

Estudo de Caso sobre uma Intervenção Brasileira para Vítimas de Abuso Sexual Infantil

Case Study about Brazilian Intervention for Victims of Child Sexual Abuse

Murilo Zibetti*

Universidade Vale do Rio dos Sinos

Sidnei Rinaldo Priolo-Filho / Carlos Aznar Blefari /

Izabelly Cristina Ribeiro Fontana

Universidade Tuiuti do Paraná

Resumo: O objetivo do presente estudo de caso foi apresentar a aplicação do Protocolo de atendimento psicoterápico individual para vítimas de abuso sexual infantil (PAPI-ASI). Participou do estudo uma criança do sexo feminino com seis anos de idade que foi vítima de abuso sexual. A intervenção visou a reduzir sintomas de Transtorno de Stress Pós-Traumático (TEPT), bem como, reduzir e/ou extinguir comportamentos indesejáveis resultantes do abuso sexual infantil (ASI) presentes na avaliação inicial. Os resultados foram avaliados quantitativamente em medidas pré e pós-intervenção com o Child Behavior Checklist (CBCL), respondido pelos pais e qualitativamente com a avaliação clínica e relato dos pais sobre as alterações observadas no comportamento da criança durante a intervenção. O desfecho global da intervenção foi positivo, apresentando melhoras na atenção, diminuição na dificuldade em finalizar atividades e menor frequência e intensidade da ansiedade. Inicialmente, a participante apresentava critérios clínicos suficientes para diagnóstico de TEPT que ao final da intervenção eram subclínicos. Por fim, o estudo apresentou resultados promissores do protocolo abordado, enfatizando a potencialidade de tornar-se um instrumento válido na dinâmica clínica relacionada a ASI.

Palavras-chave: abuso sexual na infância; terapia cognitivo-comportamental; transtornos de estresse pós-traumáticos.

Abstract: The aim of this study is to present a case study with the application of the Individual Psychotherapeutic Care Protocol for Victims of Child Sexual Abuse (PAPI-ASI). A six-year-old female child who was a victim of sexual abuse took part in the study. The intervention aimed to reduce symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), as well as to reduce and/or extinguish undesirable behaviors resulting from child sexual abuse (ASI) present in the initial evaluation. Results were quantitatively evaluated in pre- and post-intervention measures with the Child Behavior Checklist (CBCL), answered by the parents, and qualitatively with the clinical evaluation and parents' report on the changes observed in the child's behavior during the intervention. The overall outcome of the intervention was positive, with improvements in attention, less difficulty in completing activities, and lower frequency and intensity of anxiety. Initially, the participant had sufficient clinical criteria for the diagnosis of PTSD, which at the end of the intervention were subclinical. Finally, the study presents promising

results of the approached protocol, emphasizing the potential of becoming a valid instrument in the clinical dynamics related to ASI.

Keywords: child abuse sexual; cognitive behavioral therapy; stress disorders post-traumatic.

Introdução

O abuso sexual infantil (ASI) é caracterizado pelo envolvimento de crianças e/ou adolescentes em práticas sexuais inadequadas ao seu desenvolvimento psicossocial. Ou seja, devido seu estágio desenvolvimental, a criança não tem condições de consentir com tais ações (Quenan & Dominguez, 2013). Esse abuso pode ser caracterizado tanto por atos em que não haja contato físico (e.g., voyeurismo, produção de fotos ou exibicionismo), quanto por aqueles que envolvem o contato físico (e.g., de toques até penetração anal ou genital) (Collin-Vézina & Milne, 2019).

O ASI é considerado um problema de saúde pública, que pode causar graves consequências físicas, emocionais e psicossociais. Pesquisas epidemiológicas evidenciam a alta prevalência desse tipo de violência (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink, & van Ijzendoorn, 2015). Além disso, embora os registros oficiais apresentem dados elevados, uma subnotificação é esperada considerando a dificuldade da revelação desse tipo de violência, por se tratar de um fenômeno permeado pelo segredo, que pode envolver familiares, vizinhos e, às vezes até profissionais da rede de proteção (Hohendorff & Patias, 2017). Ou seja, a expectativa é que o índice de exposição ao abuso sexual infantil seja maior do que os dados, já alarmantes, de prevalência apontam. Ainda que haja algumas iniciativas para o enfrentamento dessas situações, a subnotificação acaba prejudicando a observação adequada do fenômeno e consequentemente o desenvolvimento de políticas públicas efetivas na prevenção e tratamento do ASI (Mathews & Collin-Vezina, 2019)).

Dados do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (2020) apontam que durante o ano de 2019 foram registrados no Brasil, por meio do Disque

Direitos Humanos (Disque 100), 86,8 mil violações de direitos de crianças ou adolescentes, um aumento de 14% em relação a 2018. Destas denúncias, 17 mil ocorrências (11%) foram de abuso sexual infantil. Em 73% dos casos, os abusos ocorreram na casa da própria vítima e em 40% deles foram cometidos por pai ou padrasto. Crianças e adolescentes que sofrem violência dentro da própria família possuem maiores chances de desenvolver graves quadros psicopatológicos, pois a figura representativa de segurança e proteção transforma-se em agressor, quebrando a confiança da criança e promovendo uma disfunção familiar que, frequentemente, reduz o bem-estar psicológico da criança (Loinaz, Bigas & Sousa, 2019).

O ASI pode resultar em graves consequências ao desenvolvimento humano. A literatura destaca o risco da ocorrência de quadros psicopatológicos como episódios depressivos, tentativas de suicídio, transtornos de ansiedade, uso e abuso de substâncias, transtornos de personalidade e quadros de estresse pós-traumático (Izdebska, 2020; Li, Chu, & Lai, 2020; Steine et al., 2017). Contudo, não é possível descrever um quadro patológico típico ou síndrome resultante do abuso sexual devido sua complexa dinâmica e diferenças individuais (Wekerle, Wolfe, Cohen, Bromberg & Murray, 2019).

