

TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL EM CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Bruna Taiane Pavan¹; Cristina Pilla Della M²

¹ Graduanda do Curso de Psicologia. IMED. b.pavan@hotmail.com

² Orientadora. Mestre. Professora do Curso de Psicologia. IMED. cristina.meal@imed.edu.br

1. INTRODUÇÃO

Maus-tratos na infância, em todas as suas formas, é um fenômeno que atinge a vida de milhões de crianças e adolescentes no mundo todo. A violência sexual está presente em todos os níveis sociais e é considerada um problema de saúde pública (PEREDA *et al.*, 2009; WHO, 2002). A dinâmica da violência sexual reflete em uma gama de consequências às vítimas. Alguns agravantes existem e geram consequências negativas às vítimas, por exemplo, quando o/a perpetrador/a da violência é alguém conhecido/a da vítima/família, se o sexo do/a agressor/a é o mesmo que o da vítima, a diferença de idade entre a vítima e o/a agressor/a, e a presença ou não de penetração durante o episódio da violência sexual. (HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2012).

As possíveis consequências de sobreviver à violência sexual são várias. A resposta da família, cuidador/a ou responsável quanto a revelação da violência é um dos fatores mais importantes para a recuperação da vítima. Entre as possíveis consequências estão: problemas com drogas lícitas e ilícitas, hostilidade, transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtornos de personalidade, transtornos alimentares, transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), problemas de ajustamento psicológico, sexual e interpessoal, sintomas psicóticos, ideação e conduta suicida, entre outros (LISAK, 1994; HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2012).

Nove meninas e três meninos entre cem crianças já vivenciaram a experiência da violência sexual (Barth *et al.*, 2013). O Código de Ética do Psicólogo enfatiza em seus princípios fundamentais que o/a psicólogo/a trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO, 2014).

A terapia cognitiva comportamental (TCC) possui protocolos e estudos capazes de auxiliar no atendimento das vítimas de violência sexual (PASSARELA; MENDES; MARI, 2010). Esse estudo tem como objetivo analisar por meio de uma revisão sistemática, como a TCC pode auxiliar no tratamento das consequências geradas pela violência sexual. Cabe aos/as profissionais da saúde se prepararem para este tipo de demanda que pode aparecer tanto no consultório clínico quanto no ambiente escolar, hospitalar e social.

2. METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão sistemática integrativa. Tal revisão foi conduzida conforme a metodologia PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (Moher *et al.*, 2009). Pesquisou-se artigos por meio das bases eletrônicas LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PePSIC (Periódicos Eletrônicos de Psicologia) e Scielo (*Scientific Electronic Library Online*).

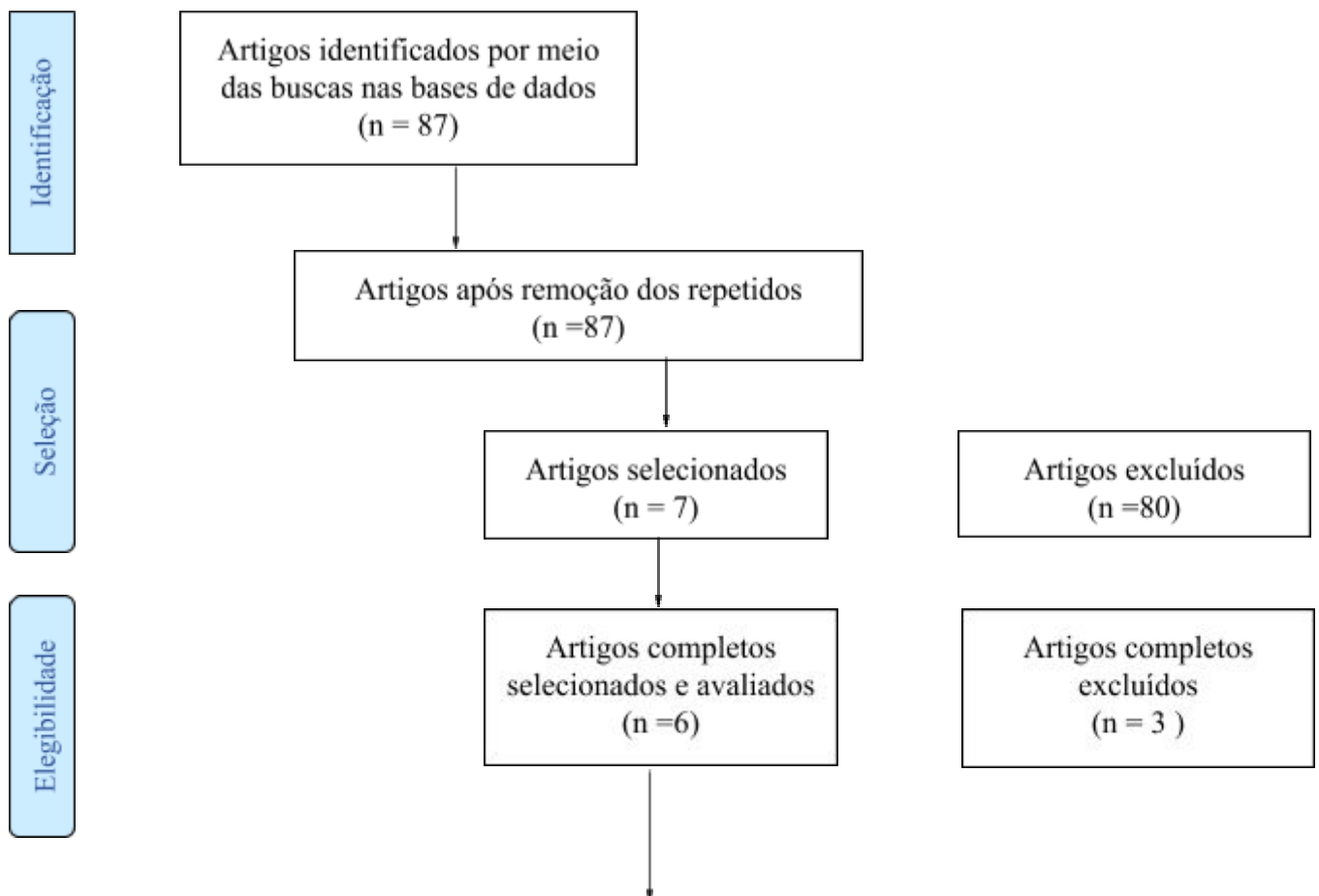
Como critérios de inclusão foram utilizados artigos dos últimos 10 anos, ou seja, no período de 2008 a 2018, disponíveis *online*, em língua portuguesa e inglesa. Foram excluídos artigos que não abordavam o tratamento ou sua aplicabilidade para crianças e adolescentes sobreviventes da violência sexual. Os descritores foram buscados em Descritores em Ciência da Saúde conforme termos do estudo. Utilizou-se os seguintes descritores em língua portuguesa: delitos sexuais OR violência sexual AND terapia cognitiva AND terapia comportamental OR terapia cognitiva comportamental; e em língua inglesa: *sex offenses* AND *cognitive therapy* AND *behavioral therapy* OR *cognitive behavioral therapy*.

