

UNIVERSIDADE A POLITÉCNICA
ESCOLA SUPERIOR DE GESTÃO, CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS

Psicologia Clínica e Aconselhamento

Trabalho Do Fim De Curso

Intervenção Psicológica na Violência Sexual Infantil no Hospital Geral de
Mavalane: Um Estudo De Caso

Anna Ndiaye

Maputo, aos 6 de Novembro de 2015

Intervenção Psicológica na Violência Sexual Infantil no Hospital Geral de Mavalane: Um estudo de
Caso

Candidata: Anna Ndiaye

Supervisora: Maria do Céu

Tutor: José Ferrão Chacatoma

(Mestre Em Psicologia Médica)

Maputo, aos 6 de Novembro De 2015

PARECER DO TUTOR

Intervenção psicológica na Violência Sexual Infantil no Hospital Geral de Mavalane: Um estudo de Caso

Tutor: José Ferrão Chacatoma

Eu, **JOSÉ FERRÃO CHACATOMA**, na qualidade de supervisor do relatório de estágio da discente **Anna Ndiaye**, que realizou o seu estágio no Hospital Geral de Mavalane, subordinado ao tema Intervenção psicológica na Violência Sexual Infantil: Um estudo de caso, informa que o presente documento reúne os requisitos científicos, académicos e metodológicos mínimos exigidos para trabalhos desta natureza, igualmente, o tema que se propôs a estudar reveste-se de actualidade social e relevância científica, pelo que sou de parecer favorável que o mesmo seja aceite para a sua defesa pública perante o júri.

Relatório apresentado a Universidade
Politécnica como parte dos requisitos
de graduação e obtenção do grau de
Licenciada em Psicologia Clínica e de
Aconselhamento Psicológico

DEDICATÓRIA

Em primeiro lugar, dedico este trabalho a todas as crianças e mulheres sobreviventes da violência sexual, para que mantenham a coragem de lutar pelo seu bem estar e contra violência e a violação dos seus direitos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar, a minha mãe, Deolinda Xavier da Barca Ndiaye, pelo apoio incondicional, pela sua persistência e pela sua profunda dedicação aos meus estudos, e que sempre fez de tudo para que durante esse tempo nada me faltasse para que a minha formação fosse concretizada.

Em segundo lugar, o meu Pai, Papa Mbaye Ndiaye e ao meu querido avo Peter Johannes Croll, que mesmo longe sempre estiveram perto de mim dando força, carinho, motivação, coragem e conhecimentos para que eu pudesse terminar os estudos com sucesso. Obrigada por tudo!

O Dr José Ferrão Chacatoma, meu tutor, por ter garantido que o presente trabalho se desse por realizado. Agradeço a doutora Maria do Céu pela disponibilidade que ofereceu em todos os momentos do estágio. Ao doutor Hachimo Changane, por me ter orientado em várias ocasiões em que estive desorientada durante a elaboração do presente trabalho.

Gostaria também de agradecer, em geral, aos funcionários do Hospital Geral de Mavalane, mais especificamente os do Departamento da Pediatria, que me receberam com profissionalismo e me acompanharam ao longo do estágio, tornando a integração neste Departamento fácil e rápida. Pelas mesmas razões deixo expresso o meu grande apreço a todos os funcionários do HGM.

Muito Obrigada!

RESUMO

A violência baseada no género é uma violação dos direitos fundamentais do ser humano e constitui um problema sério de saúde pública. Tem impacto profundo na saúde física, sexual e mental da vítima, tanto no momento do acontecimento, como na sua vida futura.

A violência sexual, ocorre em todos os cenários culturais e níveis sociais e é uma triste realidade que as mulheres e crianças tem vivido no nosso país.

O presente relatório descreve o processo de estágio académico no âmbito das actividades curriculares de Licenciatura do curso de Psicologia Clínica e Aconselhamento pela Universidade Politécnica. O estágio foi realizado no Hospital Geral de Mavalane, tendo-se realizado de Setembro de 2014 até Novembro do mesmo ano.

O estágio teve como objectivo, fazer uma intervenção eficaz com as vítimas de violência sexual e proporcionar o melhor atendimento possível as mesmas.

A primeira fase do estágio da intervenção consistiu na observação e assistência das actividades. Esta fase limitou-se apenas a observação e ao enfoque nos conhecimentos, aconselhamento aos doentes, aplicação de testes, visando uma reestruturação cognitiva.

Na segunda fase da intervenção, continuou-se com o uso do método da observação e do aconselhamento.

Foram também aplicados uma bateria de testes para a avaliação psicológica, para avaliar diversas áreas como personalidade, medos, pânico, desconfiança, irritabilidade, distúrbios do sono, preocupações, que podemos anotar como mudanças do comportamento de vítimas de violência sexual.

Os resultados obtidos foram positivos. No fim do estágio, notou-se que a vítima cujo caso é tratado neste relatório estava a ter resultados positivos em relação as consultas. O outro resultado importante foi a união entre a teoria e da prática - o contacto com a realidade e o reconhecimento do papel da psicologia clínica no tratamento de casos de violência sexual. A estagiária testemunhou

como o aconselhamento psicológico é de extrema importância para a melhoria da vida da vítima e dos seus familiares.

A recomendação principal está relacionada com a intervenção psicológica. É de extrema importância que todas as vítimas de VS recebam atendimento psicológico imediato e até onde for necessário para minimizar quaisquer tipos de danos psicológicos – e que os profissionais envolvidos sigam todas as etapas claramente descritas e estabelecidas pelo referencial teórico, além da necessidade de se consultarem entre si para o estudo de casos difíceis ou apoio mútuo.

ABREVIATURAS

VS- Violação Sexual

VVS- Vitima de Violência Sexual

HGM- Hospital Geral de Mavalane

HDD- Hospital de Dia

CP- Consultas de Pediatria

DP- Departamento de Pediatria

MISAU- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

TCC- Terapia Cognitivo-Comportamental

US- Unidade Sanitária

HIV- Vírus de Imunodeficiência Humana

DTS- Doenças Sexualmente Transmissíveis

PPE- Profilaxia Pós Exposição Não Ocupacional ao HIV

US- Unidade Sanitária

SIAYV – Serviços Integrados para Atendimento as Vitimas de Violência Sexual

BDI – Escala de Depressão de Beck

BAI – Escala de Ansiedade de Beck

Índice

1.	Relação de Ilustrações.....	PG 11
2.	Delimitação da área de estagio.....	PG 12
3.	Problema e objectivos	PG 13
4.	Justificação.....	PG 15
5.	Fundamentação Teórica.....	PG 17
5.1.	Definição de conceitos.....	PG 17
5.2.	Tipos de Violência Sexual.....	PG 17
5.3.	Teorias da Violência Sexual.....	PG 19
5.4.	Causas da Violência Sexual.....	PG 22
5.5.	Os Impactos e consequências da violência sexual.....	PG 24
5.6.	Intervenção psicológica para vítimas da Violência Sexual.....	PG 27
5.7.	Terapia Cognitivo-Comportamental em Violência Sexual Infantil.....	PG 29
5.8.	Considerações Éticas no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de Violência Sexual.....	PG 30
5.9.	Intervenção psicológica de apoio a VVS.....	PG 30
6.	Metodologia.....	PG 35
6.1.	Unidade de Análise.....	PG 35
6.2.	Recolha de Dados.....	PG 35
6.3.	Descrição do que foi realizado.....	PG 38
6.4.	Descrição dos resultados.....	PG 41
7.	Conclusão.....	PG 45

8.	Recomendações.....	PG 46
9.	Bibliografia.....	PG 47
10.	Anexos	
	10.1 Anamnese	
	10.2 Escala de Depressão de Beck (BDI)	
	10.3 Escala de Ansiedade de Beck (BAI)	
	10.4 Teste HTP: Desenho da Casa, Família e Arvore	
	10.5 Organigrama do HGM	
	10.6 Perfil do Hospital e serviços	

RELAÇÃO DE ILUSTRAÇÕES**Lista de Tabelas**

Tabela 1: Atendimento integrado de vítimas de VS.....Pg 31

I. DELIMITAÇÃO DA ÁREA DE ESTAGIO

O estágio concentrou-se na área de Intervenção Psicológica e Aconselhamento direcionado às vítimas de violação sexual (VVS) na Pediatria do Hospital Geral da Mavalane. Os pacientes eram crianças e adolescentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os quatro e quinze anos de idade.

As intervenções consistiram num conjunto de actividades, a fim de ajudar as vítimas a manter ou a melhorar a sua saúde psicológica após o sucedido, nomeadamente:

- Estudo do “Guia para Atendimento Integrado às vítimas de Violência” do MISAU, para se inteirar dos procedimentos estabelecidos;
- Observação das actividades da psicóloga na área da violência sexual na Pediatria;
- Intervenções conjuntas (psicóloga responsável e estagiária);
- Intervenções individuais (apenas a estagiária, com supervisão da psicóloga responsável).