Até os dois primeiros anos após a exposição ao evento abusivo, é mais frequente a manifestação de uma miríade de sintomas e comportamentos desajustados. Entre eles, fobias, sintomas depressivos, ansiedade, baixa autoestima, sentimento de culpa, estigmatização, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), ideação e conduta suicida, autolesão, conduta hiperativa, problemas de concentração, baixo rendimento acadêmico, problemas de relacionamento social, problemas de sono, perda de controle do esfíncter, transtornos alimentares, queixas somáticas e conduta sexualizada e disruptiva (Hailes et al., 2019; Pereda, 2010). A longo prazo pode haver riscos de revitimização (Papalia, Mann, & Ogloff, 2020), de emergência e cronificação de psicopatologias e outros riscos psicossociais (Norman et al., 2012; Hailes et al., 2019).

Por isso, além de estratégias preventivas, o desenvolvimento de intervenções que mitiguem a sintomatologia após a vitimização tem sido um objetivo da comunidade científica. Alguns estudos têm demonstrado resultados promissores da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) após o ASI (Passarela, Mendes, & Mari, 2010; Kim, Noh & Kim, 2016). A TCC abrange diversos tipos de técnicas e, no contexto do ASI, a variante mais investigada internacionalmente é a TCC focada no trauma (TCC-FT) (Kim et al., 2016). Um estudo canadense utilizou a TCC-FT para 25 crianças vítimas de ASI com idades entre três e seis anos. Foram realizadas 12 sessões com foco na redução dos problemas comportamentais relacionados ao ASI mensurados pelo Child Behavior Check List (Achenbach, 1991), bem como, sintomas dissociativos e de TEPT. A intervenção também incluiu psicoeducação aos pais sobre o melhor manejo diante desses comportamentos, bem como, sofrimento geral deles e sintomas de TEPT. Os resultados indicaram melhoras na maioria dos desfechos avaliados tanto nas crianças quanto nos pais (Hébert & Daignault, 2014). Além disso, um estudo conduzido por Allen e Hoskowitz (2016) demonstrou que a TCC-FT apresenta maior eficácia para esse público do que a utilização de técnicas não estruturadas de psicoterapia (Allen & Hoskowitz, 2016).

Pesquisas brasileiras visando a desenvolver programas de intervenção para crianças vítimas de ASI ainda são incipientes. Um protocolo foi apresentado por Schneider e Habigzang (2016), utilizando como base o Programa de Grupoterapia Cognitivo-Comportamental chamado Superar (Habigzang et al., 2009). Conquanto não utilizasse a abordagem da TCC-FT, esse estudo também demonstrou evidências de eficácia em estudo de casos múltiplos com duas participantes, havendo redução dos sintomas de depressão e estresse, bem como, remissão do TEPT. O programa contou com número de sessões e tempo de duração pré-definidos, sendo dividido em três etapas: (1) psicoeducação e reestruturação cognitiva; (2) treino de inoculação do estresse; e (3) prevenção à recaída (Schneider & Habigzang, 2016).

Tanto os estudos internacionais (Hébert & Daignault, 2014; Allen & Hoskowitz, 2016), quanto o conduzido por Schneider e Habigzang (2016) no Brasil, fazem parte de um conjunto de evidências sobre a efetividade da TCC em relação as consequências psicológicas advindas do ASI. Nesse sentido, a literatura tem acumulado evidências a favor da TCC nesse contexto, ao mesmo tempo que, há carência de estudos em países em desenvolvimento (McTavish et al., 2021). Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi avaliar e descrever os efeitos da aplicação piloto de uma intervenção psicológica de abordagem cognitivo-comportamental para o tratamento de uma criança vítima de abuso sexual. Essa intervenção foi desenvolvida no Brasil e denominada Protocolo de atendimento psicoterápico individual para vítimas de abuso sexual infantil (PAPI-ASI). Ela conta com um conjunto estruturado de objetivos a serem atendidos nesse tipo de tratamento (Fontana et al., 2019). Trata-se, portanto, da busca inicial da eficácia da aplicação do PAPI-ASI, em consonância com a crescente demanda por práticas baseadas em evidência (Leonardi & Meyer, 2015). Além disso, considerando as particularidades do caso este estudo também objetivou: (1) avaliar os comportamentos indicativos de transtorno de estresse pós-traumático (identificado na entrevista inicial); (2) avaliar diferenças nas informações fornecidas pelos pais da criança sobre seus comportamentos em decorrência do evento abusivo.

Método

Delineamento

Estudo de caso único (Creswell & Clark, 2013).

Descrição do caso

Participou deste estudo uma criança do sexo feminino, que iniciou tratamento prestes a completar sete anos de idade, filha única de pais casados legalmente. Segundo

consta nos autos, a criança foi vítima de abuso sexual de familiar de segundo grau e revitimizada na escola por dois colegas com idade superior à dela. Após o evento na escola, os responsáveis notaram que a criança passou a apresentar comportamentos evitativos como reclamações de cansaço e pedidos para não comparecer a aula. A responsável pela escola alegou que a responsabilidade dos atos abusivos era da vítima por ter se envolvido anteriormente em outro episódio.

Desde o primeiro contato, autoridades e psicólogos deixaram claro para a família, que não era necessário que a criança relembresse o episódio abusivo, pois acreditavam que isso poderia aumentar o sofrimento psicológico da menina. A criança foi atendida inicialmente pela psicóloga da Vara da Infância e da Juventude e depois encaminhada via o Projeto Enxugue essa Lágrima (PEEL) para atendimento junto à Universidade credenciada do programa. O agressor do primeiro abuso foi condenado e a criança não participou de nenhuma audiência.

