mais tarde quando passava pelo corredor a educadora S. me falou que S.M está muito irritada, gingando muito e brigando com as meninas do abrigo. Disse que S.M precisa de um tempo para trabalhar os sentimentos que surgiram após a notícia da perda definitiva da companhia da mãe.

6ª Sessão – 26/10/2011

Fizemos a retomada da sessão anterior. S.M falou do bom e do ruim da semana e em seguida falei da atividade (teste C.D.I.) que ela ia fazer. Expliquei como deveria fazer e depois chequei se havia algo que não entendeu na explicação. S.M não teve dúvidas, porém, teve dificuldades na leitura e interpretação das frases maiores. Foi preciso auxiliá-la. Após o teste disse que a segunda atividade era fazer o relógio de pensamento e sentimento em EVA. No relógio seria colocado no lugar dos 4 números (12,3,6,9) as carinhas. S.M recortou a pulseira e os ponteiros. Colou o velcro e desenhou com hidrocor as emoções trabalhas até aqui. S.M tem talento para trabalhos manuais. S.M faz o trabalho com excelência. Conversamos sobre a oportunidade que terá de poder brincar com o relógio e até mesmo observar o humor durante o dia e colocar os ponteiros na carinha que está relacionada com o humor dela naquela hora.

02/11/2011 FERIADO

7ª Sessão – 09/11/2011

S.M chegou à porta da sala e disse: “Oi”, eu respondi oi e a convidei para entrar. Ela parecia bem tranquila e até sorria. Disse para ela que nos duas contaríamos algo que aconteceu na semana que gostou muito. Eu contei primeiro, “no domingo eu dormi até tarde, eu estava cansada, então foi muito bom e eu fiquei feliz”. S.M contou que dormiu na casa da madrinha da A. e que elas foram ao parque da Pampulha e “ Foi muito bom”. “Que novidade legal que você trouxe “ “Uma coisa nova aconteceu, e mudou um pouco o seu dia ”. Lembrei S.M que não houve sessão na semana passada por causa do feriado. Você se lembra do que fizemos na ultima sessão?”. “Eu montei o relógio “você se lembra de quais são os sentimentos que nós trabalhamos na sessão”? “S.M se lembrou dos quatro sentimentos”. “ Vamos planejar o que vamos fazer hoje na sessão”. Vamos fazer uma atividade que é identificar as emoções nas fotos das revistas, recortar e colar fazendo uma montagem na folha A4. Quando S.M terminou a montagem, disse a ela que tinha ficado muito bonito e que se ela quisesse podia levar para ela. Pedi que S.M comentasse cada uma das expressões e imaginasse o que eles poderiam estar pensando. Ela disse frases curtas e durante esse tempo ela lembrou-se de alguns momentos que se sentiu alegre, triste, com raiva e medo. S.M levou com ela a montagem.

8ª Sessão – Entrevista para Anamnese 16/11/2011

Educadora comunicou que S. agora tem madrinha que é a mesma da irmã. S.M recebeu castigo por mau comportamento. Não pode ir para casa da madrinha no final de semana. “Tô nem aí” respondeu para a educadora.

Entrevista com a assistente social C.

“S.M está respondona, responde as educadoras, às vezes agride verbalmente as colegas do abrigo”. “Estava entusiasmada com a madrinha (publicitaria) agora já não está mais”. Fez exame de DNA o resultado saiu dia 14/10 foi comprovado a paternidade (pai falecido). Relatou como aconteceu o abrigamento. “S.M ficou muito “traumatizada” com a forma que retiraram seu irmão (bebê) do colo da sua mãe para abriga-lo, isso se deu um dia antes do abrigamento de S.M. C. Relatou que a mãe de S.M na entrevista com a assistente social do Conselho Tutelar disse que “sabia do abuso em relação a S.M, mas que não acreditava que o pai abusasse da própria filha A. (irmão de S.M).