Como estagiária de Psicologia Clínica, procurava dar o apoio e o tratamento que as VVS precisavam, aplicando os conhecimentos teóricos, seguindo as recomendações da psicóloga responsável e o Guia do MISAU sobre o atendimento as VVS, para complementar o tratamento médico e passar a ver o acontecido de uma outra maneira.

II. PROBLEMA E OBJECTIVOS

1. Problema

O abuso sexual, em função da frequência de casos e consequências negativas tanto para o sujeito vitimado, como para a sua família, foi considerado como um grave problema de saúde pública (OMS,1999).

De acordo com Amazarray & Koller (1998) “o abuso sexual é uma temática complexa que perpassa diversas dimensões, desde situações específicas envolvendo perpetradores e vítimas, e questões familiares, sociais e culturais”. O mesmo autor, adianta que as características epidemiológicas indicam que o maior número de casos de VS ocorre na população feminina e tem origem intra familiar, sendo a faixa etária com maior incidência entre cinco e 10 anos de idade .

Apesar dos diferentes aspectos envolvidos, há consenso na compreensão do abuso sexual como uma situação traumática.

Segundo Prado & Feres-Carneiro (2005) “Há consequências sérias que são resultantes das experiências traumáticas de tais eventos, que afectam diversos aspectos do desenvolvimento cognitivo e emocional de crianças e adolescentes vítimas de tal violência”.

Cuidar de alguém que foi violada sexualmente, significa estar diante de alguém que precisa de uma atenção aumentada, quer para as suas necessidades fisiológicas quer para a compreensão do seu sofrimento psíquico, o que mobiliza de alguma maneira um conjunto de recursos internos do cuidador para fazer face a esta situação (Barros, 2009).

Em Moçambique, a maioria das VVS que se dirige ao hospital, recebe os cuidados e tratamento baseados no modelo biomédico, que na sua abordagem, considera apenas os factores biológicos como resultando do sucedido, e, por sua vez, determina os modos de tratamento como exclusivamente "médico" e “medicamentoso”.

Este modelo, tem-se mostrado limitado, porque muitas das VVS são afectadas não somente a nível físico, mas fundamentalmente a nível psicológico e emocional. Por isso, torna-se importante para um tratamento mais eficaz e eficiente o uso do modelo Bio-Psico-Social, que engloba desde os biológicos, psicológicos aos factores sociais e que se caracteriza pela inserção de outros profissionais de saúde, além do médico.

A violação sexual causa um grande impacto na vida da VVS e de toda família. Na fase inicial, as vítimas ficam em estado choque perante a situação e defendem-se negando a sucedido. Quando iniciam o tratamento, as vítimas encaram sentimentos de ansiedade e de dúvida, perante às mudanças que começam a ocorrer com o início do tratamento e suas recomendações.

Como refere a bibliografia sobre o tema, a falta de intervenções psicológicas (pós violação sexual) adequadas, aumenta a probabilidade de a VVS desenvolver distúrbios psicológicos e comportamentais, o que leva ao seguinte problema:

- A necessidade de envolver as intervenções psicológicas no quadro do tratamento das VVS, para apoiar as vítimas a enfrentar o ocorrido.
- A necessidade de garantir que todos os hospitais, clínicas, postos de saúde e instituições de saúde no geral, tenham profissionais especializados em saúde mental, e sobretudo consciencializar o sistema de saúde e as estruturas competentes do sector sobre a relevância da mesma.
- A necessidade de se realizarem intervenções de forma correcta e adequada à cada situação, pois não pode haver uma medida que sirva a todos os casos.

2. Objectivo Geral

Contribuir para a promoção de um bem estar psicológico de pacientes vítimas de abuso sexual, minimizando os possíveis distúrbios de comportamento.

2.1 Objectivos Específicos

- ✓ Avaliar os sintomas da ansiedade e depressão (caso existentes)
- ✓ Observar as praticas com a teoria e o Guião do MISAU
- ✓ Elaborar o desenho de intervenção psico-social e aconselhamento
- ✓ Identificar lacunas e elaborar recomendações para a melhoria das praticas

III. JUSTIFICAÇÃO

A motivação para escolha da área de Violação Sexual, teve a ver com o número alarmante de casos de VS que se tem registado em Moçambique, e a inexistência ou fraca qualidade do acompanhamento psicológico das vítimas.

Havendo cada vez mais vítimas deste fenómeno a se abrirem, a procura de ajuda médica tem aumentado, sobretudo devido as acções de sensibilização. No entanto, poucas vítimas recebem tratamento psicológico por várias razões (falta de psicólogo na unidade sanitária, desconhecimento dos procedimentos de tratamento das VVS por parte dos agentes da saúde, etc.). Infelizmente, muitas vítimas não sentem a necessidade de procurar tal ajuda e, por sua vez, há médicos que apenas se preocupam com o tratamento farmacológico e não com o acompanhamento psicológico da vítima.

Consoante um estudo nacional realizado e publicado em 2004 pelo Ministério da Acção Social, 54% das mulheres Moçambicanas são ou foram vítimas de violência física e sexual. Não se conhece cabalmente a prevalência da violência na criança, mas todos os profissionais de saúde são unânimes na afirmação de haver cada vez mais crianças violentadas procurando os serviços de saúde.

Assim, a VS torna-se um problema de saúde pública importante em Moçambique, além de constituir uma violação grave dos direitos humanos.

No entanto, as graves implicações das violações na saúde das vítimas ainda são ignoradas na maioria dos casos, tanto pelas vítimas, suas famílias, como pela população em geral.

Por esta razão, deu-se a importância aos casos de VS, durante o trabalho de estágio, a fim de aprender a lidar com este tipo de casos através da prática (aplicando os conhecimentos teóricos, observando os profissionais experientes em acção e realizando discussões sobre os casos reais de VS), com o objectivo de contribuir com soluções que mais se adequam ao tipo de vítimas.

A razão pela qual a estagiária escolheu o Hospital Geral de Mavalane (HGM) para o trabalho, tem haver com o facto desta instituição servir a uma zona densamente povoada e receber elevados números de pessoas vítimas de abuso sexual, oferecendo assim matéria suficiente e diversa para permitir uma prática enriquecida da estagiária.

Por outro lado, devido aos elevados números de vítimas que dão entrada no hospital, a instituição necessita de mais psicólogos clínicos, para melhor atender às VVS.

Foi um grande desafio para uma estagiária deparar-se com esta triste realidade durante o estágio - uma vez que até agora, não obstante os desenvolvimentos assinaláveis na área da psicologia em Moçambique, continuar-se a relegar o seu papel ao segundo plano, mesmo em casos mais graves cujo impacto psicológico é conhecido por médicos, familiares e outros intervenientes.

Não há dúvidas que acompanhamento psicológico ajuda a melhorar significativamente a qualidade de vida das VVS, a adaptação do ocorrido, a avaliar pelas respostas que a vítima poderá manifestar, considerando todos os sectores do seu funcionamento: afectivo relacional, produtividade, orgânico e sócio cultural.

Ao longo do curso de psicologia, entre muitas matérias, nutri muito interesse por matérias ligadas a psicologia da saúde e o seu papel no acompanhamento psicológico pós-violação, bem como a possibilidade de implementar várias estratégias que promovam o bem-estar e uma boa qualidade de vida das vítimas. O estágio permitiu pôr em prática as várias teorias aprendidas ao longo do curso, pois deu oportunidade de uní-las, o que beneficiou imenso no aumento da capacidade do estagiário como futuro psicólogo.

Espero, muito sinceramente, que com presente relatório os leitores em geral, os médicos, pacientes e familiares destes possam reflectir sobre esta realidade. E que os resultados contribuam também para discussões académicas e que outros estudantes encontrem possibilidades de mais estudos e pesquisas, para melhor aprofundamento.

IV. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Definição de conceitos

Violência - A Organização Mundial de Saúde define a Violência como o uso intencional de força física ou do poder, sob a forma da ameaça ou real, contra si mesmo, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulta ou tem grande probabilidade em resultar em lesão, morte, dano psicológico, alterações no desenvolvimento ou privações’.

Violência Sexual - É o uso da força física, ou ameaça de força ou coerção emocional para penetrar na vagina de uma mulher, orifício oral ou anal sem o consentimento. A violência pode ser uma ocorrência única ou pode acontecer varias vezes, também pode envolver o uso de álcool e drogas, tornando deste modo a mulher mais vulnerável. Também pode ser entendida como “penetração física forçada na vulva, ânus ou cavidade oral, usando o pênis partes do corpo ou objectos” (OMS, 2003).

Doenças Psicossomáticas - Também conhecidas como Somatização, as doenças psicossomáticas são problemas psicológicos que se transformam em doenças físicas. Ou seja, a pessoa tem problemas psicológicos e sofre tanto que o corpo acaba respondendo com alguma tipo de doença que realmente afecta parte do organismo.

Vítima - O termo **vítima** vem do latim *victimia* e *victus*, "vencido", "dominado".No sentido originário, vítima era a pessoa ou animal sacrificado aos deuses. Actualmente, a palavra vítima se estende por vários sentidos. No sentido geral, vítima é a pessoa que sofre os resultados infelizes dos próprios actos, dos outros ou do acaso.