Os responsáveis pela criança acreditavam que o evento que poderia ter causado prejuízos à vítima seria o intrafamiliar. Familiares relataram que a criança apresentava comportamento de isolamento, falta de atenção nas atividades que realizava, comportamento de evitação, ansiedade, comportamento de onicofagia, alguns episódios de reação dissociativa e de pesadelos. Além disso, os pais descreviam a criança como tímida, introspectiva, com dificuldades para iniciar amizades, que chupava o dedo e mantinha o hábito de ficar “mexendo” na manga da blusa que estivesse usando quando apresentasse sono, ou se encontrasse em situações aversivas. A frequência desse hábito aumentava quando estava sozinha, segundo os genitores.

Intervenção

O PAPI-ASI foi desenvolvido em cinco princípios gerais de tratamento, cada um com um objetivo geral a ser contemplado (uma descrição completa pode ser consultada

em Fontana, 2019). O próximo estágio de tratamento é trabalhado quando o objetivo anterior é alcançado (Tabela 1).

Tabela 1

Estágio, princípio geral de tratamento e descrição do foco do tratamento

Estágio	Princípio Geral	Sessões
1	Acolhimento e Preparação	1 a 4
Descrição: teve como principais objetivos a formação de vínculo e acolhimento. Envolveu conhecer o evento, a criança e os pais, estabelecendo conjuntamente diretrizes para o tratamento.		
2	Exploração e Auto Exposição	5 a 8
Descrição: buscou criar um ambiente propício e seguro para a revelação (ocorrida na décima sessão). Foram trabalhadas as expressões relacionadas ao trauma (raiva, culpa, medo, vergonha e isolamento) e sintomas de TEPT. Os pais foram instruídos para maior assertividade em caso de emergência de tópicos relacionados ao abuso.		
3	Enfrentamento	9-11
Descrição: objetivou trabalhar o abuso sexual sofrido e as suas consequências. Nesse caso, após a revelação, foram trabalhados os comportamentos identificados no estágio anterior, porém, enfatizando a quebra de ciclos dos comportamentos problemas. Comportamentos alternativos foram reforçados no consultório (a partir da fala e atividades lúdicas) e a domicílio (a partir da orientação feita aos pais)		
4	Reconstrução	12 a 14
Descrição: objetivou desenvolver capacidade de enfrentamento e compreensão (na medida do possível) do processo que vivenciou. Tentando reconstruir um caminho, no qual as lembranças do trauma vivido não sejam limitadoras em seu ciclo evolutivo.		
5	Autoproteção, Aprendizado e Encerramento	15-17 adicionadas 3
Descrição: visou a revisão dos comportamentos aprendidos e ampliação das habilidades de autoproteção, a fim de reduzir a possibilidade de uma futura revitimização. Incluiu-se psicoeducação a criança e aos pais sobre direitos da criança e adolescente, finalizando com feedback sobre todo processo.		

Os objetivos traçados nos estágios cumprem o papel de criar vínculo terapêutico, dessensibilizar a paciente, preparar para o tema e para revelação (se quiser), reconstruir a vida, e psicoeducar (conhecimento acerca do que é abuso, acerca do próprio corpo e redução da culpa). Além disso, o programa visa a estimular a autoproteção reforçando e criando repertório comportamental que evite novos episódios de vitimização.

Especificamente no caso reportado, o PAPI-ASI foi desenvolvido em 20 sessões, de 50 minutos, com frequência semanal. Além disso, considerando as questões dinâmicas da natureza desses atendimentos, nem todos os atendimentos aconteceram

conforme o previsto. Por exemplo, alguns aspectos impeditivos para o desenvolvimento das sessões foram enfermidades da criança, indisposições da criança em realizar as atividades ou mais lentidão para execução das tarefas propostas. Com isso, optou-se por tratar o programa a partir de objetivos de trabalho, flexibilizando a quantidade de atendimentos por estágio proposto no modelo original. Essa alteração oportunizou que o clínico observasse avanços mais consistentes em cada estágio antes de iniciar o próximo.

Os pais tiveram envolvimento durante todo o tratamento. Foram realizadas consultas conjuntas antes, na metade e no fim das vinte sessões. Além disso, antes de cada sessão os pais davam *feedbacks* sobre a semana e recebiam orientações de manejo dos comportamentos trabalhados naquele momento. Esses momentos de esclarecimentos de dúvidas e eventual apoio duravam até 20 minutos. Ao fim do tratamento, devido ao sofrimento relativo a situação, um dos pais também foi encaminhado para atendimento.

Procedimentos de coleta e instrumentos de avaliação de intervenção

Por se tratar de um estudo de caso com abordagem mista paralela convergente, a coleta de dados ocorreu de forma qualitativa e quantitativa. De maneira geral, essas avaliações ocorreram antes e depois do atendimento, considerando os seguintes instrumentos:

- *Child Behavior Checklist* – CBCL (Achenbach, 1991): trata-se do principal instrumento de medida do estudo, respondido de forma individual pelos pais no início e uma semana após a conclusão do tratamento. Trata-se de um questionário de avaliação comportamental dividido em duas partes. Na primeira, é mensurado o desempenho em atividades diárias, nas relações sociais e participação social e os escores são convertidos em escore T ($M = 50$, $DP = 10$) com indicação de melhores desempenhos quanto maiores os escores. Na parte final, são avaliados comportamentos desadaptativos a partir de 113

questões que indicam sua frequência em que o comportamento ocorre (0 nunca; 1 as vezes presente e 2 frequentemente presente). Os resultados dessas escalas são agrupados em oito síndromes clínicas e três escalas de ordem superior (internalizantes, externalizantes e total). Os resultados das subescalas e dos fatores são transformados em valores T com média 50 (DP = 10). Posteriormente, podem ser classificados em normal (até 60), limítrofe (de 61 até 69) e clínico (maiores que 70). Esse instrumento tem sido considerado um facilitador para a montagem de planos terapêuticos com base comportamental (Wielewicki, Gallo & Grossi, 2011).

