

## **Projeto Acolher: caracterização de pacientes e relato do atendimento psicológico a pessoas sexualmente vitimadas**

**Eliane Regina Lucânia**

*Hospital de Base (FUNFARME), Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP - SP*

**Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki**

*Hospital de Base (FUNFARME), Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP - SP*

**Neide Aparecida Micelli Domingos**

*Hospital de Base (FUNFARME), Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP - SP*

### **Resumo**

Violência sexual é um grave problema de saúde pública que atinge desde recém-nascidos a idosos. O objetivo deste estudo foi caracterizar as vítimas de violência sexual atendidas no Projeto Acolher do Hospital de Base entre dezembro/2001 e outubro/2007 e apresentar o fluxograma de atendimento: entrada na emergência do Hospital, encaminhamento ao Projeto Acolher e acompanhamento psicológico. Método: a coleta dos dados foi realizada a partir do prontuário que contém o protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual atendidas no Projeto Acolher. Resultados: foram identificados 118 atendimentos, a maioria (n: 108) do sexo feminino, principalmente adolescentes e adultos jovens. O protocolo prevê atendimento imediato médico e psicológico e encaminhamento ao Projeto Acolher para continuidade da assistência. Conclusão: a maioria das pessoas atendidas é do sexo feminino, confirmando dados da literatura. O atendimento psicológico é fundamentado no modelo cognitivo-comportamental, um modelo referência no atendimento de violência sexual.

**Palavras-chave:** Violência Sexual, Incidência, Saúde da Mulher, Violência Contra a Mulher, Estatística.

## **The Shelter Project: Characterization of patients and psychological therapy to sexual abuse victims**

### **Abstract**

Sexual violence is a serious public health problem, and victims age vary from the new-born to the elderly. The objectives of this study were: to characterize victims of sexual violence registered at The Shelter Project developed at Hospital de Base between December/2001 and October/2007; and to present how the Project works from the moment the victim gets to the Hospital Emergency, is referred to the Shelter Project and receives psychological therapy. Method: Data was collect from patient's record which contains the protocol used with victims of sexual violence seen at the Shelter Project. Results: 118 victims were identified; 108 were women, mainly adolescents and young adults. The Shelter Project protocol foresees medical and

---

Endereço para correspondência: Laboratório de Psicologia e Saúde da FAMERP (Eliane Lucânia) - Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416. Vila São Pedro. 15090.000, São José do Rio Preto, SP. Tel. 17-3201-5842; Fax: 17-3201-5704. E-mail: elucania@bol.com.br.

Agradecimentos: Eliane Lucânia foi bolsista FUNDAP e FUNFARME; M.Cristina O. S. Miyazaki e Neide A. Micelli Domingos são bolsistas do CNPq. As autoras agradecem à equipe do Projeto Acolher e à psicóloga do CRAMI, Sueli Z. P. Barison pelas valiosas contribuições.

psychological immediate assistance at the hospital and continuity of the assistance at the outpatient clinic. Conclusion: Most victims were women, which is in accordance with literature. Psychological assistance is based on CBT (Cognitive-Behavior-Therapy), a reference model in psychological assistance for sexual abused persons.

**Keywords:** Sexual violence, Incidence, Women's health, Violence against women, Statistics.

A violência sexual ou atividade sexual não consentida é um grave problema de saúde pública. Além de violar direitos humanos, pode acarretar graves prejuízos para a saúde das vítimas, como problemas físicos e psicológicos imediatos e/ou tardios. Atinge ambos os sexos, todas as faixas etárias, grupos sociais, étnicos, diferentes níveis sócio-econômicos, educacionais e religiosos. Entretanto, as vítimas mais frequentes são do sexo feminino, principalmente crianças, adolescentes e mulheres jovens (Gomes, Falbo Neto, Viana, & Silva, 2006; Ribeiro, Ferriani, & Reis, 2004; Faundes, Rosas, Bedone, & Orozco, 2006; Schraiber, D'oliveira, & Couto, 2006; Inoue & Ristum, 2008). A violência sexual contra a mulher é baseada no gênero, com origem no desequilíbrio de poder entre homens e mulheres (Faundes et al., 2006; Giffin, 1994).

De acordo com o contexto onde ocorre, a violência sexual pode ser intra ou extrafamiliar. Na primeira, abusador e abusado convivem no mesmo ambiente, sendo o abusador frequentemente um membro da família nuclear (pai, mãe, padrasto, madrasta) ou da família extensiva (avós, tios, primos). Este tipo de violência é sub-relatado, e não é raro que ocorra contra crianças, mulheres e idosos no mesmo contexto familiar. A violência sexual extrafamiliar é cometida por pessoa que não faz parte da família mas pode ser conhecida da vítima, e é o tipo de violência sexual denunciada com maior frequência (Laks, et al., 2006; Pires & Miyazaki, 2005; Araújo, 2002; Morales & Schramm, 2002).