Intervenção Psicológica – Perrez, Meinrad & Baumann, Urs (2005) definiram a intervencao psicologica como sendo toda forma de intervenção, ou seja, de tentativa de influenciar de maneira transitória ou definitiva o comportamento humano através do uso de meios psicológicos - ou seja, a influência se dá através de novas formas de comportamento e de experienciar o mundo.

2. Tipos de Violência Sexual

Conforme Kristensen et al. (2001, p. 110, citados por Pimentel & Araújo, 2006, p. 40), o Abuso Sexual divide-se nas seguintes categorias:

a) Incesto - qualquer relação de carácter sexual entre um adulto e uma criança ou adolescente, entre um adolescente e uma criança, ou ainda, entre adolescentes, quando existe um laço familiar, directo ou não, ou mesmo uma mera relação de responsabilidade.

b) Estupro - do ponto de vista legal, é a situação em que ocorre penetração vaginal com uso de violência ou grave ameaça.

c) Sedução - situação em que há penetração vaginal sem uso de violência em adolescentes virgens, de 14 a 18 anos incompletos.

d) Atentado violento ao pudor - circunstância em que há constrangimento de alguém a praticar actos libidinosos, sem penetração vaginal, utilizando violência ou grave ameaça, sendo que, em crianças e adolescentes de até 14 anos, a violência é presumida, como no estupro.

e) Assédio Sexual - propostas de contrato sexual; na maioria das vezes, há posição de poder do agente sobre a vítima, que é chantageada e ameaçada pelo agressor.

f) Exploração Sexual - é a inserção de crianças e adolescentes no mercado do sexo. Inclui a pornografia infantil e a prostituição.

De acordo com Habigzang, Koller, Azevedo e Machado (2005), a violência sexual pode-se dar de duas formas. Primeiramente, com contacto físico (com uso de força), através de toques (apalpamentos, penetração com os dedos), carícias, masturbação ou relações com penetração (genital ou anal). Segundo, sem contacto físico, englobando ligações telefónicas obscenas, ofensas ao pudor e voyeurismo, imagens pornográficas, assédio sexual e exibicionismo.

Assim, nos casos de VS de menores, o(a) agente agressor(a) é algum parente próximo à criança, que estabelece com ela uma relação de confiança e a envolve por intermédio de comportamentos manipuladores e coercivos. Nesse cenário, sobretudo nos casos de VS recorrente, muitas crianças se “adaptam” a esse sistema relacional, aos actos sexuais e aos maus-tratos, sofrendo uma síndrome de adaptação, o que dificulta ainda mais a revelação da mesma e perpetua o segredo (Cohen & Mannarino, 2000; Lamour, 1997).

É necessário que a criança confie no adulto para contar o que aconteceu, portanto, quando a violência é doméstica, ela se sente desprotegida e perde essa confiança (Saywitz, Mannarino, Berliner, & Cohen).

3. Teorias da Violência Sexual

Muitas teorias têm sido propostas para explicar a causa e a ocorrência da agressão sexual. Entender por que isso acontece é fundamental para o desenvolvimento de prevenções eficazes. Vejamos as principais abordagens teóricas:

3.1 A Abordagem Psicanalítica

A mais antiga explicação proposta para a ocorrência de abuso sexual era a teoria psicanalítica de Freud que derivou de seu trabalho clínico com clientes do sexo feminino que revelaram abuso sexual na infância, muitas vezes nas mãos de seus pais.

Freud foi o primeiro a postular que o trauma do abuso sexual na infância resultou em dano psíquico mais tarde. O psicanalista tomou a iniciativa de desacreditar os relatos de seus clientes, mas ele não podia negar os efeitos traumáticos ou dano psíquico que ele tinha observado. O que ele fez para explicar isso foi desenvolver suas teorias agora clássicas de desenvolvimento psico-sexual em que as construções teóricas de "inveja do pênis" e do "Complexo de Édipo" são centrais. Essas teorias afirmam que as crianças passam por uma fase de atração sexual por seus pais (os meninos por suas mães e meninas por seus pais).

Freud argumentou que a incapacidade de resolver com sucesso esta fase psico-sexual de desenvolvimento é que dá origem ao dano psíquico - ele observou em seus clientes que relataram abuso sexual na infância. Por outras palavras, ele desenvolveu um quadro teórico elaborado para negar a realidade do abuso sexual na infância e incesto.

O mesmo quadro teórico também serve para explicar o comportamento dos infractores em casos "comprovados" de agressão sexual ou incesto. Para agressões sexuais a teoria de que o comportamento dos infractores é o resultado da ansiedade de castração como um resultado da incapacidade de resolver o complexo de Édipo, que dá origem a sentimentos de inadequação sexual e a necessidade de ser sexualmente dominante.

Criminosos sexuais adultos são vistos como patologicamente perturbados e sexualmente pervertidos como resultado do desenvolvimento psico-sexual pobre. As distorções no desenvolvimento psico-

sexual dos agressores são vistos como o resultado da falha na criação dos filhos pela sua mãe.

Para explicar o incesto, Complexo de Édipo de Freud lança a filha como agente activo desejante que deseja seu pai a tornar-se seu objecto de amor. A criança é vista como 'sedutora' enquanto o pai é visto como o objecto passivo, inocente de sedução de suas filhas: um convite exibido abertamente que ele não pode deixar de agir de acordo. Esta normaliza os actos sexuais entre pais e filhos, vendo-os como natural e não abusiva e coloca a responsabilidade claramente sobre a criança 'vítima'.

Em resumo, o modelo psicanalítico tenta negar a realidade do abuso sexual na infância e incesto e nos casos comprovados coloca a culpa firmemente sobre a criança ou a mãe.

3.2 A abordagem da Precipitação Vítima

Esta abordagem considera criminosos e vítimas como parceiros interagem mutuamente quando a vítima, por meio de sinais, contacto visual, gestos e palavras, ou por estar presente em determinados locais ou estar sozinho às vezes estimule o estupro. Coisas como aceitar uma boleia para casa, respondendo de uma forma amigável na conversa, de aceitar um convite para jantar, visitando um amigo do sexo masculino em casa ou convidar um amigo do homem em sua própria casa pode ser mal interpretada ou intencionalmente racionalizada pelo autor como um sinal de consentimento para a relação sexual. Em outras palavras, uma mulher é estuprada porque ela não conseguiu se comunicar com precisão o seu desejo de não ter relações sexuais.

3.3 As Abordagens Psicológicas

Abordagens psicológicas para o que provoca agressão sexual centraram-se na agressor, em vez de sobre a vítima ou a família. Psicólogos têm focado sua atenção em dois níveis:

- Identificar um perfil de personalidade de criminosos sexuais.
- Em isolar as motivações dos agressores.

A busca de um perfil de personalidade de criminosos sexuais tem se concentrado em estabelecer a existência de traços de personalidade fixas e estáveis, que são preditivos de criminosos sexuais.

Em termos de motivações para o abuso, um achado comum foi que o álcool ou alcoolismo contribui para uma redução inibições internas à prática de actos e / ou incesto sexo. Controle de impulso

pobre também é visto como um problema comum. Em termos de criança criminosos de abuso sexual, foi estabelecida uma distinção entre o fixado e o abusador regressivo. O agressor fixado foi condicionado desde a infância e adolescência a ser principalmente sexualmente atraídos por crianças mais novas. Enquanto o abusador regressivo, abusos na resposta ao *Stress* o que exacerba sentimentos de inadequação existentes e prejudica o controle de impulso normal, permitindo assim que o abuso de ocorrer.

3.4 A Abordagem Feminista

As muitas limitações das abordagens anteriores significava que era necessário reinterpretação considerável das causas para a agressão sexual. Com o surgimento do movimento feminista nos anos 1960 e 70, as pessoas começaram a dizer de suas experiências de agressão sexual e assim uma identificação mais precisa do problema tornou-se possível. Esta vítima centrado consciência solicitado pesquisa e investigação em uma tentativa de abordar as questões-chave da agressão sexual. Em particular,

- Por que é os homens que estupram?
- Por que é as mulheres e crianças que são principalmente as vítimas de comportamentos sexualmente abusivos?

A abordagem feminista é uma análise sociológica que ao longo das últimas três décadas tem-se centrado em dois aspectos importantes e previamente ignoradas de agressão sexual.

- as relações de poder desiguais entre homens e mulheres e adultos e crianças;
- a responsabilidade abusadores para iniciar e / ou manter a agressão sexual.

Finkelhor argumenta existem quatro características distintas de socialização sexual masculina que predis põem os homens para abusar sexualmente de mulheres e crianças.

- a) Em primeiro lugar, os homens são socializados para expressar a sua dependência ou necessidades de intimidade através do sexo, e nem sempre foram incentivados a agir como cuidar dos filhos.
- b) Em segundo lugar, os homens tendem a ter o sexo como uma forma de reconfirmação quando seu ego encontrou qualquer tipo de rejeição.
- c) Em terceiro lugar, muitos homens experimentam a excitação sexual fora do contexto de um

relacionamento, mas são mais especificamente despertada e estimulada pelos órgãos genitais de seu objecto sexual preferida. Se estes pertencem a um adulto ou uma criança pode tornar-se, em grande parte irrelevante.