- Entrevista clínica realizada com os pais: envolveu a recepção dos pais, bem como, anamnese inicial, avaliação da história de ASI e do processo judicial. Além disso, foi realizada uma entrevista semiestruturada para uma exploração dos sintomas e comportamentos percebidos pelos pais após o ASI. Nesse momento, pelo relato dos familiares, foi considerada a hipótese diagnóstica de TEPT. Outros comportamentos e sintomas de transtornos mentais foram observados, mas em níveis subclínicos, optando-se por monitorá-los a partir do CBCL (Achenbach, 1991). Essa mesma exploração de sintomas foi realizada com os pais ao fim do tratamento, para comparar o relato anterior e posterior.

Por fim, uma fonte de dados para o presente estudo foi a avaliação e percepções clínicas da terapeuta sobre o comportamento da criança nas consultas. Esse dado foi obtido a partir da transcrição dos conteúdos das sessões da gravadas. Inicialmente, o objetivo era que toda a intervenção fosse gravada por meio de vídeo para análise posterior, entretanto, a criança não se adaptou a tal procedimento, apresentando comportamentos evitativos quando percebia que a sessão estava sendo monitorada e, por isso, utilizou-se como fonte de informação a descrição detalhada de cada sessão.

Procedimento de análise de dados

Foram inicialmente realizadas análises de dados quantitativas, considerando a pontuação dos escores obtidos no CBCL a partir da resposta dos pais. Para aumentar a confiabilidade, o instrumento foi aplicado no pai e na mãe da criança e possíveis diferenças foram mensuradas. Com relação a eficácia do programa PAPI-ASI foram interpretadas alterações no escore T ($M=50$; $DP=10$). Nesse estudo, foram consideradas mudanças clinicamente significativas no CBCL tanto alteração qualitativa da classificação de um escore (e.g.: de clínico para limítrofe ou de limítrofe para prejuízo) quanto mudanças de 11 pontos ou mais na escala T da participante o que indicaria mudanças de tamanho de efeito moderado pela classificação de Cohen (d de Cohen $> 0,50$). O mesmo raciocínio foi empregado para averiguar diferenças entre o relato do pai e da mãe sobre a menina.

Adicionalmente, a averiguação dos resultados do processo terapêutico do ponto de vista quantitativo envolveu a avaliação de presença e ausência dos sintomas de TEPT por parte do clínico que foi a principal hipótese diagnóstica no início do tratamento. Diminuição de sintomas relacionados ao TEPT foram considerados marcadores de melhora da paciente e, portanto, da efetividade do PAPI-ASI.

Por fim, a etapa qualitativa ocorreu a partir do registro de interações realizado pela terapeuta ao final de cada sessão. A análise qualitativa foi complementada por meio do relato dos pais acerca de alteração dos comportamentos da criança no decorrer do processo. O procedimento de análise qualitativa teve como base os princípios propostos por Braun e Clark (2006). Os temas partem dos cinco estágios do PAPI-ASI, sendo apresentadas as observações sobre o comportamento da criança antes e após a intervenção. Em seguida, foram selecionadas da descrição da sessão unidades representativas (UR) para cada um desses temas.

Procedimentos éticos

Inicialmente o estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade (CAAE: 71374117.1.0000.8040). O caso submetido ao tratamento foi encaminhado por meio de um convênio entre Universidades e o Sistema Judiciário com o propósito de oferecer atendimento psicológico a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Este encaminhamento ocorre por determinação judicial ou via Ministério Público.

A notificação do caso foi realizada pelos pais da criança em uma delegacia especializada. Após acolhimento inicial por profissional da Psicologia, a vítima foi encaminhada para o PEEL. Os pais entraram em contato com a Clínica de Psicologia em questão, que, após análise do caso, os direcionou para o núcleo responsável por atendimentos advindos do PEEL (com formação em ASI). Ao realizar o primeiro contato com os pais, (antes do início da intervenção) os objetivos do estudo foram discutidos e os responsáveis tiveram a oportunidade de esclarecer eventuais dúvidas. Após esse momento, foram colhidas assinaturas nos termos de autorização de atendimento (TALE) e de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e a pesquisa iniciada.

Resultados

Avaliação quantitativa

Os principais desfechos para avaliação do PAPI-ASI, nesse estudo de caso, foram mudanças clinicamente significativas na comparação dos domínios do CBCL reportados nas avaliações pré e pós o tratamento pelo pai e pela mãe. Nesse sentido, os resultados revelaram que a aplicação do PAPI-ASI esteve associada a mudanças nos sintomas da criança após a terapia. Esses resultados foram descritos na Tabela 2.

Tabela 2

Resultados pré e pós testes – CBCL

Competências/ Comportamentos	Pai		Mãe	
	Pré (Escore T)	Pós teste (Escore T)	Pré teste (Escore T)	Pós teste (Escore T)
<u>Atividades</u>	45	56	43	45
Social	46	50	48	48
Escola	46	46	46	46
Total das Competências	44	52	44	46
<u>Ansiedade/depressão</u>	65	51	63	51
Isolamento	52	52	56	52
<u>Queixas somáticas</u>	57	53	61	50
Problemas sociais	50	51	52	52
Pensamentos problemas	54	51	54	51
<u>Falta de atenção</u>	55	55	68 (b)	59
Comportamento de quebrar regras	50	50	52	50
Comportamento agressivo	50	50	57	50
<u>Problemas Internalizantes (1)</u>	61 (b)	48	62 (b)	46
<u>Problemas Externalizantes (2)</u>	41	34	56	34
Total dos Problemas (1 e 2)	52	46	61 (b)	48
Problemas afetivos	50	50	52	50
Problemas de ansiedade	59	51	59	51
<u>Problemas de somatização</u>	56	56	61	50
<u>Problemas de déficit de atenção e hiperatividade</u>	55	55	73 (c)	60
Problemas de transtorno desafiador opositor	51	50	59	50
Problemas de conduta	50	50	52	50

Nota. b = faixa clínica limítrofe Borderline; c = Intervalo clínico; valores destacados indicam mudanças significativas nos critérios adotados

De maneira geral, os resultados da comparação entre pré e pós teste obtidos de ambos os pais demonstram que, após a aplicação do PAPI-ASI, nenhum dos índices previamente classificados como clínicos ou limítrofes se mantiveram nesse nível. Entre as mudanças, destaca-se a redução de problemas comportamentais internalizantes observada consistentemente pelo pai e pela mãe. Esse resultado se associa às reduções clinicamente significativas nas subescala de depressão e ansiedade que compõe esse escore.