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a cada ano, cerca de um milhão de crianças em todo o mundo sofrem abuso sexual (Agência de Notícias dos Direitos da Infância – ANDI, 2003). A Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA) identificou, entre 1547 denúncias de abuso contra crianças e

adolescentes, que em 76% dos casos as vítimas eram do sexo feminino, 52% tinham entre 7 e 14 anos, 37% tinham menos de seis anos e 11% eram adolescentes com idade entre 15 e 18 anos (Laks, Werner, & Miranda-Sá, 2006).

Uma análise das notificações compulsórias de suspeita de maus tratos contra crianças e adolescentes do município de São José do Rio Preto, SP (maio/2002 a novembro/2003), identificou que o terceiro tipo mais frequente de abuso contra crianças e adolescentes foi o sexual (14% das notificações, precedido por abuso físico com 25% das notificações e negligência com 51%). A faixa etária mais atingida situou-se entre cinco e nove anos, com vítimas principalmente do sexo feminino. Este número, entretanto, deve ser muito maior em função da subnotificação deste tipo de abuso (Pires, 2005).

Segundo Ribeiro, Ferriani e Reis (2004), a violência sexual atinge anualmente cerca de 12 milhões de vítimas do sexo feminino, de recém-nascidos a idosos. Embora não existam dados brasileiros globais acerca do fenômeno, estima-se importante sub-notificação dos casos, com menos de 10% chegando às delegacias (Lopes et al., 2004; Ribeiro et al., 2004; Aded, Dalcin, Moraes, & Cavalcanti, 2006). As vítimas geralmente não registram queixa por constrangimento, medo de interpretação dúbia do parceiro, familiares, colegas e autoridades, medo do interrogatório policial, do atendimento no Instituto Médico Legal (IML), da divulgação pela imprensa e de ameaças de vingança por parte do agressor (Ribeiro et al., 2004; Inoue & Ristum, 2008).

Para a vítima de violência sexual, as conseqüências podem ser múltiplas. Incluem comprometimento da saúde física e mental, traumas físicos (ex. ginecológicos), gravidez indesejada, risco de adquirir doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS. Além disso, vítimas de violência sexual são

mais vulneráveis a outros tipos de violência, transtornos sexuais, uso de drogas, prostituição, estresse pós-traumático, depressão, sentimentos de culpa, ansiedade, isolamento, estigma, baixa auto-estima e suicídio (Ribeiro et al., 2004; Inoue & Ristum, 2008).

Entre os problemas experimentados por crianças que sofreram abuso sexual estão dificuldade para discriminar e responder adequadamente a estímulos; distinguir entre afeto positivo e negativo ou condutas sexuais e não-sexuais; agressão; problemas de comportamento como enurese, encoprese, birras e choro; comportamento hipersexualizado; retraimento e dificuldades escolares (Habigzang & Caminha, 2004; Inoue & Ristum, 2008).

O impacto do abuso sexual sobre a vítima depende de vários fatores, como duração e grau da violência, presença de ameaça ou uso de força, diferença de idade e importância do vínculo afetivo desta com o agressor. Na infância, o impacto depende também do grau de segredo e ameaça contra a criança, idade no início do abuso e reação do adulto não-agressor após a revelação (Heflin & Deblinger, 1999; Heflin, Deblinger, & Fisher, 2004; Pires & Miyazaki, 2005).

O atendimento psicológico a vítimas de violência sexual possui características próprias, que o diferenciam do processo terapêutico em geral. Como se trata de um fenômeno complexo, com múltiplas variáveis, é imprescindível que os profissionais que atuam na área tenham formação continuada e específica, bem como apoio e supervisão frequentes. Atuar nesta área é geralmente importante fonte de estresse para os profissionais. Assim, é muito essencial que estes possam discutir e analisar suas atitudes e sentimentos em supervisões e discussões frequentes com seus pares (Habigzang & Caminha, 2004).

Como hospital de referência para São José do Rio Preto e região, o Hospital de Base recebe frequentemente vítimas de violência. Desde outubro de 1988, funciona junto ao Hospital o CRAMI (Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância de Rio Preto), cujo objetivo é tratar, prevenir e fornecer acompanhamento psicossocial para crianças, adolescentes e famílias vítimas de violência doméstica.

Em 2001, uma equipe interdisciplinar foi formada no Hospital para atender especificamente vítimas de abuso sexual, sendo este trabalho denominado Projeto Acolher. Esta equipe fornece atendimento de emergência para profilaxia de gravidez e DST/AIDS, e acompanhamento posterior para controle e prevenção das consequências físicas, psicológicas e sociais da violência.