Finalmente, os homens são socializados para desejar parceiros sexuais que são mais jovens e menores do que eles mesmos.

Sendo assim a sua capacidade de afecto é diminuída, juntamente com a identidade masculina putativo, restringe a formação de relacionamentos genuínos, incentivando o contacto sexual apenas com mulheres submissas compatíveis que têm status inferior. Além disso, como identidade de género masculina é mais dependente do sucesso sexual do macho sexualmente inadequada pode preferir uma criança como um parceiro sexual para reforçar um ego adulto inadequada. Essa socialização torna o comportamento de exploração sexual masculina contra mulheres e crianças cada vez mais compreensíveis.

4. Causas da Violência Sexual

Causas da violência sexual são debatidas e explicações sobre a causa incluem a conquista militar, socioeconomia, raiva, poder, sadismo, o prazer sexual, psicopatia, padrões éticos, leis, atitudes para com as vítimas e as pressões evolutivas.

Anger Rape

Objectivo deste violador é humilhar, degradar e ferir sua vítima; eles expressam seu desprezo por sua vítima através de violência física e linguagem profana. Para esses violadores, o sexo é uma arma para se contaminar e degradar a vítima, o estupro constitui a expressão máxima de sua raiva. Este violador considera estupro a ofensa final eles podem cometer contra a vítima.

A VS de raiva é caracterizado pela brutalidade física, muito mais força física é usada durante o assalto do que seria necessário se a intenção fosse simplesmente para dominar a vítima e conseguir a penetração. Este tipo de agressor ataca sua vítima, agarrando, atingindo e derrubando a vítima no chão, batendo-lhes, rasgando suas roupas e estupra-las.

Power Rape

Para esses violadores, estupro torna-se uma forma de compensar seus sentimentos subjacentes de inadequação e alimenta suas questões de maestria, controle, domínio, força, intimidação, autoridade

e capacidade. A intenção do violador poder é afirmar sua competência. O violador poder depende de ameaças verbais, intimidação com uma arma, e usa apenas a quantidade de força necessária para subjugar a vítima.

Os violadores de energia tende a ter fantasias sobre conquistas sexuais e estupro. Eles podem acreditar que mesmo que a vítima inicialmente resiste a elas, uma vez que eles dominar a vítima, a vítima irá eventualmente apreciar o estupro. O violador acredita que a vítima se o que foi feito para eles, e eles podem até mesmo pedir a vítima para atingi-los para uma data posterior.

Porque esta é apenas uma fantasia, o violador não se sentir seguros por muito tempo ou por seu próprio desempenho ou resposta da vítima. O estuprador sente que eles devem encontrar uma outra vítima, convencido de que esta vítima será "o caminho certo".

Por isso, suas ofensas podem tornar-se repetitivo e compulsivo. Eles podem cometer uma série de estupros durante um curto período de tempo

A experiência para o infractor for uma que é de raiva e fúria consciente.

Gang Rape

Algumas formas de violência sexual, como estupro, são predominantemente cometida por homens jovens. Agressão sexual é frequentemente uma característica definidora da masculinidade no grupo e está significativamente relacionada com o desejo de ser tidos em alta estima. Sexualmente comportamento agressivo entre os homens jovens tem sido associada com membros de gangues e com pares delinquentes. A pesquisa também sugere que os homens com os colegas sexualmente agressivos também são muito mais propensos a relatar coercitiva ou relação sexual forçada fora do contexto gangue do que os homens falta colegas sexualmente agressivos. Gang estupro é muitas vezes visto pelos homens envolvidos, e às vezes por outras pessoas também, como legítima, na medida em que é vista a desencorajar ou punir comportamento imoral percebida entre as mulheres, tais como usar saias curtas ou frequentar bares.

Por este motivo, não pode ser equiparado pelos perpetradores com a ideia de um crime. Em várias áreas em Papua Nova Guiné, as mulheres podem ser punidas por estupro colectivo público, muitas vezes sancionada pelos mais velhos.

Factores Individuais

1. Vítima Conhecida

Segundo Helse L and Moore K, 1995, os dados sobre os indivíduos sexualmente violentos mostram que a maioria dirige seus actos aos indivíduos a quem eles já conhecem.

2. VS facilitada pelo uso de Drogas

Facilitada por drogas agressão sexual, também conhecido como predador estupro, é uma agressão sexual realizado após a vítima ter se tornado incapacitado devido a ter consumido bebidas alcoólicas ou outras drogas. O álcool tem um efeito psico-farmacológico de reduzir as inibições, nublando julgamentos e prejudicando a capacidade de interpretar pistas. As pessoas são mais propensas a agir violentamente quando estava bêbado, porque eles não consideram que eles vão ser responsabilizados pelo seu comportamento. Algumas formas de violência sexual grupo também estão associados com a bebida.

5. Os Impactos e Consequências da Violência Sexual

Sinais corporais:

- ✓ Doenças psicossomáticas, que são uma série de problemas de saúde sem aparente causa clínica, como dores de cabeça, erupções na pele, vômitos e outras dificuldades digestivas que têm, na realidade, fundo psicológico e emocional.
- ✓ Doenças sexualmente transmissíveis, diagnosticadas em coceira na área genital, infecções urinárias, odor vaginal, corrimento ou outras secreções vaginais e anais e cólicas intestinais.
- ✓ Dificuldade de engolir devido à inflamação causada por gonorreia na garganta ou reflexo de engasgo hiperactivo e vômitos (por sexo oral).
- ✓ Dor, edema, lesão ou sangramento nas áreas da vagina ou ânus a ponto de causar, inclusive, dificuldade de caminhar e sentar.
- ✓ Ganho ou perda de peso
- ✓ Traumatismo físico ou lesões corporais, por uso de violência física.

Sinais comportamentais:

- ✓ Medo ou pânico de certa pessoa ou sentimento generalizado de desagrado quando é deixado sozinho em algum lugar com alguém.
- ✓ Medo do escuro ou de lugares fechados.
- ✓ Mudanças extremas súbitas e inexplicadas no comportamento, como oscilações no humor entre retraída e extrovertida.
- ✓ Mal estar pela sensação de modificação do corpo e confusão de idade.
- ✓ Regressão a comportamentos infantis, como choro excessivo sem causa aparente, Enurese (xixi na cama) e chupar dedos.
- ✓ Tristeza, abatimento profundo ou depressão crónica. Fraco controle de impulsos e comportamento autodestrutivo ou suicida.
- ✓ Baixo nível de auto-estima e excessiva preocupação em agradar os outros.
- ✓ Vergonha excessiva, inclusive de mudar de roupa na frente de outras pessoas.
- ✓ Ansiedade generalizada, comportamento tenso, sempre em estado de alerta, fadiga.
- ✓ Comportamento disruptivo, agressivo, irritabilidade, raivoso, principalmente dirigido contra irmãos e um dos pais não incestuoso.
- ✓ Alguns podem apresentar transtornos dissociativos na forma de personalidade múltipla.
- ✓ Depressão
- ✓ Problemas de aprendizagem escolar

Sexualidade

- ✓ Interesse ou conhecimento súbitos e não usuais sobre questões sexuais.
- ✓ Desenvolvimento de brincadeiras sexuais persistentes com amigos, animais e brinquedos.

- ✓ Masturbar-se compulsivamente
- ✓ Desenhar órgãos genitais com detalhes além de sua capacidade etária.

Hábitos, cuidados corporais e higiênicos

- ✓ Abandono de comportamento infantil, de laços afectivos, de antigos hábitos lúdicos, de fantasias, ainda que temporariamente.
- ✓ Mudança de hábito alimentar – perda de apetite (anorexia) ou excesso de alimentação (obesidade).
- ✓ Padrão de sono perturbado por pesadelos frequentes, agitação nocturna, gritos, suores, provocados pelo terror de adormecer e sofrer abuso.
- ✓ Aparência descuidada e suja pela relutância em trocar de roupa.
- ✓ Resistência em participar de actividades físicas.
- ✓ Frequentes fugas de casa

Envolvimento em prostituição infanto-juvenil

- ✓ Uso e abuso de substâncias como álcool, drogas lícitas e ilícitas.

Relacionamento social

- ✓ Tendência ao isolamento social com poucas relações com colegas e companheiros.
- ✓ Relacionamento entre crianças e adultos com ares de segredo e exclusão dos demais.
- ✓ Dificuldade de confiar nas pessoas à sua volta
- ✓ Fuga de contacto físico
- ✓ O surgimento de objectos pessoais, brinquedos, dinheiro e outros bens que estão além das possibilidades financeiras da crianças/adolescente e da família pode ser indicador de favorecimento.