Também pode se observar que mãe teve tendência de relatar maiores efeitos do tratamento na redução de problemas comportamentais. Ela reportou reduções significativas nas escalas de comportamentos externalizantes, desatenção e queixas somáticas. Em todos esses fatores, com exceção da subescala de problemas de atenção,

o pai também reportou mudanças, mas de menor intensidade. O pai, no entanto, observou mais mudanças no nível de atividades da filha do que a mãe. Essas diferenças podem ser explicadas pelos momentos de interação e relacionamento que cada um tem com a criança e, portanto, a visão que tem de seus comportamentos. Mas, cabe ressaltar que, no pós-teste, houve maior similaridade na resposta dos pais o que pode ser efeito de maior comunicação no curso do PAPI-ASI.

Avaliação clínica de sintomas

Como desfechos adicionais, foram avaliados dados da entrevista clínica (com pais), do comportamento nas sessões e da transcrição de parte das sessões. Na avaliação clínica inicial, a partir do relato dos pais e da criança, foram identificados os seguintes sintomas/comportamentos: isolamento, pesadelos, evitação, episódios de dissociação, ansiedade, medo, insegurança, dificuldade para realizar/terminar tarefas, crenças distorcidas sobre si mesma, hipervigilância, problemas para concentrar-se e agressividade. Além disso, alguns sintomas que correspondem ao TEPT foram reportados no CBCL por ambos os pais. Por isso, foi levantada a hipótese diagnóstica de TEPT para melhor ilustração dos dados obtidos no pré e pós teste relacionados ao TEPT, a Tabela 3 traz o detalhamento dos sintomas critérios para o diagnóstico conforme DSM 5.

Em relação aos sintomas apresentados, embora a criança tivesse sete anos durante a intervenção, os episódios de abuso ocorreram quando ela tinha cinco e seis anos de idade. Assim, optou-se por apresentar as características dos sintomas conforme indicado para crianças de seis anos ou menos conforme DSM 5. Essa indicação foi para manter uniformidade da avaliação e pertinência com os dados descritos entre as avaliações. Observa-se nesse caso, que diante da avaliação clínica, ao término da intervenção, houve redução dos sintomas apresentados. O resultado apresentado pelo CBCL é compatível com a avaliação de comportamentos realizada

durante as sessões da intervenção, nas quais foi possível observar a evolução da paciente progressivamente, conforme foram sendo realizadas.

Tabela 3

Lista de sintomas de TEPT infantil no DSM 5 e avaliação do clínico

Sintomas	Pré	Pós
Grupo 1 - Sintomas intrusivos relacionados ao trauma		
- Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático (em crianças inclui brincadeiras repetitivas)	Presente	Ausente
- Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e /ou a emoção do sonho estão relacionados ao evento traumático	Presente	Ausente
- Reações dissociativas (p. ex., <i>flashbacks</i>) nas quais a criança sente ou age como se o evento traumático estivesse acontecendo novamente.	Presente	Ausente
- Sofrimento intenso ou prolongado ante a exposição a sinais do evento traumático.	Ausente	Ausente
- Reações fisiológicas intensas a lembranças do evento traumático	Ausente	Ausente
Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando com a ocorrência do trauma ou Alterações negativas em cognição e no humor associadas		
- Evitação de cognições e afetos associados ao evento traumático	Presente	Ausente
- Evitação de pessoas e situações que tragam recordações do evento traumático.	Presente	Presente
- Frequência maior de estados emocionais negativos	Ausente	Ausente
- Interesse ou participação diminuídos em atividades significativas, incluindo brincar.	Presente	Ausente
- Comportamento socialmente retraído	Presente	Ausente
- Redução persistente na expressão de emoções positivas.	Ausente	Ausente
Alterações na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento.		
- Comportamento irritadiço ou surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação)	Ausente	Ausente
- Hipervigilância	Presente	Ausente
- Respostas de sobressalto exageradas	Ausente	Ausente
- Problemas de concentração	Presente	Ausente
- Perturbação do sono	Presente	Ausente

Observação de atendimentos e dados qualitativos

Os responsáveis inicialmente reportaram diversos sintomas e comportamentos indesejáveis no repertório da criança. Alguns deles, foram observados durante os atendimentos, ora por meio de relatos da paciente ora por meio de atividades lúdicas.

Ao término da intervenção, na entrevista de finalização, os responsáveis afirmaram ter percebido mudanças positivas no comportamento da criança. Entre os principais pontos mencionados estão a redução na frequência em roer unhas, maior

facilidade em manter o foco nas atividades em desenvolvimento, redução de pesadelos, diminuição nos comportamentos de ansiedade, maior entusiasmo em participar de atividades diárias e redução em episódios de agressividade (Tabela 4).