Comecei a sessão com bom e o ruim da semana. “S.M o que foi de bom e o que foi de ruim na semana que passou”? “De bom foi que eu ganhei presentes da minha madrinha e vou ganhar um MP3”. “De ruim, eu perdi a prova de biologia, porque eu dormi na casa dela ai eu cheguei depois do horário de entrar na sala”. “Mas você vai poder fazer a prova depois não é”? “Só que eu queria ficar burra, sem saber ler e escrever, não sei por que existe caixa de supermercado”? “Só S.M que não tem mais como você ficar burra porque já sabe ler e escrever”. S.M ficou surpresa quando falei isso. “Ela disse: é mesmo!” “Eu ganhei sete diários e comecei a escrever neles”. “se você quiser pode trazer para sessão os seus diários”. S.M gostou da ideia. Vamos planejar como será a sessão. Primeiro vamos lembrar o que foi feito na ultima sessão.

Fazer uma atividade sobre os pensamentos e os sentimentos. Depois falar o que você achou da atividade”.

S.M lembrou que fez a montagem com os rostos das pessoas com diferentes emoções. “Na atividade de hoje eu vou desenhar no quadro rostos com as emoções que trabalhamos na sessão passada”. “Como nas revistas em quadrinho vou colocar um balão você vai escrever um pensamento combinando com a emoção que o rosto está expressando”. Quando desenhei no quadro o rosto alegre e fiz o balão do pensamento S.M desenhou uma caixinha de presente e escreveu: eu te amo mãe. Pedi que S.M falasse o que estava pensando naquele momento. Ela contou uma pequena historia relacionada ao pensamento do balão. “*Era aniversario da menina e a mãe dela fez uma surpresa pra ela deu um anel pra ela*”. No desenho do rosto com a expressão de raiva S.M. escreveu: “*Eu vou bater nas meninas que me chamam de arrombada, elas acham que eu sou de ferro prá aguentar isso*”? Quando perguntei o que ela estava pensando quando escreveu no balão, S.M. contou que lembrou que fica com raiva quando as meninas do abrigo a chamam de “arrombada”. “O que você pensa que elas querem te dizer quando te chamam disso”? “*istrupada*”. “o que é ser istrupada”. “sei lá”. “Então porque você fica com raiva”? “Eu não gosto que elas me xinga”. “Estuprar é quando uma pessoa obriga uma outra pessoa a ter relações sexuais com ela”. “*Ai credo*”. “Você sabe o que é relação sexual”? “*Isso é feio, eu não quero falar com ninguém disso*”. “Então você sabe o que é, tudo bem se você não quer falar sobre esse assunto não tem problema e quando você quiser pode perguntar”. “Mas às vezes S.M nós podemos aprender algumas coisas e ficar com informações sobre o que aprendeu que não são as corretas e que fazem a gente ficar com um monte de dúvidas na cabeça e ai a gente precisa reaprender, aprender de novo para não ficar com dúvidas que se transformam em pensamentos que

fazem a gente sofrer”. S.M passou a falar que não gosta do abrigo, que lá é ruim, que não gosta de lá porque a mãe não está lá. Disse também que *“lá é fedorento, fede a bosta”*. *“La tem lixo”*. Perguntei: não tem pessoas para limparem o Abrigo”? *“Não...eles limpam”*. *“S.M. vamos pensar juntas, quando você tem pensamentos que lembram a sua casa eles fazem você ficar com a emoção raiva (você sente raiva) e ai você fica com vontade de bater, brigar e matar, que é o comportamento e as vezes pode ficar pensando que todas as coisas são chatas, ruins, fedidas, o que você acha disso S.M será que isso pode acontecer”* Pedi para S.M. listar (escrever no papel) os pensamentos que mais ficam na cabeça dela e quando eles estão lá tentar lembrar como se sente e listar as emoções. S.M listou os pensamentos: *“Quero ver minha, mãe”*. *“Quero voltar para minha casa”*. *“Os vizim fizeram calúnia contra ela porque eles é invejoso”*. *“Não queru ser adotada, não sou lixo, para ser adotada”*. *“Não so cachorro para ser adotada”*. *“vo matar o juiz, ele mando a M. mi tira da minha casa”*. *“Minha mãe me ama porque eu nasci da barriga dela”*. *“Ela é boa como qualquer outra mãe”*. Na lista das emoções, S.M escreveu bem grande: RAIVA. Pedi que fizesse a leitura em voz alta do que escreveu nas listas. Em seguida disse para S.M na lista de pensamentos você escreveu sete frases e na lista de emoções você escreveu uma, você percebeu”? Será que agora você só consegue sentir raiva ou será que você não está conseguindo perceber que experimenta outras emoções”? Estou lembrando que você me contou que agora tem uma madrinha, que você conheceu a casa dela, foi no parque e que ganhou presentes, você se lembra o que pensou e o que sentiu”? *“Foi raiva”*? *“O que você pensou”*? *“O que passou na sua cabeça quando ganhou o presente”*? *“O que você sentiu”*? S.M disse que pensou *“Que gostou muito de*