6. Intervenção Psicológica para Vítimas de Violência Sexual

A intervenção terapêutica em casos de abuso sexual em crianças e adolescentes é complexa e precisa ser planejada considerando o impacto desta experiência para o desenvolvimento da vítima e da sua família, mudanças no ambiente imediato destas, disponibilidade de rede de apoio social e afectiva e factores de risco e protecção associados. Conforme apresentado anteriormente, as crianças e os adolescentes são impactados de forma singular por experiências sexualmente abusivas. Dessa forma, tratamentos em diferentes modalidades (individual, familiar, grupo, farmacológico), bem como diferentes níveis de cuidados, podem ser necessários para diferentes crianças ou pela mesma criança em diferentes tempos (Saywitz et al., 2000). Alguns aspectos gerais do tratamento e estudos recentes sobre a efectividade das intervenções estão brevemente apresentados a seguir:

Vínculo terapêutico e objectivos centrais do tratamento

No tratamento da criança ou adolescente, independentemente do referencial teórico que fundamenta a intervenção, é necessário criar um ambiente de segurança e aceitação para que a criança adquira confiança e comece a se comunicar. O terapeuta deve buscar reverter os sentimentos de desespero, desamparo, impotência, aprisionamento, isolamento e auto-acusação, frequentemente apresentados pela criança. O resgate da auto-estima e da esperança é fundamental, pois o abuso distorce a visão da criança do que a vida pode lhe oferecer. O trabalho do terapeuta consiste em transformar o ocorrido em uma influência para a vida, ao invés de ser obstáculo, motivando a criança a crescer e ver o futuro com esperança. O processo de resolução do trauma implica que a criança ou adolescente relembre, repita e re-experencie o trauma (Zavaschi et al., 1991).

Tempo de tratamento

O número de sessões de psicoterapia necessário para crianças e adolescentes que experienciaram algum evento traumático e desenvolveram transtorno do *stress* pós-traumático é um factor que ainda deve ser pesquisado (Cohen, 2003). O tempo de intervenção clínica pode variar devido ao referencial teórico que a fundamenta e aos factores relacionados com a história de abuso e consequências desta para a vítima. Um estudo realizado para verificar factores associados ao tempo que as crianças vítimas de abuso sexual permanecem em terapia e factores que contribuem para abandono do tratamento por estas constatou que as variáveis relacionadas com o abuso mostraram-se se fortemente correlacionadas com o número de sessões. Foi constatado que quanto mais cedo iniciaram os abusos, mais sessões de terapia foram necessárias. A psicopatologia decorrente do

abuso também foi associada ao tempo de permanência em tratamento. Quanto maior a intensidade dos sintomas, maior o tempo de tratamento, sendo que depressão e comportamento agressivo ou delinquente foram altamente correlacionados. Entre os factores associados ao abandono do tratamento foram verificados: cuidador com sintomas psicopatológicos, crianças com frequentes hospitalizações e tratamentos, mães jovens, pais solteiros, *status* socioeconómico, mães com histórico de problemas na infância (Horowitz, Putnam, Noll, & Trickett, 1997).

Modalidades terapêuticas

Diversas modalidades terapêuticas podem ser utilizadas como recursos para a intervenção. A literatura aponta intervenções na modalidade individual, groupal e familiar (Cohen & Mannarino, 2000b; Deblinger, Stauffer, & Steer, 2001; Furniss, 1993; Hayde, Bentovim, & Monck, 1995; Saywitz et al., 2000). Dentro destas modalidades de tratamento, as pesquisas apontam que o formato groupal tem obtido resultados positivos. O grupo oportuniza à criança verificar que não está sozinha e tem a função de oferecer apoio e alívio emocional individual, através da assimilação consciente dos episódios abusivos. Busca, também, modificar o auto conceito das vítimas, de auto desprezo para auto valorização. Os grupos devem ser constituído por participantes da mesma faixa-etária. Nos grupos de crianças na latência, a capacidade de expressão verbal propicia que se fale sobre as mudanças ocorridas na vida com a revelação do abuso. Isto pode ser feito através de jogos apropriados para a idade e o uso de desenhos dirigidos (auto-retrato, desenho da família, de um sonho, de uma casa). Na adolescência, o apoio social do grupo de iguais é importante, sendo útil como modalidade de tratamento.

Nesta fase, em que as angústias são frequentemente actuadas na conduta, as vítimas de abuso podem apresentar fugas de casa, abuso de drogas, tentativas de suicídio e promiscuidade, o que deve ser associado ao problema do abuso sexual. Nos grupos são trabalhados os conceitos (bom, ruim), o que é seguro fazer e o que não é seguro, a colocação de limites para si e na relação com as outras pessoas e, ainda, o autocontrole. São, também, estimuladas a comunicação verbal e a transformação de acção em sentimentos (Zavaschi et al., 1991).

Dessa forma, a grupoterapia para vítimas de abuso sexual apresenta-se como modalidade óptima para redução de sentimentos de diferença e auto-estigmatização das pacientes. O processo de grupo prioriza espaços para que as vítimas possam reestruturar pensamentos e sentimentos distorcidos, através do relato de sentimentos referentes ao abuso, da discussão das crenças de culpa pela

experiência abusiva e do desenvolvimento de habilidades preventivas a outras situações abusivas.

7. Terapia Cognitivo-Comportamental em Violência Sexual Infantil

A terapia cognitivo-comportamental foi desenvolvida por Aaron Beck no início da década de 60 e é definida como uma psicoterapia breve, estruturada, focal, orientada para o presente e que tem como objectivo modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais (Beck, 1995/1997). Esta modalidade psicoterapêutica baseia-se na compreensão de que o modo como o indivíduo estrutura suas experiências internamente determina em grande parte o modo como ele se sente e se comporta. Nesta perspectiva, a psicopatologia é considerada um exagero das respostas adaptativas normais (Freeman & Dattilio, 1992/1998). Esta enfatiza a interação entre cinco elementos: ambiente (incluindo história do desenvolvimento e cultura), biologia, afecto, comportamento e cognição. A reestruturação cognitiva é fundamental, uma vez que a teoria sustentadora da prática clínica afirma que as representações acerca de si, dos outros e do futuro (tríade cognitiva) são importantes para compreender o funcionamento emocional e os padrões de comportamento do indivíduo. Esta tríade cognitiva se estrutura ao longo da vida, através das interações do indivíduo com o seu meio (Dattilio & Padesky, 1990/1995).

Portanto, o objectivo da terapia cognitiva não é curar, mas antes ajudar o paciente a desenvolver melhores estratégias de enfrentamento para lidar com sua vida (Dattilio & Freeman, 1992/1995).

O estudo de Lanktree e Briere (1995) demonstrou que os sintomas psicológicos decorrentes do abuso sexual diminuíram durante o processo de terapia focado no abuso. Quanto menor o tempo entre o fim do abuso e começo da terapia, melhores foram os resultados no pré-teste nas escalas de depressão, raiva e dissociação, ou seja, crianças que permanecem mais tempo sem uma intervenção tendem a dissociar mais e apresentar maior sintomatologia de depressão e sentimentos de raiva. Estes achados sugerem que o trauma gerado pelo abuso pode produzir um crescimento dos efeitos negativos na ausência de um tratamento apropriado.

A descrição de estudos de caso também tem apontado os benefícios da TCC nos casos de abuso sexual infantil. A TCC permite à criança desenvolver uma sensação de controle dentro da estrutura estabelecida pelo terapeuta (Knell & Ruma, 1996/1999). A educação sobre o abuso sexual infantil é o primeiro passo dentro da intervenção terapêutica, que deve incluir sessões com a criança ou adolescente e com seu cuidador (Heflin & Deblinger, 1996/1999).

8. Considerações Éticas no Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas da Violência

Sexual

Até os últimos anos, a criança que fazia revelações de abusos sexuais era suspeita de fantasiar. Actualmente, os profissionais que conhecem essas situações e costumam trabalhar com crianças vítimas de violência, sabem que são raros os casos em que as crianças não dizem a verdade (Thouvenin, 1997). A revelação é um momento crucial que pode, por si só, representar um risco de trauma suplementar para a criança ou adolescente. Dessa forma, a denúncia do abuso aos órgãos de protecção e o acompanhamento do caso são fundamentais e os psicólogos precisam estar conscientes das implicações legais e éticas de suas intervenções (Saywitz et al., 2000).

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA DE APOIO ÀS VVS

Em Moçambique, O MISAU introduziu um Guia de instruções para o atendimento das VVS chamado **Guia para o Atendimento Integrado às Vítimas de Violência Sexual (MISAU, Junho, 2012)**, a fim de garantir a qualidade de atendimento às VVS pelos agentes da saúde e padronizar os procedimentos.

O Guia é usado no Sistema Nacional de Saúde no geral e foi o que serviu de base para a realização da actividade prática no estágio realizado no HGM, do qual resultou este relatório. O mesmo prescreve uma abordagem integrada ao atendimento de vítimas de violência sexual.