O modelo cognitivo-comportamental, utilizado como referência no Serviço de Psicologia do Hospital de Base, também embasa o atendimento das vítimas de abuso sexual. Entretanto, independente do referencial teórico adotado pelo psicólogo, é imprescindível proporcionar um ambiente de aceitação, para que a vítima se sinta segura e acolhida (Knell & Ruma, 1999; Habigzang & Caminha, 2004).

O interesse em relatar o Projeto Acolher surgiu da experiência da primeira autora no atendimento a vítimas de violência sexual, bem como da escassez de relatos de modelos de avaliação e intervenção psicológica em violência sexual no Brasil. A maioria dos trabalhos sobre este tema no país enfoca questões relacionadas à incidência, à prevalência e às classificações (Pires, 2005; Pires & Miyazaki, 2005). Existe, portanto, carência de trabalhos que relatem especificamente o atendimento prestado. Neste sentido, este relato visa ampliar as discussões sobre este tipo de trabalho, contribuir para o desenvolvimento do conhecimento na área e para a formação e o aprimoramento dos profissionais que trabalham no campo.

A equipe interdisciplinar responsável pelo Projeto Acolher visa, além do atendimento às vítimas de abuso sexual, informar a população, divulgar o problema, auxiliar na prevenção deste tipo de violência e aumentar o número de notificações.

Com base nestas considerações serão relatados especificamente: 1) número de casos de violência sexual registrados no Projeto Acolher entre dezembro de 2001 e outubro de 2007, com caracterização das vítimas quanto a sexo e faixa etária; 2) caracterização do atendimento de rotina do Projeto Acolher: profissionais envolvidos e sua função, instrumentos utilizados na avaliação, intervenção e acompanhamento dos casos.

## Método

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-SP (parecer n° 009/2008).

As fichas de atendimento de rotina do Projeto Acolher (dezembro/2001 a outubro/2007) foram analisadas para obter informações sobre idade e sexo das vítimas. Estas foram categorizadas segundo o critério de idade estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente: criança é a pessoa com até 12 anos incompletos e adolescentes aqueles com idade entre 12 e 18 anos (Ministério da Saúde, 2006). Os adultos foram divididos em dois grupos: 19 a 30 anos e acima de 30 anos de idade.

A caracterização do atendimento de rotina prestado pelo Projeto Acolher inclui

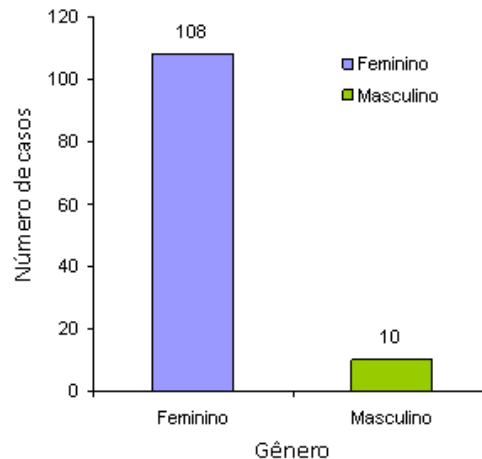
descrição do contato inicial da vítima com a instituição no Setor de Emergência, o atendimento ambulatorial pelo Projeto Acolher, os profissionais envolvidos no atendimento e suas respectivas funções, bem como os instrumentos utilizados para avaliar, intervir e acompanhar os casos.

## Resultados e Discussão

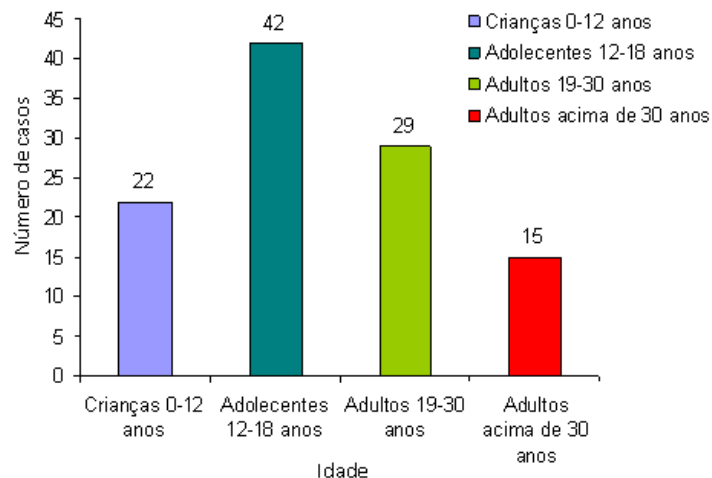
Entre dezembro de 2001 e outubro de 2007, 118 pessoas foram atendidas pelo

Projeto Acolher. Deste total de atendimentos, 108 vítimas eram do sexo feminino e 10 do sexo masculino (Figura 1).

Dos 108 pacientes do sexo feminino, 22 eram crianças, 42 adolescentes, 29 adultos entre 19 e 30 anos e 15 adultos com mais de 30 anos (Figura 2).