Discussão

Intervenções psicoterápicas para vítimas de ASI são fundamentais para mitigar os efeitos negativos dessa violência em todos os níveis de desenvolvimento (Norman et al., 2012, Papalia, Mann, & Ogloff, 2020). Estudos que aperfeiçoem as técnicas existentes e que busquem novas estratégias são importantes para subsidiar com evidências os profissionais que atendem as vítimas, as auxiliando a superar as sequelas deixadas pela violência (Mathews & Collin-Vezina, 2019). Nesse sentido, ainda há carência desse tipo de investigações sobre intervenções em países em desenvolvimento (McTavish et al., 2021). Por isso, o presente estudo teve como objetivo apresentar e descrever a aplicação do PAPI-ASI uma intervenção para crianças vítimas desse tipo de violência.

Tabela 4

Unidades representativas sobre o comportamento da criança antes e após cada estágio da PAPI-ASI

Estágios da PAPI-ASI	Antes	Depois
(1) Acolhimento e Preparação	Extremamente retraída, dificuldades para manter um diálogo, comportamento evitativo, dificuldade em criar e manter vínculos.	Apresenta vínculo terapêutico, demonstra confiança na terapeuta, facilidade em manter diálogo em explicar seus pensamentos, sentimentos e ideias, reduz comportamento evitativo.
UR	<i>“apenas respondeu ao que havia sido solicitado em voz extremamente baixa, tendo inclusive que solicitar que ela repetisse o que havia falado”.</i>	<i>“a atividade do dia era brincar (...), a criança topou na hora, sorriu e disse ‘vamos, vamos’”. “Perguntei então quais emoções ela havia sentido, e ela respondeu: ‘alegria, raiva, medo e susto’”.</i>
(2) Exploração e Auto Exposição	Apresentava comportamentos de aversão, ansiedade, insegurança, medo entre outros.	Demonstrava mais segurança para expor suas ideias, sentimentos e falar sobre o abuso sofrido. Apresentou redução de comportamentos de medo, ansiedade, vergonha e raiva.
UR	<i>“após a criança contar que a polícia havia ido na casa de sua avó, relatou não se lembrar do motivo”.</i>	<i>“Falei então para ela pegar o desenho do tio, ela então rasgou, amassou e jogou no lixo. Ela disse ‘pronto, pronto’. Então bati palmas e disse: ‘Pronto, acabamos com o que fez mal’, ela disse ‘todos viveram felizes para sempre’”.</i>
(3) Enfrentamento	Presença de comportamentos, (embora menos frequentes que no início da intervenção, ainda persistiam) de angústia, medo, insegurança, ansiedade e falta de atenção.	Comportamentos mais focados e assertivos frente a diferentes situações, redução na frequência dos comportamentos alvo.
UR	<i>“liguei o vídeo e ela ficou brincando e não estava prestando atenção, então disse para cumprir nosso acordo para brincarmos após o fim das nossas atividades”.</i>	<i>“a criança foi até o quadro escrever suas historinhas, disse que havia feito a história do ‘gordão’, e que ele havia feito mal para a ‘Mel’. Então, a Mel se defendeu chamando quem confiava [...]”</i>
(4) Reconstrução	Presença de sentimento de culpa, distorções do fato ocorrido	Presença de comportamentos autoconfiantes, clareza sobre os fatos ocorridos, comportamentos assertivos.
UR	<i>“Porque será que ele queria mostrar pra ela?” (terapeuta se referindo ao tio). “eu não sei... acho que porque ela é menina”</i>	<i>“(...)ela me olhou e disse que iria responder, que ela lembrava do que o tio tinha feito e que responder essa pergunta tinha sido muito difícil”.</i>
(5) Autoproteção, Aprendizado e Encerramento	Desconhecia assuntos como rede de proteção, habilidades de defesa, direitos da criança, abuso infantil, entre outros relacionados a temática.	Adquiriu conhecimentos e habilidades para enfrentar a realidade por ela vivida, assim como conhecimentos sobre seus direitos como criança.
UR	<i>Pais da criança: “ela não tem conhecimento ‘nenhum’ acerca de sexo...”</i>	<i>“Então retomei sobre como ela poderia fazer para se defender, em situações que se sentisse mal, ou em perigo. Ela disse que tinha que gritar, correr, pedir socorro ir atrás de algum adulto de confiança e chamar a polícia.”</i>

Nota. UR – Unidade Representativa

O PAPI-ASI é um programa psicoterápico de abordagem cognitivo-comportamental que está em desenvolvimento no Brasil. O presente estudo caso reporta a primeira aplicação dessa intervenção e trouxe contribuições para seu aprimoramento, bem como, as primeiras evidências da utilidade de sua aplicação. A concepção inicial do PAPI-ASI envolvia um programa único para ser aplicado a crianças e a adolescentes. Entretanto, durante essa aplicação, houve necessidade de adaptações por conta da etapa desenvolvimental da participante e especificidades de seus comportamentos. A necessidade de mudança de alguns elementos estruturais do PAPI-ASI como o número de sessões e tipos de atividades, não impede que o presente estudo de caso seja considerado um nível inicial de evidência dessa intervenção. Nesse sentido, a manutenção do roteiro e dos objetivos também contemplam princípios gerais de práticas baseadas em evidência psicoterapia (Leonardi & Meyer, 2015).

Nesse contexto, para alcançar os objetivos propostos nos estágios da intervenção, o programa passou por adaptações sendo estendido em número de sessões (16 para 20 sessões) e tempo de algumas delas (de 50 até 90 minutos). Essa alteração pode estar vinculada à dificuldade que crianças com problemas comportamentais apresentam em expressar suas emoções. Essa capacidade é uma das peças fundamentais no processo terapêutico, sendo vinculada a construtos como o autocontrole, a autoestima e a possibilidade de criar vínculos afetivos (Moura & Azevedo, 2000). Nesse caso, um dificultador da aliança terapêutica nas primeiras sessões foi a expressividade emocional da paciente.