tudo”. “Outros pensamentos devem ter passado em sua cabeça só que para lembrar tem que fazer um esforço maior né”? “Você se lembra o que sentiu”? “Alegria”. “Olha que legal S.M! “Então você pensou uma coisa boa e sentiu alegria”? S.M ficou me olhando porque eu fiz um teatrinho para conversar com ela sobre a relação do pensamento com a emoção. “Então será que se a gente pensa coisa ruim pode ficar triste, ou com raiva ou com medo”? S.M confirmou que pode. Nesse momento disse para S.M que nas próximas sessões nos vamos juntas verificar se pode mesmo. No final da sessão peguei uma fita métrica que vai de zero ao número dez e falei para S.M que podemos medir os sentimentos (emoções) e dei um exemplo mostrando na fita (estou pouco alegre 1,2,3,4, estou alegre 5,6,7 estou muito alegre,8,9,10) pedi que ela me mostra-se na fita de zero a 10 como estava se sentindo em relação ao sentimento raiva”. S.M mostrou o numero sete. “Perguntei por que você marcou o 4”? “*Porque eu tô com pouca raiva*”. “Os sentimentos podem mudar o tempo todo você percebeu S.M”?

9ª Sessão – 23/11/2011

Nesta sessão planejei trabalhar de forma mais específica questões relacionadas com a baixo auto-estima demonstrada por S.M. nas sessões (ela se deprecia) e apontadas pelas cuidadoras e assistente social. Retomar pensamentos – sentimentos.

Iniciei a sessão com o bom e o ruim da semana. S.M escolheu o bom, ir para casa da madrinha com a irmã e comer coisas gostosas. Não falou o ruim da semana. Em seguida retomamos a sessão anterior. S.M havia assimilado algumas coisas a respeito dos pensamentos e sentimentos. Disse que brigou

no asilo com as meninas do quarto dela. Comentou que foi bom que elas fugiram do abrigo e agora o quarto ficou para ela e a L.I. S.M disse que gosta dela e que agora elas duas vão organizar o quarto, vão fazer uma escala de arrumação. “Antes o quarto era uma bagunça”. S.M chegou muito “falante” para a sessão. Planejamos primeiro fazer a atividade “Sentenças Incompletas”. S.M vai completar a sentença que está iniciada com palavras sobre ela e os sentimentos dela. Primeira frase: Eu gosto de mim por que... A coisa de que eu mais gosto que as pessoas admirem em mim... Eu fico nervosa quando... Eu tenho medo de... S.M encontrou dificuldades para completar as frases (21), disse que era difícil. Disse que deveria tentar mais uma vez. Comecei a ajudá-la na leitura das frases e dava opções para que escolhesse o que mais se parecia com ela, por exemplo: Minha....favorito é “Minha brincadeira favorita é brincar de pique de esconde”. De 21 frases S.M completou apenas 8. Nas frases que precisavam completar com palavras de auto-estima S.M não escreveu e comentou que é feia. Contou que no domingo foi à igreja e eles tiraram fotos do grupo das meninas do abrigo e ela tampou o rosto. Disse também que não olha no espelho. Não gostava de pentear os cabelos mas, agora esta começando a gostar de pentear. Aproveitei para elogia-la naquele momento por que estava bem arrumada e cheirosa e que a roupa e o tênis eram bonitos. S.M comentou que ganhou da madrinha. “Está madrinha esta me parecendo carinhosa com você, o que você acha SM”? “Eu gosto dela”. Quando vocês estão juntas como é, o que vocês fazem? S.M disse: “ela é brincalhona, faz bagunça junto com a gente, faz cosquinha, abraça, anda de bicicleta, compra sanduiche e chips”. “Algumas semanas atrás eu conversei com as cuidadoras L e S, elas me contaram que você lá no abrigo muitas