Ressalta-se que a busca, análise e seleção dos artigos foram feitas de forma independente por duas pesquisadoras. Primeiro aplicou-se os descritores, dos resultados foi realizada a leitura do título e resumo dos artigos para posterior consenso. Quando os resumos não eram suficientes para esclarecimento dos objetivos do estudo, foram lidos na íntegra. Foi realizada uma análise e excluídos os artigos apresentados em duplicata e os artigos que não continham a aplicabilidade da TCC em casos de Violência Sexual.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca resultou em 87 artigos, sendo PePSIC (n=0), LILACS (n=62) e SciELO (n=35). Após a leitura dos títulos, resumos e textos completos na íntegra, conforme necessidade, aplicando os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 3 artigos para análise, conforme Figura 1.

Figura 1 – Busca realizada baseado nos critérios PRISMA (2009).



Estudos incluídos na
análise
(n = 3)

Os resultados dos artigos revisados foram apresentados de forma enumerada. Uma das inúmeras consequências nos/as sobreviventes da violência sexual é o transtorno de estresse pós traumático (TEPT). A TCC possui protocolos cientificamente testados para melhoria dos sintomas de TEPT. Esses resultados foram possíveis de se observar em um estudo de revisão (estudo 1 - PASSARELA; MENDES; MARI, 2010). Essa pesquisa analisa três diferentes estudos com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual com tratamento baseado em sessões individuais de TCC. Assim como no estudo 2 (LUCÂNIA *et al.*, 2009) porém, este refere-se a um estudo de caso. Os resultados de tratamento pela TCC são eficazes tanto na sessão individual, quanto na terapia em grupo, temática do estudo 3 (HABIGZANG *et al.*, 2016).

O estudo 1 analisa três diferentes estudos com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual com tratamento baseado em sessões individuais de TCC. As amostras eram de 260 meninas (79%) e 69 meninos (21%) com idade entre cinco e dezessete anos. O estudo 2 conta com um estudo de caso, de uma adolescente de 13 anos sobrevivente de uma tentativa de violência sexual. Enquanto no estudo 3, a amostra era de apenas meninas (n=103) com idades entre sete a dezesseis anos.

As principais técnicas de TCC utilizadas nos três estudos do estudo 1 foram: enfrentamento (*coping*), psicoeducação, exposição gradual, *body safety skills* e *role-plays*. As sessões foram semanais e variaram de 45 minutos à 1 hora e 30 minutos. Foram realizadas em média 12 sessões (PASSARELA; MENDES, 2010). Para o estudo 2 foram realizadas 45 sessões semanais, individuais, de 50 minutos cada (LUCÂNIA *et al.*, 2009). E no estudo 3 foram realizadas 16 sessões semi-estruturadas de terapias em grupo, semanais e com duração de 1 hora e 30 minutos. Aplicando instrumentos semi-estruturados para medir a diminuição dos sintomas entre o início da terapia *versus* final da terapia em grupo (HABIGZANG *et al.*, 2016).