Para avaliar o progresso da paciente e, por consequência, os efeitos do programa foram considerados diversas fontes de informação, tanto quantitativas (resposta ao CBCL de ambos os pais), como qualitativas (observação da consulta e entrevista). Essa triangulação de dados confere mais confiabilidade aos resultados (Creswell & Clark, 2013) e está de acordo com a necessidades de que sintomas de TEPT em crianças sejam observadas através de diversos métodos (Grant et al., 2020; Hambrick et al., 2014). Nesse sentido, o relato dos pais sobre comportamentos de

irritabilidade e problemas de concentração, são fontes importantes de informação, pois são mais frequentes do que os dados fornecidos pelas crianças (Grant et al., 2020). Além disso, ao reportar a redução desses sintomas do ponto de vista qualitativo e quantitativo obtêm-se evidências da eficácia do tratamento sobre o quadro.

O principal desfecho do estudo pode ser considerado o resultado do CBCL (Achenbach, 1991) em que ambos os progenitores relataram mudanças clinicamente significativas em sintomas internalizantes e de depressão e ansiedade (tamanho de efeito moderado). Esses dados são corroborados pela avaliação qualitativa durante as consultas em que inicialmente se apresentava uma criança introspectiva com dificuldade de verbalizar qualquer assunto, alternando comportamentos de isolamento com comportamentos de esquiva (afirmava não lembrar de nada que lhe era perguntado). A evolução da participante foi perceptível, ela passou a verbalizar, manter diálogo constante, interagir durante as atividades propostas, demonstrar interesse em concluí-las e exibir confiança para tratar assuntos diretamente relacionados aos episódios de abuso sofrido.

Os dados obtidos neste estudo corroboram resultados de outros estudos que apresentaram evidências de eficácia da TCC em casos de abuso sexual infantil, independentemente da aplicação individual ou grupal (Allen & Hoskowitz, 2016; Hébert & Daignault, 2014; Steil et al., 2011). Apesar da similaridade dos resultados, diferenças culturais entre centros desenvolvidos e os conduzidos no Brasil podem permear a intervenção de psicoterapia. Por isso, a comparação mais próxima a ser feita é com o estudo do programa SUPERAR que também demonstrou a efetividade no Brasil em uma estrutura de intervenção através de estudos de casos (Schneider & Habigzang, 2016). Nesse sentido, ambos estudos mostram a adequação de intervenções para vítimas de ASI no Brasil e representam estágios iniciais de desenvolvimento da intervenção a que se propuseram através de estudos de caso.

Um ponto adicional a ser desenvolvido no PAPI-ASI é a formalização ou implementação de um programa conjunto de suporte aos pais. Apesar da proposta inicial conter a previsão de suporte para os pais, percebeu-se que a necessidade de encontros era maior ao esperado e, inclusive, um dos pais precisou ser encaminhado para a psicoterapia ao fim dos encontros. Estudos como o de Hébert e Daignault (2014) apresentam um acompanhamento mais próximo dos pais, orientando e medindo desfechos de sofrimento psicológico e de TEPT também nos pais. Uma possibilidade alternativa seria sugerir a utilização de um programa de desenvolvimento de habilidades parentais em paralelo ao tratamento da criança. Estudos como o *ACT Raising Safe Kids Program* (Silva, 2011) mostram resultados positivos com mudanças estruturais nas relações familiares. A literatura é consistente em demonstrar que essa abordagem auxilia no desenvolvimento de uma rede de proteção efetiva na prevenção de maus-tratos contra crianças e adolescentes (para revisão ver Desai, Reece, & Shakespeare-Pellington, 2017).

No que tange às limitações do presente estudo, a ausência de controle experimental e a realização de um estudo de caso diminuem a confiabilidade e a possibilidade de replicação dos resultados. Além disso, parte das evidências colhidas são trazidas pelo próprio profissional que pode apresentar algum viés, mesmo que minimizado com a triangulação de dados. Por isso, como sugestão para futuros estudos a fim de dar mais robustez aos resultados seria a implementação estudos de série de casos, com controle de grupo de espera e a utilização de *follow-up* para averiguar a manutenção dos resultados a longo prazo. Entretanto, cabe salientar que estudos de casos são importantes estratégias que constituem uma etapa inicial no processo de evidências de efetividade de intervenções psicoterápicas (Schneider & Habigzang, 2016). Nesse sentido, apesar de apresentar limitações, pode se afirmar que a intervenção alcançou os objetivos projetados, obtendo resultados positivos do ponto de vista da criança, na avaliação dos pais e na percepção clínica por parte do

profissional. Além disso, o estudo apresentou potenciais ajustes na intervenção que também poderão ser implementadas em futuros estudos. Por fim, o PAPI-ASI mostrou-se uma ferramenta promissora, capaz de nortear profissionais envolvidos com essa demanda em futuro próximo.

Referências

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist 4–18 and profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Allen, B., & Hoskowitz N.A. (2016). Structured Trauma-Focused CBT and Unstructured Play/Experiential Techniques in the Treatment of Sexually Abused Children: A Field Study with Practicing Clinicians. *Child Maltreatment*, 22(2), 112 – 120. doi: 10.1177/1077559516681866
- American Psychiatry Association – APA. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª ed). Porto Alegre: ArtMed.
- Collin-Vézina, D., & Milne, L. (2019). Child sexual abuse: An overview. *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Retrieved from <http://www.child-encyclopedia.com/maltreatment-child/according-experts/child-sexual-abuse-overview>
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2013). *Pesquisa de Métodos Mistos* (2ed). Porto Alegre: Penso.
- Desai, C. C., Reece, J., & Shakespeare-Pellington, S. (2017). The prevention of violence in childhood through parenting programmes: a global review. *Psychology, Health, & Medicine*, 22(1), 166-186. doi: 10.1080/13548506.2016.1271952
- Fontana, I. C. R. (2019). *Desenvolvimento de uma intervenção psicoterápica para crianças vítimas e abuso sexual* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba.
- Grant, B. R., O’Loughlin, K., Holbrook, H. M., Althoff, R. R., Kearney, C., Perepletchikova, F., Grasso, D. J., Hudziak, J. J., & Kaufman, J. (2020). A multi-method and multi-informant approach to assessing post-traumatic stress disorder (PTSD) in children. *International Review of Psychiatry*, 32(3), 212-220. doi: 10.1080/09540261.2019.169721
- Habigzang, L. F., Stroehrer, F. H., Hatzenberger, R., Cunha, R. C., Ramos, M. S., & Koller, S. H. (2009). Cognitive behavioral group therapy for sexually abused girls. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 70-78. doi: 10.1590/s0034-89102009000800011
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830-839. doi:10.1016/S2215-0366(19)30286-X