**Figura 1:** Distribuição das vítimas de violência sexual atendidas no Projeto Acolher de acordo com gênero entre dezembro/2001 e outubro/2007.



**Figura 2:** Distribuição das vítimas de violência sexual atendidas do sexo feminino atendidas no Projeto Acolher no período entre dezembro/2001 e outubro/2007 de acordo com a faixa etária.

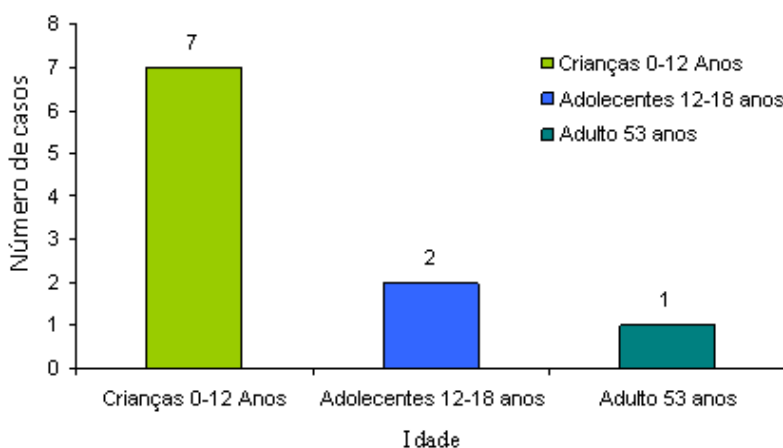
Dos 10 casos do sexo masculino, sete eram crianças com idade inferior a 12 anos, dois adolescentes e um adulto (53 anos). (Figura 3).

Estes dados são compatíveis com a literatura. Embora qualquer pessoa possa ser vítima de violência sexual, é no sexo feminino, principalmente entre adolescentes e mulheres jovens, que estão as vítimas mais freqüentes. (Gomes et al., 2004; Ribeiro et al., 2004; Faundes et al., 2006; Inoue & Ristum, 2008).

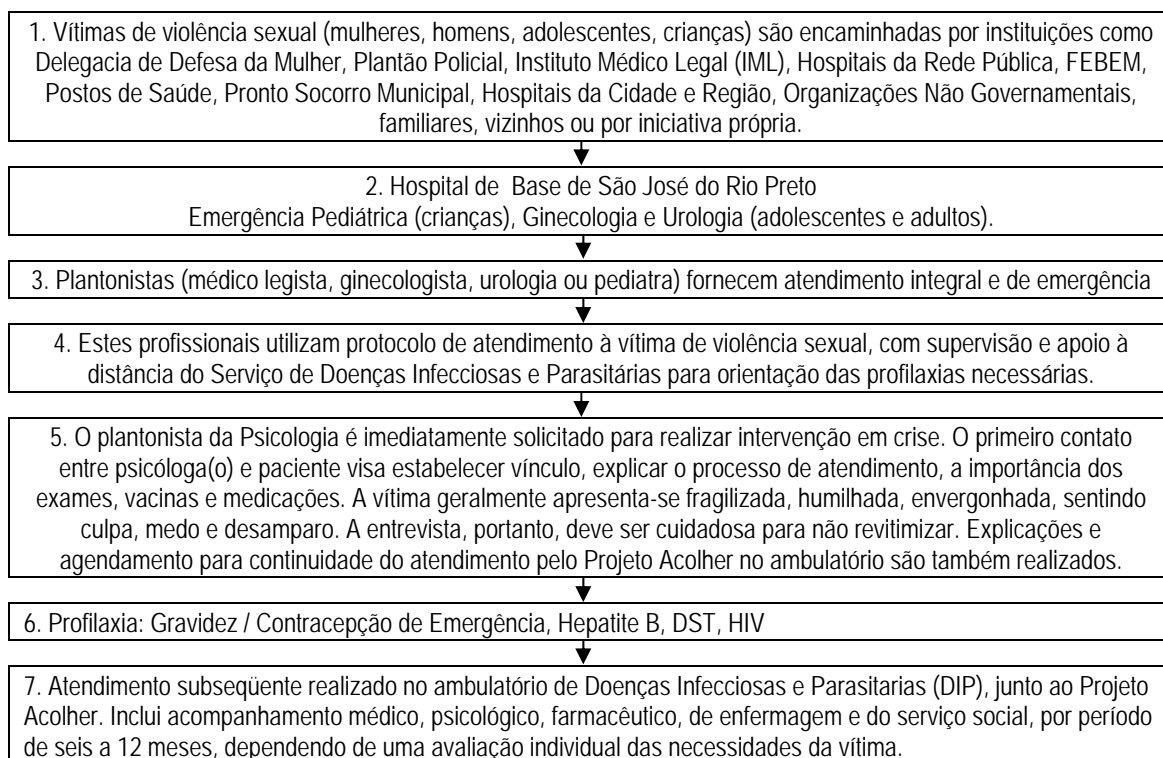
Dada a prevalência da violência sexual, as agências de saúde devem estar aparelhadas para prestar atendimento adequado ao problema, com profissionais treinados e supervisionados para a tarefa.