vezes não quer tomar banho, pentear os cabelos, escovar os dentes”. “Outras vezes você preferiu ficar sozinha e também você falou que é idiota, burra, feia. Aqui nas sessões já ouvi você dizer estas palavras sobre você”. “*Eu quiria fica burra, não aprende a le nem iscreve, só que ocê disse que não tem mais jeito de fica burra porque eu já aprendi.*” “Muito bem S.M é isso mesmo não dá pra parar de aprender mais, todos os dias você vai aprender coisas novas”. Perguntei S.M se ela gostaria que fotos dela e ela olharia e tentaria descobrir o que acha bonito nela. Combinei que no final todas as fotos seriam apagadas. Os 15 minutos finais da sessão ficamos tirando fotos. Tirei fotos onde S.M estava assentada fazendo careta, de pé fazendo pose de modelo, fotos só do rosto. S.M tirou foto do pé das mãos. “Perguntei com quem da família dela ela se parece”. Respondeu: “com minha mãe”. “você acha sua mãe bonita”? “*Acho*”. “Então, como você mesma disse, a sua mãe é bonita”. “Você disse também que se parece com ela não foi”? “*Foi*”. “Então você é uma menina bonita”. “*Não sei*”... disse S.M. “você tem dúvida”? S.M pediu para eu tirar mais fotos dela. Tirei várias fotos do rosto e falei com S.M para olhar e escolher a que ela gostasse mais. S.M escolheu 2 fotos. As duas fotos ela estava com um bonito sorriso. Pedi que contasse porque escolheu aquelas. S.M falou que “achou o sorriso dela bonito o formato dos olhos e a sobrancelha”. Concordei com ela e ela sorriu. Quando terminamos apagamos todas as fotos. Combinamos que ela ia começar a pentear os cabelos na frente do espelho. Se for muito difícil, informei que ela deve começar e ficar alguns segundos. Eu fiz demonstração como se estivesse na frente do espelho (fiz caretas enquanto penteava o cabelo, depois pedi que repetisse. Entreguei o pente para ela S.M repetiu deu boas gargalhadas e disse: “a gente parece doido” e sorriu

novamente. Depois vai aumentar aos poucos o tempo na frente do espelho. Combinamos que ela vai anotar na agenda (que ela ganhou e queria trazer para a sessão) quantas vezes conseguiu pentear os cabelos na frente do espelho de quarta-feira até a outra quarta. S.M divertiu-se também no momento das fotos.

10ª Sessão – 30/11/2011 – Preparação para a finalização do trabalho (começar a comunicar S.M).

S.M chegou à sala. Estava muito bem vestida e segurando uma bolsinha e uma agenda rosa. S.M estava tranquila. Demonstrou interesse em iniciar a sessão. Fizemos o planejamento da sessão: primeiro conversar um pouco sobre o bom e o ruim depois relembrar a sessão passada em seguida verificar a tarefa e fazer as atividades uma delas reavaliação do teste ESI. De bom S.M mencionou a chegada de uma “novata”. Disse que já conhecia a menina porque ela já tinha dormido duas noites no abrigo. Disse que a novata vai ficar no quarto dela. M.S estava aflita para me mostrar a agenda. Colocou na minha mão assim que entrou na sala. Como estávamos fazendo a sequência da sessão ela perguntou duas vezes se eu não iria olhar a agenda. Disse que íamos olhar juntas quando estivesse na hora de verificar a tarefa. Lembrou que na última sessão tirou fotos e que “foi muito legal”. Peguei a agenda para verificação das anotações que combinamos que ela faria. Quando estava para abrir S.M tentou tirá-la da minha mão e disse: “Tem coisa feia aí”. “S.M o que combinamos na sessão passada que você faria e traria para a sessão de hoje”? S.M repetiu o que combinamos. “Então agora nós vamos conferir na agenda”. Eu abri a agenda e na primeira página havia um recorte de revista do Chico Bento