- Hambrick, E. P., Tunno, A. M., Gabrielli, J., Jackson, Y., & Belz, C. (2014). Using multiple informants to assess child maltreatment: concordance between case file and youth self-report. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 23*(7), 751-771. doi: 10.1080/10926771.2014.933463.
- Hébert, M. & Daignault, I.V. (2014). Challenges in treatment of sexually abused preschoolers: A pilot study of TF-CBT in Quebec. *Sexologies 24*(1), 21-27. doi: 10.1016/j.sexol.2014.09.003
- Hohendorff, J. V., & Patias, N. D. (2017). Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo. *Barbarói, (49)*, 239-257. doi: 10.17058/barbaroi.v0i49.9474
- Izdebska, A. (2021). Personality Disorders in Adult Female Child Sexual Abuse Survivors: Dimensions of Personality Pathology and Characteristics of Abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(23-24), NP13487-NP13516. <https://doi.org/10.1177/0886260520903136>
- Kim, S., Noh, D. & Kim, H. (2016). A Summary of Selective Experimental Research on Psychosocial Interventions for Sexually Abused Children. *Journal of Child Sexual Abuse, 25*(5), 597-617. doi: 10.1080/10538712.2016.1181692
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2015). Prática baseada em evidências em psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. *Psicologia: Ciência e Profissão, 35*, 1139-1156. doi: 10.1590/1982-3703001552014
- Li, D., Chu, C. M., & Lai, V. (2020). A developmental perspective on the relationship between child sexual abuse and depression: a systematic and meta-analytic review. *Child Abuse Review, 29*(1), 27-47. doi: 10.1002/car.2592
- Loinaz, I. C, Bigas, N. F., N., & Sousa, A. M. D. (2019). Comparing intra and extra-familial child sexual abuse in a forensic context. *Psicothema, 31*(3), 271-276. doi: 10.7334/psicothema2018.351
- Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2019). Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, & Abuse, 20*(2), 131-148. doi:10.1177/1524838017738726
- McTavish, J. R., Santesso, N., Amin, A., Reijnders, M., Ali, M. U., Fitzpatrick-Lewis, D., & MacMillan, H. L. (2021). Psychosocial interventions for responding to child sexual abuse: A systematic review. *Child abuse & neglect, 116*, 104203. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104203
- Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. (2020). Ministério divulga dados de violência sexual contra crianças e adolescentes. Retrieved from <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/maio/ministerio-divulgados-de-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes>
- Moura, C.B., & Azevedo, M.R.Z.S. (2000). Estratégias lúdicas para uso em terapia comportamental infantil. Em: R. C. Wielenska, (org.) *Sobre comportamento e*

- cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos, pp 63-170. Santo André: Esetec.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), 1–31. doi: 10.1371/journal.pmed.1001349
- Papalia, N., Mann, E., & Ogloff, J. R. P. (2020). Child sexual abuse and risk of revictimization: Impact of child demographics, sexual abuse characteristics, and psychiatric disorders, *Child Maltreatment*, 26(1),74-86. doi: 10.1177/1077559520932665
- Passarela, C.M., Mendes, D.D. & Mari J.J. (2010). A systematic review to study efficacy of cognitive behavioral therapy for sexually abused children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(2). 60-65. doi:10.1590/S0101-60832010000200006
- Pereda, B. N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2) 191-201. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77813509005>
- Quenan, N. N. E & Dominguez G.C.S. (2013). Sexual Child Abuse: Epidemiology and a Study of Pediatrician Case Management before and after Supplementary Training. *Pediatría. Asunción*, 40(2), 126. Retrieved from http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032013000200003&lng=en&tlng=
- Schneider, J.A. & Habigzang, L.F. (2016). Aplicação do programa cognitivo-comportamental Superar para atendimento individual de meninas vítimas de violação sexual: estudo de casos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34 (3), 543-556. doi: 10.12804/apl34.3.2016.08
- Silva, J. (2011). *ACT Raising Safe Kids Program*. MetLife Foudation/American Psychological Association.
- Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N., & Bohus, M. (2011). Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Sexual Abuse: A Pilot Study of an Intensive Residential Treatment Program. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 102-106. doi: 10.1002/jts.20617
- Steine, I. M., Winje, D., Skogen J. C., Krystal, J. H., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Nordhus, I. H., Gronli, J., Pallesen, S. (2017). Posttraumatic symptom profiles among adult survivors of childhood sexual abuse: a longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 67, 280-293. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.03.002
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., & van Ijzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50. doi:10.1002/car.2353

- Wekerle, C., Wolfe, D. A., Cohen, J. A., Bromberg, D. S., & Murray, L. (2019). *Childhood maltreatment* (2nd ed.). Hogrefe Publishing.
- Wielewicki, A.; Gallo, A. E. & Grossi, R. (2011). Instrumentos na prática clínica: CBCL como facilitador da análise funcional e do planejamento da intervenção. *Temas em Psicologia*, 19(2), 513-523. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751438014.pdf>

Submetido em: 02.08.2021

Aceito em: 07.10.2021