### Caracterização do Projeto Acolher

A Figura 4 sintetiza o atendimento prestado às vítimas de violência sexual pelo Projeto Acolher.



**Figura 3: Distribuição das vítimas de violência sexual do sexo masculino, de acordo com a faixa etária, atendidas no Projeto Acolher entre dezembro/2001 e outubro/2007.**



**Figura 4: Vítimas de violência sexual encaminhadas ao Hospital de Base, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP: Fluxograma do atendimento.**

**Tabela 1: Síntese do papel de alguns dos profissionais do Projeto Acolher do Hospital de Base.**

Profissional	Atividades desenvolvidas
Infectologista	Realizar avaliação clínica, solicitar exames, prescrever medicações quando necessário (ex. presença de infecções) e realizar acompanhamento clínico da paciente
Psicólogo	Estabelecer vínculo, fornecer suporte psicológico, realizar intervenção em crise; identificar sintomas/transtornos e conseqüências da violência sobre o funcionamento global da paciente; orientar sobre a importância da continuidade do acompanhamento psicológico.
Assistente social	Fornecer apoio e orientações à família quando o agressor é um familiar ou responsável pelo sustento familiar; notificar o Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e da Juventude, quando a vítima tem idade inferior a 18 anos; informar as mulheres sobre seus direitos legais, como denunciar criminalmente o agressor e interromper gravidez decorrente de estupro.
Enfermeira	Realizar coleta de exames; orientar cuidados em relação a ferimentos.
Farmacêutica	Dispensar medicação, orientar administração e possíveis efeitos colaterais.

Uma síntese do papel de alguns dos profissionais que integram o Projeto é apresentada Na Tabela 1.

Nos casos de gravidez decorrente de violência sexual em que se opta pela interrupção da gestação, um exame ultrassonográfico prévio é realizado para fornecer a idade gestacional. Quando a idade gestacional permitir (menos de 20 semanas), a paciente é encaminhada ao Hospital Pérola Byington, em São Paulo, para realizar o aborto. O transporte é providenciado por ambulância da Divisão Regional de Saúde.

Quando não for mais possível realizar o aborto (mais de 20 semanas de idade gestacional), a paciente recebe acompanhamento pré-natal especializado, acompanhamento psicológico e acesso aos procedimentos de adoção, se assim desejar (Ministério da Saúde, 2005).

De acordo com o decreto lei n° 2848 de sete de dezembro de 1940, art. 128, inciso II, do Código Penal, o aborto é permitido quando a gravidez resulta de estupro. A gravidez decorrente de estupro é quase sempre extremamente rejeitada pela mulher e muitas vezes vivenciada como uma

segunda violência, que frequentemente termina em aborto (Ministério da Saúde, 2005).

No Brasil e em outros países, onde a lei permite o aborto de gravidez decorrente de estupro, esta muitas vezes não é aplicada em função de barreiras médico-administrativas, que acabam restringindo o acesso da mulher ao aborto legal e seguro (Faundes, et al., 2006). Assim, é necessário viabilizar rotinas adequadas junto aos sistemas de saúde e judiciário, para que mulheres vítimas de violência sexual se beneficiem da legislação existente.

Kneel e Ruma (1999) sugerem, com base na literatura, uma abordagem mais diretiva e estruturada no trabalho com pessoas que sofreram abuso sexual. Estes aspectos são compatíveis com o modelo cognitivo-comportamental, que é estruturado, diretivo e orientado para objetivos. Além disso, este modelo permite conceituar o aprendizado social do desenvolvimento, manutenção e tratamento dos sintomas relacionados à violência, além de incorporar importantes componentes educacionais (Heflin & Deblinger, 1999).

No Projeto Acolher o atendimento psicológico inclui avaliação inicial, intervenção, avaliação final e *follow up*. Embora estas etapas estejam apresentadas separadamente, no decorrer do atendimento podem ocorrer de forma concomitante. Uma síntese dos objetivos e estratégias utilizadas pelo psicólogo na avaliação inicial está apresentada na Tabela 2.

As conseqüências psicológicas da violência sexual podem refletir-se no funcionamento diário, relacionamentos interpessoais e funcionamento sexual da pessoa que viveu esta experiência (Muran & DiGiuseppe, 2004). Deste modo, estratégias de enfrentamento que visem melhorar a qualidade do funcionamento destes pacientes são necessárias. As estratégias e técnicas utilizadas com maior freqüência no atendimento às vítimas de violência sexual, conforme a necessidade identificada em cada caso, serão apresentadas na Tabela 3.