Foi relatado em todos os estudos, a importância de estabelecer uma relação terapêutica de confiança, uma das bases no atendimento com a TCC. Assim como a de psicoeducar, encorajando cuidadores/as e filhos/as a direcionarem o conteúdo e a estrutura do seu próprio tratamento no decorrer das sessões, e validando suas experiências durante esse período (HABIGZANG *et al.*, 2016; LUCÂNIA *et al.*, 2009; PASSARELA; MENDES; MARI, 2010). O estudo 1 comparou a eficácia da TCC em um grupo só para crianças, um grupo familiar e um grupo sem tratamento, resultando em uma redução significativa nos sintomas de TEPT em todos os grupos (PASSARELA; MENDES; MARI, 2010). Da mesma forma, o estudo 2 comparou a eficácia do tratamento da TCC entre um grupo com sintomas de TEPT e um grupo controle, tendo como resultado na avaliação final uma diminuição significativa de pacientes que ainda possuíam sintomas de TEPT (LUCÂNIA *et al.*, 2009). O terceiro estudo evidencia que as crianças e os/as cuidadores/as participantes apresentaram superioridade significativa de desfecho em relação ao grupo controle (HABIGZANG *et al.*, 2016).

Para o plano terapêutico do estudo 2, foi incluída uma avaliação inicial, intervenção, avaliação final e *follow up*. O modelo cognitivo auxiliou a paciente na compreensão de seu funcionamento psicológico, desenvolvendo uma nova forma cognitiva por meio da modificação de crenças. Porém, devido ao funcionamento familiar alguns comportamentos se mantiveram. A autora enfatiza que o ajustamento pós-abuso é influenciado, conforme a resposta dos/as cuidadores/as quanto a revelação. Indicando acompanhamento familiar para se obter uma melhora mais significativa (LUCÂNIA *et al.*, 2009).

No estudo 3, realizou-se uma pesquisa para efetivar um protocolo de terapia em grupo baseada na TCC. Os grupos funcionavam em três etapas. Começando pela psicoeducação e reestruturação cognitiva (seis sessões); seguido de treinamento de inoculação de estresse (quatro sessões); e por fim, prevenção a recaídas (seis sessões). Mostrou efetividade na redução dos sintomas em todas as participantes dos grupos (HABIGZANG *et al.*, 2016).

4. CONCLUSÕES

Diante dos resultados apresentados, é possível mensurar a efetividade da TCC contra as consequências em ser sobrevivente de violência sexual para crianças e adolescentes. Mesmo que, em cenários diferentes (terapia em grupo *versus* terapia individual) com o tratamento tanto focado nos/as cuidadores/as quanto com os/as sobreviventes. A TCC deve ser utilizada e conhecida pelos/as psicólogos/as atuantes.

Estudos de revisão, assim como estudos de caso, tornam-se ferramentas muito úteis na prática psicológica. Para montar um plano terapêutico, obter resultados mensuráveis por meio da literatura traz mais eficácia nas intervenções, gerando melhores resultados no atendimento. Fica como sugestão para estudos futuros, mais publicações sobre a aplicação e avaliação da TCC para sobreviventes de violência sexual, tanto para crianças e adolescentes quanto para adultos. Estes estudos devem fomentar a pesquisa científica e servir de base para novas revisões além de auxiliar os profissionais em estudo sobre este tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARTH, J. *et al.* The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. **International journal of public health**, Bern, v. 58, n. 3, p. 469-483, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: 2014.

HABIGZANG, L. F. *et al.* Cognitive-behavioral group therapy for girl victims of sexual violence in Brazil: Are there differences in effectiveness when applied by different groups of psychologists? **Anales de Psicología/Annals of Psychology**, Murcia, v. 32, n. 2, p. 433-441, 2016.

LISAK, D. The psychological impact of sexual abuse: Content analysis of interviews with male survivors. **Journal of traumatic stress**, Boston, v. 7, n. 4, p. 525-548, 1994.

LUCÂNIA, E. L. *et al.* Intervenção cognitivo-comportamental em violência sexual: Estudo de caso. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 817-826, 2009.

PASSARELA, C. de M. ; MENDES, D. D. ; MARI, J. de J. Revisão sistemática para estudar a eficácia de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes abusadas sexualmente com transtorno de estresse pós-traumático. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 60-65, 2010.

MOHER, D. *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **Annals of internal medicine**, San Francisco, v. 151, n. 4, p. 264-269, 2009.

PEREDA, N. *et al.* The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. **Clinical psychology review**, New York, v. 29, n. 4, p. 328-338, 2009.

VON HOHENDORFF, J.; HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S.H. Violência sexual contra meninos: dados epidemiológicos, características e consequências. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 395-416, 2012.

WHO. **Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence**. Geneva: 2006.