1. Elementos de Atendimento Integrado as Vítimas de Violência Sexual em Moçambique

Consoante o Guia, os procedimentos a seguir nos casos de VS são:

- Avaliação da vítimas de violência sexual;
- Terapias profiláticas (Profilaxia Pós Exposição ao HIV e outras ITS' e contracepção de emergência);
- Seguimento dos casos de exposição não ocupacional do HIV;
- Registo e notificação dos casos

Os serviços que prestam atendimento integrado às vítimas de violência sexual devem incluir sempre os seguintes elementos.

Tabela 1 – Atendimento integrado de vítimas de violência sexual

Avaliação Clínica	Seguimento Clínico	Aconselhamento e apoio psicológico
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das lesões • Avaliação Médica legal • Colheita das amostras 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimento pós exposição • Terapias preventivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do estado mental • Abordagem familiar • Reintegração

Avaliação Clínica na Vítima de Violência Sexual

As VVS podem apresentar-se a partir de qualquer porta de entrada das unidades sanitárias. No entanto, os serviços de urgências e saúde materno-infantil recebe a maioria dos casos, seja qual for a entrada da vítima na US, esta deve ter acesso imediato a serviços integrados que contem com pessoal formado.

A avaliação da VVS deve sempre incluir:

Consentimento informado, historia clínica e das circunstâncias do incidente, exame físico completo, exame genito-anal completo, colheita de exames médicos legais, oportunidades terapêuticas e profiláticas, seguimento clínico psicossocial;.

Historia Clínica e das Circunstancias do Incidente

O objectivo da historia é obter o máximo de informação capaz de auxiliar o provedor na tomada de decisão terapêutica ou profilática, de acordo com a situação.

Os aspectos a seguir devem ser sempre considerados para o levantamento de uma adequada historia clínica: Antecedentes médicos e história ginecológica e historia sobre o incidente.

Oportunidades Terapêuticas e Profiláticas

Tratamento Profiláticas

1. Contraceção de emergência (CE) – Consiste na administração de hormonas que bloqueiam ou atrasam a ovulação, interferem com a fertilização e implantação. Não é uma terapia abortiva. Portanto, não afecta a gravidez pré-existente.
2. Profilaxia Pós Exposição Não Ocupacional ao HIV (PPE) – A profilaxia pós exposição ao HIV é um cocktail de antiretrovirais oferecido as vitimas de violência sexual para reduzir as hipóteses de transmissão do HIV e, deve ser iniciada ate 72 horas apos a ocorrência, de preferência nas primeiras 6 horas.

Seguimento Clínico a Acompanhamento Psicossocial

1. Seguimento Clínico – o seguimento clínico das VVS é primordial para a sua recuperação efectiva. Evita a transmissão de infecções de transmissão sexual, gravidez indesejada e, fornece apoio psicológico necessário.
2. Acompanhamento Psicossocial – o apoio psicológico visa proporcionar uma experiencia terapêutica a vitima e/ou seus familiares, para minimizar os efeitos negativos do impacto do acontecimento traumático. Este, pode ser individual, isto é, entre o profissional e uma só pessoa ou de grupo, ou seja entre o profissional e um grupo de pessoas envolvidas, no qual não participar a vitima. De uma forma geral, o apoio psicológico desenvolve-se num numero extenso de sessões, que é previamente acordado com o/os participante/s.

O aconselhamento é a pedra angular para os cuidados pós -violência sexual, as sessões de aconselhamento devem coincidir com as consultas clínicas, para reduzir as constantes visitas da vitima e aumentar a adesão ao tratamento profilático e outras intervenções. O aconselhamento para a testagem do HIV no momento de crise, muitas vezes é um desafio para o acesso ao PPE.

A abordagem inicial deve cingir-se á prevenção do trauma e envolvimento da família para o suporte da vitima. O aconselhamento deve ser centrado no utente como tentativa de reduzir o trauma imediato da agressão e transtorno do stress pos-traumatico a longo prazo. I aconselhamento pós teste deve abranger as estratégias de redução de risco, tais como: o uso de preservativo durante o seguimento e adopção de comportamentos mais seguros após o PPE. O apoio psicológico diz

respeito às necessidades que a vítima e seu familiares têm em relação à violência sofrida.

Todos poderão necessitar de receber apoio psicológico. Neste apoio, o único profissional que pode intervir é o psicólogo, técnico de psiquiatria ou o psicoterapeuta, contudo nas US sem estes técnicos o clínico geral, técnico de medicina ou outro profissional formado podem prestar estes serviços.

As consequências psicológicas podem ser típicas e não típicas e, muitas vezes variam de indivíduo para indivíduo. As mais comuns são:

Síndrome de Stress pós trauma, depressão, fobia Social, ansiedade, ideias suicidas

A longo prazo, as consequências podem ser: cefaleia crónica, fadiga, distúrbios do sono e de sexualidade.

3. Síndrome pós violência sexual – a fase aguda é caracterizada por desorientação onde a vítima pode apresentar sinais discordantes em relação a facto real. Contudo, na maioria das vezes, apresenta frigidez emocional que pode mascarar os sentimentos, podendo estar calma ou agitada ou, experimentar emoções de amplitudes opostas como o riso e choro.

Na fase crónica os sintomas dependem da idade circunstâncias da violência sexual, traços da personalidade da vítima ou da qualidade do apoio prestado na fase aguda.

Avaliação da Criança Vítima de Violência Sexual

Em caso da avaliação da criança vítima de abuso sexual, a entrevista deve ser conduzida por pessoal formado e capaz de conduzir a avaliação do modo menos traumático possível. Esta entrevista visa obter mais informação sobre a alegada ou suspeitada violência sexual sofrida pela criança, mediante uma conversa com a mesma. Antes de iniciar a entrevista o provedor deve se lembrar que:

Toda criança deve ser abordada com extrema sensibilidade, estabelecer uma atmosfera neutra durante a entrevista, fazer perguntas de acordo com a idade da criança, perguntar se sabe porque veio à US, iniciar a entrevista com questões abertas, estabelecer as regras da entrevista e a diferença entre verdade e mentira.

A colheita da história clínica da criança é muito importante, tanto para a continuidade da investigação criminal, como para lhe prestar apoio directo. O facto de ser ouvida e compreendida por alguém, que a protegera da violência sofrida, pode ser para ela um factor muito positivo na

resolução dos sentimentos de medo, vergonha, culpa, dúvida, etc.

Antes de se iniciar a colheita da história clínica é importante que o profissional conheça, o melhor possível, a situação de violência sexual sofrida pela criança. Poderá fazê-lo consultando as informações escritas disponíveis sobre a criança, conversando com os seus familiares e/ou outros profissionais. Todas as informações poderão ser importantes, por mais insignificantes que possam parecer à primeira vista.

Para além da informação dada acima, o Guião recomenda o uso de 3 Baterias de Avaliação psicológicas a serem aplicadas à vítima. (Ver Anexo)

Avaliação de Ansiedade, Avaliação do Risco de Suicídio, Escala de Depressão

METODOLOGIA

Unidade de Análise

O presente relatório é resultado do estágio com o tema: Violação Sexual, tendo a estagiária trabalhado directamente nas seguintes áreas:

- ✓ Consultas de Pediatria (Aconselhamento e Apoio)
- ✓ HDD (Apoio psicossocial para doentes HIV seropositivo)

O estágio teve lugar no HGM, localizado no Bairro da Mavalane, cidade de Maputo, uma das maiores unidades sanitárias da cidade, que oferece uma vasta gama de serviços clínicos.

A estagiaria escolheu a Pediatria desta unidade sanitária para a recolha de dados, por considerar o local que oferece melhores condições para a realização do seu estágio.

Recolha de dados

No processo de recolha de dados para a intervenção psicológica, foram usados 5 instrumentos ao longo das semanas.

Os instrumentos foram seleccionadas de acordo com o que foi escolhido no desenho de intervenção psico-social. A escolha destes instrumentos justifica-se pela frequência com que ela aparece nas literaturas e por ser aplicável no contexto da saúde.

1. Anamnese

A Anamnese é uma recuperação da memória, o processamento de informações preestabelecidas que são informadas pelo paciente, um resumo de todo um histórico de seu processo saúde-doença. Não é uma história qualquer, a anamnese, juntamente com a entrevista, precisa ter um foco para a investigação ser bem sucedida e as informações adquiridas serem bem aproveitadas. Dependendo da área em que o psicólogo trabalhe, alguns aspectos de anamnese são mais importantes que outros, cabe ao psicólogo ter uma negligência seletiva para separar o que é fundamental do que pode ser negligenciado em sua investigação. Diferente da entrevista, que busca informações que o paciente não está ciente (dentre outras), na anamnese o paciente é o moderador, pois, supõe-se de que ele conheça sua própria história e que é capaz de fornecer informações sobre ela. Porém, a anamnese pode ser feita dentro do processo de entrevista.