Durante o processo de intervenção é importante realizar avaliação contínua do tratamento escolhido, para verificar sua efetividade e a necessidade de revisar ou mudar a intervenção.

Na avaliação final são verificadas as queixas iniciais, sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão. Em crianças e adolescentes, desenhos são novamente utilizados. A redução dos sintomas inicialmente apresentados é avaliada, bem como a aquisição de novos repertórios cognitivo-comportamentais. Esta avaliação permite comparar resultados pré e pós-intervenção e verificar a evolução da

paciente, a possibilidade de alta ou necessidade de continuar o acompanhamento psicológico.

Durante o período de *follow-up* são agendados encontros inicialmente quinzenais e posteriormente mensais. Este período visa identificar se há manutenção dos ganhos terapêuticos, generalização e manutenção dos novos repertórios cognitivos e comportamentais aprendidos.

Casos de violência sexual podem ser muito complexos e exigir aconselhamento periódico no *follow up*. Assim, paciente e família podem se sentir confortadas ao saber que os recursos terapêuticos estão disponíveis, caso sejam necessários (Heflin & Deblinger, 1999).

### Conclusão

Embora qualquer pessoa possa sofrer violência sexual, a maioria dos casos registrados envolve adolescentes e mulheres jovens. atendimentos baseados em evidências são necessários para nortear o trabalho de profissionais que atuam com vítimas de violência sexual. Sendo este um grave problema de saúde pública, com prejuízos para o desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos, mais pesquisas sobre tratamento, bem como seu impacto sobre os pacientes, são ainda necessários. Além disso, qualificar profissionais de saúde para fornecer um atendimento adequado e humanizado, bem como o desenvolvimento de estratégias educativas e de prevenção, são fundamentais para o manejo deste problema.

**Tabela 2: Avaliação psicológica inicial: objetivos e instrumentos.**

- 
- a) Objetivos: identificar e definir queixas específicas e prioritárias; levantar histórico de vida e familiar, inclusive história de violência sexual na família; identificar presença de sintomas e/ou transtornos mentais. Obter dados que permitam delinear intervenção com base nas necessidades identificadas. Estes dados são também utilizados como linha de base, para avaliar constantemente o impacto da intervenção.
- b) Estratégias e instrumentos utilizados: entrevista semi-estruturada com pacientes e familiares; critérios do DSDM-IV-R (APA, 2002) para Transtorno de Estresse Pós Traumático e Transtorno de Estresse Agudo; Inventário Beck de Depressão (Cunha, e cols., 2001) ou Inventário de Depressão para Crianças (Gouveia, e cols., 1995); Inventário Beck de Ansiedade (Cunha, e cols., 2001); desenhos para ajudar na revelação da situação de violência, auxiliar a expressar distorções cognitivas e avaliar o funcionamento familiar.
-

**Tabela 3: Estratégias e técnicas utilizadas com maior frequência no atendimento psicológico de pacientes vítimas de violência sexual.**

---

Treino em solução de problema: Alguns pacientes apresentam dificuldades na resolução de problemas e se beneficiam de uma instrução direta em resolução de problemas, onde aprendem a especificar um problema, projetar soluções, selecionar uma solução, aplicá-la e avaliar sua efetividade (Beck, 1997).

Treino em habilidades sociais: Tem como objetivo aprimorar a competência para atuar em situações críticas da vida. Ensina estratégias e habilidades interpessoais, com a intenção de melhorar a competência interpessoal e individual em situações sociais específicas. Envolve ainda, aprendizagem de um novo repertório de respostas (Caballo, 2002).

Treino em Respiração profunda como forma de relaxamento: A respiração profunda é explicada, demonstrada e praticada com o paciente, que é orientado a praticá-la em casa, como tarefa (Muran, DiGiuseppe, 2004; Calhoun e Resick, 1999). Este é ainda orientado a utilizar esta prática em situações de ansiedade ou humor negativo, quando não for possível realizar o relaxamento muscular completo.

Desempenho de papéis: O terapeuta modela o comportamento ou comunicação esperada e depois os papéis são invertidos. A cliente pratica uma resposta desejada a um problema, como por exemplo a comunicação com o parceiro sexual, a respeito de seus medos e desconfortos sexuais (Muran, DiGiuseppe, 2004).

Reestruturação cognitiva: As vítimas de violência sexual referem pensamentos disfuncionais de culpa, crenças de que o mundo é um lugar perigoso e de que ela é incompetente. A reestruturação cognitiva visa ensinar a vítima a identificar, avaliar e modificar pensamentos e crenças negativas e disfuncionais, por meio de questionamentos e busca de evidências (Muran, DiGiuseppe, 2004; Beck, 1997).