assentado em um galho de árvore pescando com a Rosinha do lado. Na mesma página estava um adesivo em forma de boca escrito *kiss my baby* e dois corações que ela desenhou. No final da página estava escrito “Lucas no dia que eu ti vi ti asei lindão”. Nas páginas seguintes outras gravuras e escritos similares. Elogiei a agenda e perguntei: “você conseguiu pentear o cabelo na frente do espelho”. S.M disse que sim, e até fez careta, mas não conseguiu anotar nada. “Você penteou uma vez e parou ou voltou a pentear os cabelos na frente do espelho”. “Às vezes eu penteio na frente do espelho às vezes eu não quero”. “Você é uma menina corajosa e inteligente muito bem”. “É importante você não parar mais de se olhar no espelho”. “Vamos pensar juntas, você não olhava no espelho por uma razão, você consegue lembrar quais eram os pensamentos que passavam na sua cabeça nessa hora e os sentimentos”. Pedi para S.M escrever em uma folha A4. Fiz duas colunas Pensamento X Sentimento. S.M demorou a conseguir escrever algo. Depois escreveu: na primeira coluna a palavra feia na segunda a palavra tristi e raiva. S.M contou que o padrasto e os irmãos xingavam ela de “feia” e no asilo as meninas xingam de “macaca”. Fica triste porque se acha feia mesmo. Fiz novamente as colunas e pedi que escrevesse o Pensamento X Sentimento na primeira vez que penteou o cabelo na frente do espelho. Pensamento: *‘É isqisito olha a gente no ispelho’*. Sentimento: *“sei lá”*. Disse que penteou o cabelo rápido fez careta e saiu da frente do espelho. *“Olho rapidinho e saio”*. “S.M, quando você era menor (4,5,6 anos) você se lembra se conseguia olhar no espelho, pentear os cabelos na frente do espelho”. S.M disse que *“não consegue se lembrar”*. “Vamos fazer isso juntas aqui na sessão”? “vou trazer um espelho na próxima sessão”. “S.M disse *“tá, mas não sei se eu vou querer olhar”*. “Ok”. Voltei a

folhear a agenda e perguntei S.M o que tinha de feio lá.” S.M passou as paginas e me mostrou um versinho Roxo e rosa rosa e rosa, na praia eu sou bonita e na cama sou gostosa” S.M disse que não foi ela que escreveu, mas a colega do quarto que fugiu. Perguntei o que ela achou feio no versinho, S.M. sorriu e não respondeu. Continuei olhando as outras paginas. S.M fez vários desenhos e colagens. “você desenha muito bem S.M, você sabia:?” “Ele disse ah... tá feio.”. Atividade seguinte reaplicação do ESI. Depois Ofereci massinha para S.M fazer um trabalho livre. S.M ficou manuseando, um tempo depois mostrou o trabalho que tinha feito. “*Fiz uma calcinha com a massinha, vou fazer o soutien*”.. Perguntei: você já usa soutien? Disse que sim. Em seguida S.M mostrou o soutien que fez e disse:“fiz um peito bem grande, duas bolas”. “Que tal você fazer uma menina e colocar a calcinha que está pronta nela”. Desse momento em diante S.M passou a modelar uma menina impressionantemente bem feita. Fiquei observando a delicadeza com que ela modelava. Nesse momento passei a informar S.M à proximidade do encerramento do tratamento. Comuniquei que a ultima sessão seria dia 21 de dezembro e que nós teríamos então mais três sessões. Ela perguntou se era “férias” eu disse que sim. “Você quer perguntar mais alguma coisa”? “Não”.

Esperei terminar a atividade com a massinha. Disse para ela: “observei que você é uma menina muito habilidosa, que sabe fazer coisas lindas com a massinha. “Vamos imaginar que eu sou uma repórter e você uma artista famosa, escultora e vou te entrevistar ”? Simulamos um microfone e passei a entrevista-la. Perguntei se podia tirar fotos do trabalho dela, S.M disse que ela mesma queria fotografar se podia. S.M tirou algumas fotos e ficou admirando como tinha ficado bonita a menina que ela modelou.

11ª Sessão – 07/12/2011

S.M chegou trazendo a boneca bebezinho, uma bolsinha e a agenda. Iniciei a sessão comentando sobre a boneca. S.M demonstrou estar muito feliz com o presente que ganhou da professora. Peguei a fita e pedi que ela medisse de 0 a 10 o quanto gostou de ter recebido o presente. S.M apontou o numero 10. Durante alguns minutos ela narrou como foi que recebeu da professora o presente. S.M usou a seguinte frase: *“foi uma grande surpresa”*. Aproveitei para fazer uma psicoeducação sobre a questão das emoções, como elas podem mudar ao longo do dia e ao longo da semana conforme as coisas vão acontecendo, que não temos controle sobre as coisas que acontecem conosco, mas, podemos controlar as emoções, quando pensamos sobre o que pensamos. S.M beijou, abraçou e colocou a boneca (batizada de Nicole), para dormir no cantinho da mesa.