Antes de obter qualquer informação, é necessário estabelecer uma boa relação com o cliente, mostrar interesse pelo que ele tem para contar é de fundamental importância para que a conversa flua naturalmente, em alguns casos se deter ao roteiro pode passar uma impressão de desinteresse pelo que o cliente tem a dizer, e isto pode resultar em respostas vazias por parte do cliente. Algumas palavras e expressões são perigosas para se usar em uma anamnese, evitem o uso de expressões e entonações que sugerem julgamento à fala do cliente, como também frases que cobram justificativas de alguns comportamentos do sujeito.

2. Teste do Desenho Casa-Arvore-Familia

Este teste surgiu em 1931 com Appel e era usado no estudo da personalidade de crianças. Era-lhes solicitado que desenhassem uma casa, uma família e animais. Mais tarde, em 1949, outro clínico solicitava à criança que se desenhasse a si própria, à sua família e à sua casa. Em 1952, Porot propôs uma sistematização do desenho da família onde enfatizava três questões na sua análise: a composição da família, a valorização ou desvalorização dos seus membros e a situação e posição do sujeito na mesma. Neste mesmo ano, Hulse utiliza uma abordagem Gestáltica, em que analisa o conceito geral do desenho para determinar conflitos familiares e identificar conflitos de desenvolvimento. Mais tarde, em 1970, Shearn e Russell deixaram de solicitar o desenho da própria família para pedirem apenas o desenho de uma família, e conseguiram identificar indícios de aspectos da dinâmica familiar.

Concluindo, esta técnica é um instrumento que proporciona informações úteis para a compreensão da dinâmica da família, o que justifica a sua inclusão nas baterias psicodiagnósticas.

Escala de Depressão de Beck ou Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI*)

Criada por Aaron Beck, consiste em um questionário de auto-relato com 21 itens de múltipla escolha. É um dos instrumentos mais utilizados para medir a severidade de episódios depressivos. Seu desenvolvimento marcou a mudança entre os profissionais de saúde mental, que até então entendiam a depressão como uma perspectiva psicodinâmica, ao invés de enraizada nos próprios pensamentos dos pacientes (cognição).

O desenvolvimento da BDI reflecte estes problemas na sua estrutura, com itens como "Eu perdi todo o interesse em outras pessoas" para reflectir o mundo, "Eu me sinto desencorajado sobre o

futuro", para reflectir o futuro, e "Eu me culpo por tudo de ruim que acontece" para reflectir o self. A visão da doença depressiva como mantida por cognições negativas intrusivas tem particular aplicação na Terapia cognitivo comportamental, que busca desafiar e neutralizá-las através de técnicas como a reestruturação cognitiva.

BDI

A BDI original, publicada em 1961 consistia de 21 questões sobre como o indivíduo se sentiu na última semana. Cada questão apresentava pelo menos quatro possibilidades de respostas, que variavam em intensidade. Como exemplo:

(0) Eu não me sinto triste, (1) Eu me sinto triste, (2) Eu me sinto triste todo o tempo e não consigo sair desta situação, (3) Eu me sinto tão triste ou infeliz que não consigo suportar

Assim como os demais questionários, a forma na qual o instrumento é administrado pode causar um efeito no resultado final. Se a um paciente é solicitado que complete a escala em frente de outras pessoas em um ambiente clínico, por exemplo, expectativas sociais podem suscitar uma resposta diferente quando comparados a administração através dos correios.

Escala de Ansiedade de Beck ou Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Criada pelo Dr Aron Beck é um questionário de auto-relato com 21 questões de múltipla escolha, utilizada para medir a severidade da ansiedade de um indivíduo.

A BAI consiste em 21 questões sobre como o indivíduo tem se sentido na última semana, expressas em sintomas comuns de ansiedade (como sudorese e sentimentos de angústia). Cada questão apresenta quatro possíveis respostas, e a que se assemelha mais com o estado mental do indivíduo deve ser sinalizada. As possíveis respostas são:

Não, Levemente, Não me incomodou muito, Moderadamente: foi desagradável, mas pude suportar, Severamente: Quase não suportei

A BAI pode ter um resultado máximo de 63 e as categorias são:

0-7: grau mínimo de ansiedade, 8-15: ansiedade leve, 16-25 ansiedade moderada, 26-63: ansiedade severa

Descrição do Que foi realizado

O estágio teve o seu início no dia 10 de Setembro de 2014 e terminou a 28 de Novembro de 2014, correspondendo a um total de 11 semanas ou 237 horas, e consistiu nas seguintes actividades:

1ª Semana

Familiarização com o local de estágio (estrutura organizacional e funcionamento), apresentação do psicólogo orientador/supervisor do estágio, obtenção do plano de actividades e familiarização com o mesmo.

2ª Semana

-Ambientação e reconhecimento do local de estágio (visitas aos diferentes sectores de interesse para o estágio, briefing sobre os procedimentos administrativos e rotina diária,). O local é constituído por quatro salas médias e quadradas com uma fraca iluminação, duas que funcionam como gabinetes médicos de pediatria, uma como sala de consultas de psicologia e por último uma sala maior que serve como sala de espera e a recepção.

-Familiarização com o Guia para Atendimento Integrado às Vítimas de Violência – um guião orientador do MISAU .

3ª e 4ª Semana

Observação de consultas da supervisora

Nesta fase, a estagiária tinha a missão de observar as actividades de intervenção psicológica aos pacientes, realizadas pelo orientador, tomando apontamentos e esclarecendo as suas dúvidas no fim. A estagiária era convidada pelo orientador a acrescentar/perguntar algo ao paciente.

Antes do início de cada sessão, o orientador apresentava a estagiária ao paciente e perguntava-a se queria que ficasse. Não houve casos de rejeição, pelo que a estagiária assistiu a todas as consultas.

Durante este processo, os enfermeiros entravam e saiam da sala frequentemente e interrompiam as sessões, falando com o psicólogo. Isso criava desconforto nas crianças mais velhas, que ficavam desconfiadas e perdiam o à vontade. Não havia privacidade, e muitas vezes a consulta era feita em frente de pessoas que não tinham permissão de lá estar. Em situação de extrema angustia e medo

por parte da vítima – o atendimento com a vítima deve ser em um lugar silencioso e sem interrupções por parte externa.

Notou-se, também, que os psicólogos trabalham sozinhos. Não houve espaço para partilha de informações sobre casos difíceis ou de dúvidas sobre os resultados dos testes/diagnósticos. Num dos casos, por exemplo, a psicóloga achava que a paciente estava a mentir, no entanto não houve medidas para se confirmar ou não o relato da paciente. Não se discutiu o caso com outros psicólogos.

Estas 2 semanas foram bastante difíceis e decisivas para continuação do estágio, devido ao facto de a estagiária não ter sido preparada para a carga emocional desta tarefa, bastante sensível, devido as condições em que algumas pacientes, crianças vítimas de violência sexual, se encontravam. Nessas situações, a estagiária recorria a matérias dadas na disciplina de psicologia da saúde ligada a este tipo de casos, além do orientador, para ganhar forças para continuar.

Semanas subsequentes

Nesta fase, a estagiária deu início a intervenção psicológica, em que o orientador deu-lhe a responsabilidade e abertura para aplicar o seu conhecimento e implementar o que foi observando durante as semanas antecedentes e seguir o Guia. Foi assim que a estagiária dedicou-se a trabalhar com várias pacientes, tendo escolhido uma paciente em particular, que neste relatório passará a chamar de Maninha, de 14 anos de idade, para ilustrar a sua actuação.

✓ A primeira sessão foi realizada com a intenção de se estabelecer o vínculo paciente - psicólogo e garantir a confidencialidade e privacidade de todas as sessões.

Zavaschi e tal., 1991, afirma que é necessário criar um ambiente de segurança e aceitação para que a criança adquira confiança e comece a se comunicar. O terapeuta deve buscar reverter os sentimentos de desespero, desamparo, impotência, aprisionamento, isolamento e auto-acusação, frequentemente apresentados pela criança. O resgate da auto-estima e da esperança é fundamental, pois o abuso distorce a visão da criança do que a vida pode lhe oferecer.

Sendo assim a melhor forma de começar a primeira sessão teve como objectivo do terapeuta consistir em transformar o ocorrido em uma influência para a vida, ao invés de ser obstáculo, motivando a criança a crescer e ver o futuro com esperança.

Esta etapa foi a mais difícil de todas, porque Maninha ainda estava muito frágil com o acontecido e pouco falava. Maninha estava de baixa na pediatria do hospital com ferimentos, dores e em estado de apatia profunda. Naturalmente isso foi ultrapassado com tempo, a medida em que as dores foram passando, tendo levado uma semana para criar o vínculo. Enquanto Maninha não falava o suficiente, a estagiária ocupou-se a ajudá-la a enfrentar esta fase difícil e ao mesmo tempo garantir o sigilo.

✓ A segunda sessão foi direccionada em fazer uma avaliação geral do problema, historial clínico e pedir a vítima para relatar o sucedido.