Parada de pensamento: Pensamentos do tipo "deve ter sido culpa minha", "Eu nunca mais serei a mesma", causam muito sofrimento. Interromper esses pensamentos permite terminar com auto-afirmações disfuncionais e pensamentos ruminativos, reações frequentes nestas pacientes. São orientadas a pensar em uma situação ou estímulo temido e o terapeuta interrompe com a palavra "Pare!". Esta repete primeiro em voz alta, depois aprende a usar a interrupção interna de pensamentos e a substituir o estado ansioso pelo estado de relaxamento (Muran, DiGiuseppe, 2004; Calhoun e Resick, 1999).

Autodiálogo: A paciente é treinada a concentrar-se em seu diálogo interno, avaliar cognições disfuncionais e substituí-las por cognições mais funcionais. Auto-afirmações adaptativas são ensinadas para o uso diante situações de ansiedade (Muran, DiGiuseppe, 2004; Calhoun e Resick, 1999).

Dessensibilização sistemática: Intervenção terapêutica que visa eliminar comportamento de medo e esquiva. É necessária uma análise comportamental e o desenvolvimento de uma hierarquia de situações temidas. Em seguida ensina-se ao paciente uma resposta contrária à de ansiedade (treino em relaxamento) e a conseqüente exposição ao estímulo temido. Pode ser feita através de imaginação e/ou ao vivo (Turner, 2002).

Apoio Social: Familiares e amigos podem desempenhar papel importante na recuperação da sobrevivente de violência sexual. Esta deve ser encorajada a identificar e buscar uma rede social de apoio, favorecedora de suporte emocional, companhia e auxílio em tarefas diárias (Range e Masci, 2001; Muran e DiGiuseppe, 2004; Inoue e Ristum, 2008).

Tarefas de Casa: A tarefa de casa é parte integral e não opcional da terapia cognitiva. Proporciona oportunidades para o paciente educar-se (biblioterapia), colher dados (registro de pensamentos automáticos, sentimentos e comportamentos), praticar a utilização de ferramentas cognitivas e comportamentais e experimentar novos comportamentos. Pode contribuir ainda para maximizar o que foi aprendido na terapia e conduzir a um aumento no sentimento de auto-eficácia. Pesquisadores verificaram que os pacientes em terapia cognitiva que fazem tarefas de casa progredem melhor na terapia do que os que não fazem (Heflin e Deblinger, 1999; Beck, 1997).

Bonecos Anatômicos: Bonecos que imitam a anatomia humana podem ser usados para facilitar a revelação da situação de abuso. Considerando que falar sobre a violência pode gerar muita ansiedade e desconforto, os bonecos são utilizados para facilitar este processo (Knell, Ruma, 1999).

Orientações: Quando uma criança ou adolescente sofre violência sexual, é relevante envolver no tratamento o progenitor não-ofensor, especialmente na presença de sintomas depressivos e/ou problemas de comportamento. Pais ou responsáveis devem ser orientados a evitar reagir exageradamente ou catastrofizar a situação, pois este tipo de resposta pode aumentar a ansiedade da criança ou adolescente e influenciar a forma de enfrentar a situação, uma vez que estes servirão de modelo com relação a como responder à violência (Heflin e cols., 2004).

Encaminhamento psicológico dos demais membros da família: Uma das maneiras mais efetivas para auxiliar crianças e adolescentes sexualmente abusados, é ajudar seus progenitores não-ofensores a superar dificuldades psicossociais, que impedem sua capacidade de serem terapêuticos e apoiadores com os filhos. Diante disso, é fundamental verificar a necessidade de encaminhamento psicológico para os outros membros da família, diante de dificuldades que os impeçam de serem terapêuticos e/ou apoiadores (Heflin e cols., 2004).

Educação sobre violência sexual: A educação é importante no sentido de oferecer aos pacientes informações adequadas a respeito de violência sexual. Principalmente com crianças, são relevantes informações sobre sexualidade saudável e habilidades quanto à segurança do corpo, prevalência, quem é atingido, quem é responsável pela violência, por que ele ocorre e como se sentem as pessoas sexualmente abusadas. Essas orientações podem ser importantes para reduzir sensação de isolamento e sentimentos de ser diferente dos demais (Heflin e Deblinger, 1999; Heflin e cols., 2004).