Perguntei S.M se ela se lembrava do que conversamos na sessão passada sobre a proximidade do termino do atendimento. Disse que “agora faltava duas sessões para entrar de férias”. “Isso mesmo S.M”. Em seguida S.M disse que penteou uma vez o cabelo na frente do espelho junto com a L.I. “Parece que você esta se lembrando da sessão passada”. “Muito bem S.M, você é mesmo uma menina corajosa”. “Então conta qual foi o pensamento x sentimento”? “Você consegue se lembrar de um pensamento e de um sentimento”? S.M. disse que não se lembrava. “Vamos fazer uma atividade que é escrever o pior e o melhor que pode acontecer”. “Você vai pensar: o que pode acontecer de pior se eu pentear o cabelo olhando no espelho”? “O que pode acontecer de melhor se eu pentear o cabelo olhando no espelho”? Pedi para S.M escrever

na folha. Foi preciso auxiliar S.M. Ela encontrou muita dificuldade de assimilar o que era para ser feito. “Disse que era chato fazer aquilo”. Depois disse: (não quis escrever) que o melhor é “que fica fácil prá arruma o cabelo”. “Isso mesmo S.M é prá isso que o espelho existe, para facilitar nossa vida na hora de nos arrumarmos”. “Vamos pensar juntas, me responde: se eu tirar o espelho da sacola te incomoda”? “Não”. Retirei coloquei na mesa e percebi que não era uma fobia. Observei que o fato de S.M evitar o espelho estava relacionado com a questão da baixa auto-estima. Deixei o espelho sobre a mesa e passamos a combinar como seria o restante da sessão. S.M perguntou se podíamos olhar a agenda porque ela queria me mostrar algo. Em seguida abrimos a agenda e começamos a passar as paginas. Ela contou que foi em uma festa e “lá podia escolher 10 presentes, então um dos presentes que escolhi foi à agenda”. “Percebi que você gosta muito de agendas, será que é porque você gosta de escrever e desenhar”? “Elas estão cheias de coisas que você escreveu, desenhou, colou”. Você sabia que essas atividades fazem bem para saúde”? “Não deixe de fazer”. “Estou percebendo que você está mais tranquila, você acha que o que estou falando está correto”? “Alguns dias você chegou para sessão e estava muito irritada, agitada...” “Vamos pegar a fita e medir a emoção raiva”? S.M pegou a fita no canto da mesa. Mostrou o numero 5. “Porque esse numero”. “Porque eu quero ir prá minha casa e o juiz chato não deixa”. “Então vamos conversar sobre esse assunto agora tá”? “Você sabe qual é o trabalho do juiz”? “O trabalho dele é proteger as pessoas do perigo”. O juiz que deu a ordem para a M. retirar você da sua casa foi avisado que você e seus irmãos estavam correndo perigo”. O trabalho da M. é obedecer ao que o juiz mandar. “Por que você acha que o juiz deu essa ordem”. “O que estava

acontecendo com você que era perigoso”? “Eu sei de algumas coisas que você me contou que fazia na sua casa que era perigoso e não tinha uma pessoa adulta para te proteger (fritar coxinhas) ai você correu risco de um acidente muito sério”. **“Eu sei sim, porque o juiz fez isso, é porque na minha casa não tem tranca no portão e ai todo mundo entra”**. “Isto é perigoso também, mas o juiz não manda retirar uma criança da casa dela porque não tem tranca no portão” “O juiz manda retirar quando a criança sofre maus tratos”. “Maus tratos é quando os pais, ou padrastos, batem na criança, deixa ela sem comer, não leva pra escola, não leva no médico, não leva no dentista, obrigam ela a fazer alguma coisa que ela não quer, quando os pais/padrasto querem fazer algum coisa com a criança que ela não quer porque machuca o corpo, dói e ela não sabe o que é aquilo que estão fazendo com ela, por isso fica com medo de tudo, chora, faz xixi na cama...” S.M. não faz nenhum comentário. “S.M deve ser muito ruim mesmo não poder voltar para casa, por isso às vezes você fica com raiva”. “Nós conversamos em outras sessões sobre não poder controlar o que acontece conosco no dia a dia, mas podemos

controlar nossas emoções. Pensar sobre o que pensamos pode ajudar muito”