---

## Referências

- Aded, N. L. de O., Dalcin, B. L. G. da S., Moraes, T. M., & Cavalcanti, M. T. (2006). Abuso Sexual em Crianças e Adolescentes: Revisão de 100 anos de literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(4), 204-213.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR*. (C. Dornelles, Trad.) (4ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Agência de Notícias dos Direitos da Infância (2003). *O grito dos inocentes: os meios de comunicação e a violência sexual contra crianças e adolescentes*. São Paulo: Cortez.
- Araújo, M. F. (2002). Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*, 7, 3-11.
- Beck, J.S. (1997). *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Caballo, V. E. (2002). O Treino em Habilidades Sociais. In: Caballo, V. E. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 361-398) Editora Santos.
- Colhoun, K. S., & Resick, P. A. (1999). Transtorno do Estresse Pós-Traumático. In: D. H. Barlow (Org) *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos* (pp. 63 – 118). (2ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da Versão em Português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Faundes, A., Rosas, C. F., Bedone, A. J., & Orozco, L. T. (2006). Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28, 126-35.
- Giffin, K. (1994). Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1), 146-155.
- Gomes, M. L. M., Falbo Neto, G. H., Viana, C. H., & Silva, M. A. (2006). Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas em um Serviço de Apoio à Mulher, Recife. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 6(1), S27-S34.
- Gouveira, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F., & Gaião, A. A. (1995). Inventário de Depressão Infantil – CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 345-349.
- Habigzang, L. F., & Caminha, R. M. (2004). *Abuso sexual contra crianças e adolescentes: conceituação e intervenção clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Heflin, A. H., Deblinger, E., & Fisher, C. D. (2004). Abuso sexual da Criança. Em: F. M. Dattilio e A. Freeman (Org). *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise* (pp. 144-166). (2ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Heflin, A. H., & Deblinger, E. (1999). Tratamento de um adolescente sobrevivente de abuso sexual na infância. Em: M. A. Reinecke, F. M. Dattilio e A. Freeman (Org). *Terapia Cognitiva com crianças e adolescentes: manual para a prática clínica* (pp. 161-178). Porto Alegre: Artmed.
- Inoue, S. R. V., & Ristum, M. (2008). Violência Sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. *Estudos de Psicologia*, 25, 11- 21.
- Knell, S. M., & Ruma, C. D. (1999). Terapia do Jogo com crianças sexualmente abusadas. In: M. A. Reinecke, F. M. Dattilio e A. Freeman (Org). *Terapia Cognitiva com crianças e adolescentes: manual para a prática clínica* (pp. 277-295). Porto Alegre: Artmed.
- Laks, J., Werner, J., & Miranda-Sá, L. S. (2006). Psiquiatria forense e direitos humanos nos pólos da vida: crianças, adolescentes e idosos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(II), S80-S85.

- Lopes, I. M. R. S., Gomes, K. R. O., Silva, B. B., Deus, M. C. B. R., Galvão, E. R. C. G. N., & Borba, D. C. (2004). Caracterização da violência Sexual em mulheres atendidas no Projeto Maria-Maria em Teresina – PI. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 26, 111-116.
- Ministério da Saúde. (2006). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. (3ª ed.). Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2005). *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica*. (2ª ed. atual. e ampl.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Morales, A. E., & Schramm, F. R. (2002). A moralidade do abuso sexual intrafamiliar em menores. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7, 265-273.
- Muran, E., & DiGiuseppe, R. (2004). Trauma de estupro. In: F. M. Dattilio & A. Freeman (Org). *Estratégias Cognitivo-Comportamentais de intervenção em situações de crise* (pp. 132 – 143). (2º ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pires, A. L. D. (2005). *Avaliação das notificações compulsórias de suspeita de maus-tratos contra crianças e adolescentes do município de São José do Rio Preto (maio/2002 a novembro/2003)*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.
- Pires, A. L. D., & Miyazaki, M. C. O. S. (2005). Maus-tratos contra criança e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 12, 42-9.
- Rangé, B. P., & Masci, C. (2001). Transtorno de estresse pós-traumático. In: B. P. Rangé (Org). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. (pp. 257-274). Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, A. M., Ferriani, M. G. C., & Reis, J. N. (2004). Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 456-464.
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., & Couto, M. T. (2006). Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Revista de Saúde pública*, 40, 112-120.
- Hospital de Base de São José do Rio Preto – FUNFARME. (2001). *Serviço de Atendimento Integral à mulher Sexualmente Vitimada e Programa de Interrupção de Gravidez Prevista por Lei*. São José do Rio Preto – FUNFARME. Protocolo de Atendimento não publicado.
- Turner, R. M. (2002). A Dessensibilização Sistemática. In: V. E. Caballo (Ed.) *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 167-195). São Paulo: Editora Santos.

Enviado em Fevereiro de 2009  
 Revisado em Fevereiro de 2009  
 Aceite final Maio de 2009  
 Publicado em Dezembro de 2009

**Nota dos autores:** Eliane Regina Lucânia, psicóloga especialista em Psicologia da Saúde pela FAMERP. Serviço de Psicologia do Hospital de Base (FUNFARME) e Laboratório de Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP, S.P. Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki, doutora em Psicologia, Serviço de Psicologia do Hospital de Base (FUNFARME) e Laboratório de Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP, S.P. Neide Aparecida Micelli Domingos, doutora em Psicologia, Serviço de Psicologia do Hospital de Base (FUNFARME) e Laboratório de Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP, S.P.