“Vamos pensar juntas”? “ O que pode acontecer mesmo quando a emoção que você está sentindo é raiva”? S.M disse: “ xingar, gritar, quebrar, matar”. “E também as pessoas começam a se afastar de nós”. Então quando a raiva é muito alta tipo 8,9,10, a pessoa pode fazer coisas que se machucam e machucam as outras pessoas”. Hoje mesmo você mediu a raiva e ela está 5. “Só que ela pode ficar mais baixa ainda se você pensar nas coisas nas coisas boas que aconteceram nesse tempo que você está no abrigo”. “Lembrar que você não está sofrendo maus-tratos como estava sofrendo lá na sua casa”.

Você se lembra o que é maus tratos, se quiser posso falar de novo”? “Vamos fazer uma lista”? “Você quer anotar na sua agenda”? S.M procurou uma folha limpa e fizemos juntas a lista. No topo da lista S.M escreveu: ter ganhado a boneca, ir ao parque da Pampulha, ganhar presentes, a madrinha, comer coisas gostosas, ganhar roupas novas, a amiga L.I. Na sequencia S.M pediu para brincar com a massinha. Pediu para brincar de massinha, fez umas bolinhas e me convidou para brincar de guerrinha. Terminamos a sessão brincando de massinha. Não voltei na questão do espelho.

12ª Sessão – 14/11/2011

S.M trouxe para a sessão um “caderno diário”. Cheio de versos românticos e figuras coladas. S.M leu A ladainha das moças, “Amo e não sou amada quero e não sou querida, mas um consolo eu tenho na vida amo e não sou fingida”. S.M achou “linda essa poesia” por isso escolheu esse para ler. Perguntei de onde copiou, disse que uma colega dela que recitou ai ela copiou. Na primeira pagina ela escreveu: “não olhe motivos: besteiras e maluquices”. Nas paginas seguintes outros versinhos e o nome do menino que ela acha bonito “só que ele não sabe”. Desenhou uma menina com seios bem grandes e roupas sensuais e um balão de pensamento o desenho só a cabeça do príncipe e da princesa se beijando. “O que você pensou quando fez esse desenho”? S.M não falou e sorriu. “Será que era no menino que você acha bonito”. S.M demonstra que ficou com vergonha de afirmar e disse: “*ai credo*”. “Quando você fala credo é por que acha que tem alguma coisa errada nisso”? “Ou é porque você fica com vergonha de falar no assunto”? “*Sei lá*”. “Não é errado você às vezes pensar no menino e achar ele bonito e até se imaginar namorando com ele”. As

meninas quando estão na idade que você está costumam pensar sobre essas coisas. S.M, sorriu. S.M “Eu disse para você várias vezes que você desenha e faz modelagem na macia muito bem, você se lembra”. “Lembro”. “Então, nós que trabalhamos aqui onde você é atendida vamos fazer o encerramento das atividades deste ano na semana que vem e vamos entregar um certificado para cada criança que foi atendida aqui e que fez o tratamento direitinho”. “A coordenadora está precisando de um desenho bem bonito para imprimir no certificado, então eu me lembrei de você”. “*Como assim*”? Expliquei novamente o que havia falado antes. S.M entendeu e demonstrou entusiasmo para fazer o desenho. Entreguei o material S.M passou a desenhar. O primeiro desenho (que ela havia acabado de começa) ela não gostou, disse que estava horrorosa a arvore em seguida rasgou e jogou no lixo. “Pedi outra folha começou a desenhar e ficou um tempo em silencio. Depois: “*Eu queria mora na arvore*”. “Por que”? *Porque é alto e bonito e dá prá ve tudo lá de cima*”. S.M desenhou uma árvore e depois uma casa na árvore. Fiz elogios: “a casa está com cores bonitas”. “Se você fosse morar nessa casa levaria alguém para morar com você”? “Minha mãe e minhas irmãs”.

21/12/2011-

S.M não participou da festa de encerramento das atividades e da entrega dos certificados. Verifiquei junto à educadora e essa informou que S.M foi a uma consulta oftalmológica.

ANEXO 5

FOTOS



Fotos 1 e 2: Registro da sessão de número 10, do dia 30/11/2011. Atividade de modelagem com argila.