Nesta fase foram realizadas varias questões em relação ao incidente do sucedido para poder obter uma *insight* do verdadeiro problema. Para a execução desta sessão a estagiaria usou com a Maninha o método Psicanalítico de Freud 1892, a Associação Livre, em que o paciente pode associar livremente sobre cada elemento do que lhe vem a mente. Outro método foi fazer um levantamento de todo o historial clínico da Maninha – isso seria fundamental para ter mais informações ao respeito do caso. Todos estes procedimentos fazem parte do inicio a intervenção, e dão o psicólogo um profundo conhecimento do paciente e da sua vida – sendo assim com o objectivo de escolher a melhor intervenção para a vitima.

A partir deste ponto a estagiária dedicou-se a trabalhar no caso da Maninha através de:

✓ *Terapias breves para a vítima* - Nestas terapias basicamente ouvia-se a vítima, suas lamentações, desejos, deixava a paciente falar tudo o que a afligia. A estagiária ajudava a Maninha a aceitar o seu estado, fazia também algumas terapias para distrair a memória e os pensamentos negativos, pondo a paciente a imaginar apenas coisas boas que viveu antes do acontecido e fazer com que a vítima acreditasse que era possível viver da mesma maneira que anteriormente.

✓ *Conselhos* - O objectivo principal era fazer com que a Maninha cumprisse com todas as recomendações médicas, inclusive o tratamento e a ter uma percepção de auto-eficácia do mesmo, e fazer com que Maninha percebesse que o acontecido não era um impedimento para o seguimento do seus planos futuros, uma vez que se sabe que estes planos ficam ameaçados após o abuso sexual. Estas sessões levavam no máximo 30 minutos, aonde a estagiaria dava todas as recomendações seguido de uma fase de esclarecimento de duvidas por parte da vitima.

✓ *Aconselhamento psicológico* – Segundo Carl Rogers na escola de psicologia centrada no cliente, a aconselhamento psicológico insiste no facto de que só o cliente está á altura de encontrar a solução que lhe convém, e o papel do psicólogo apenas servira como facilitador do processo de decisão por parte do cliente. Chegando a conclusão que o aconselhamento psicológico consiste em nada aconselhar, mas apenas em levar o sujeito a tomar ele próprio a decisão. No inicio deste processo a Maninha teve dificuldades ao encontrar respostas independentes. Ainda estava muito confusa e estava desmotivada. Apesar de ser uma fase muito difícil, é importante a vitima achar mecanismos internos de lhe dar com o problema.

✓ *Os Testes Projectivos* - São instrumentos capazes de ajudar Maninha a ter uma visão mais clara do sucedido, que ela ainda não tem muita consciência. Estes testes são usados principalmente nas clínicas para obter uma avaliação padronizada dos traços da personalidade. Também podem ser utilizados para o propósito de aconselhamento, para selecção de pessoal e são muito utilizados em pesquisa sobre a personalidade humana. A estagiária usou o teste projectivo porque é um tipo de teste livre onde o testando tem um estímulo seja uma imagem, uma frase, algo que faça com que o testando crie uma resposta consciente ou inconsciente para o estímulo dado. As técnicas projectivas podem ser aplicadas nas clínicas, em aconselhamento, em escolas e também usadas em pesquisas. Para tal foram usados lápis, lápis de cor e papeis. Todos os testes foram aplicados num ambiente calmo, tranquilo e silencioso, conforme as regras para a aplicação dos testes psicológicos. Os mesmos foram antecipadamente esclarecidos pela estagiária e em seguida houve espaço para esclarecimento de dúvidas.

DESCRICÃO DOS RESULTADOS

Apresentação do Caso

A Maninha, 14 anos de idade, sexo Feminino de raça Negra pesando 33kgs, residente do Bairro Campoane, Boane,. A Maninha deu entrada nas Urgências do Hospital Geral de Mavalane, acompanhada do seu irmão mais velho. Foi vítima de rapto e violação sexual.

De seguida, a Maninha foi encaminhada para o Departamento da Maternidade onde no mesmo recinto iniciou com a Profilaxia Pós Exposição Não Ocupacional, ao HIV e a CE, a fim de se prevenir contra doenças sexualmente transmitidas e a gravidez indesejada. Notaram-se pequenas lesões e inchaços nos pés, juntamente com outras dores corporais no qual ela mesma queixava-se.

O médico responsável chegou a conclusão que a Maninha necessitava de um internamento, para ter cuidados intensivos e garantir a eficácia do tratamento.

Após alguns dias de estadia no HGM, a Maninha foi encaminhada ao Departamento das Consultas de Pediatria do HGM, onde foi submetida a consultas de psicologia.

A intervenção, no caso da Maninha, consistiu em iniciar uma intervenção pós-trauma, para minimizar as possíveis chances de quaisquer distúrbios psicológicos e problemas comportamentais no futuro. Em conjunto, também se realizaram algumas sessões de Aconselhamento para poder guiar e ensinar a Maninha a conviver com o sucedido.

Foi aplicado um testes projectivo – o Teste do Desenho: Casa-Árvore-Família, com o objectivo de descobrir aspectos da personalidade da e relação familiar e social.

Dada a gravidade do caso e a necessidade de uma intervenção psicológica da Maninha, as consultas foram feitas todos os dias para que ela tivesse um resultado positivo.

Os resultados abaixo apresentados foram obtidos através da aplicação dos instrumentos para avaliar quadros depressivos, medir o nível de ansiedade e perceber a estrutura da sua personalidade.

Depois de várias sessões, observou-se que Maninha havia mudado de atitude em relação a sua condição, na medida em que a estagiária conseguia controlar os seus medos, pesadelos e ansiedade em relação o acontecido. Maninha já falava naturalmente, já não apresentava sinais de pânico e presume-se que tudo isto ficou a dever-se a pronta intervenção da estagiária em matéria de aconselhamento psicológico.

1. Teste de Desenho: Casa-Árvore-Família

Casa: Em relação ao tamanho da casa, ela é relativamente grande, o que significa que a menina é dominada pela família. As linhas fortes desenhadas, significam uma necessidade em fortalecer laços familiares ou outros. O telhado não contem detalhes nenhum (incompleto), o que significa evasão de ideias grandiosas. A casa tem uma janela e uma porta – revelando pouca abertura para interagir com outras pessoas. A inclusão de sombras na janela indica que ela tem uma certa hesitação em se abrir para os outros. A localização do desenho (parte superior direita) indica força dos desejos e dos

instintos, obstinação e teimosia. O traço usado no desenho foi forte indicando medo, insegurança e dissimulação.

Arvore: A Maninha desenhou um tronco relativamente grande e grosso, o que representa um Ego grande. As folhas que estão presentes indica sucesso em se conectar com os outros. A inclusão de raízes indica instabilidade. A arvore esta no centro do papel, revelando segurança, auto-valorização e emotividade. O traço usado neste desenho for forte. A copa da arvore é uma mistura de “Arcada” e “Arcada com cacho”: auto-defensiva. A Maninha tem habilidade para esconder aquilo que não quer que seja conhecido e ao mesmo tempo muito defensiva. Ela possui um grande controlo dos seus sentimentos podendo manipular as pessoas com facilidade. A Maninha faz esforço para causar uma boa impressão aos outros. Os ramos paralelos e abertos representam expressividade e comunicação. Raízes enterradas significa que ela é reprimida inconscientemente e só amostra uma parte dela.

Família: Primeiramente, fazer referência ao nível gráfico que foi usado e o traço forte indicando agressividade e impulsividade. A localização do desenho revela expressão a fantasia e criatividade. A primeiro figura desenhada foi a Irmã X revelando grande admiração e valorização perante a irmã.

A negação da existência de si própria no Desenho da Família, indica que ela não se sente como parte da família. O facto de ela não se ter desenhada significa que ela se sente excluída. Devemos ter em conta que ela apareceu no hospital como vítima de VS, que poderá significar que ela se sente desprotegida, excluída.

Logo em seguida a Maninha desenhou a si própria

como ultimo mas em seguida apagou, revelando possível baixo auto-estima.

A supressão de si própria é uma forma de mecanismo de defesa negando uma realidade que lhe produz angustia (duvidas em relação aos estudos e preocupações em relação a sua própria saúde).

As mãos pequenas das figuras indicam um grau de dificuldade no contacto familiar da família e por parte dela.

2. Escala de Depressão de Beck ou Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI, BDI-II)

Feita a pontuação total, a Menina X obteve um resultado final de **24 pontos** o que corresponde a uma **Depressão Moderada a Grave**.

3. Escala de Ansiedade de Beck ou Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Feita a pontuação total, a menina obteve um resultado final de **29 pontos** o que corresponde a uma **Ansiedade Moderada**.

Segundo a literatura no presente trabalho - ela defende que a ansiedade e a depressão são sintomas do comportamento apresentados a curto prazo.

CONCLUSÃO

Após a apresentação e discussão dos resultados, concluiu-se que a participante apresenta mais do que 50% dos sintomas de ansiedade e de depressão que se apresentam nos dois inventários usados para avaliar a mesma. Estes sendo consistentes com o sucedido.

Quanto a prática dos funcionários do HGM em relação a teoria e o guião do MISAU - observou-se que na maioria dos casos os funcionários fogem dos padrões obrigatórios quando se trata de uma intervenção psicológica na VS. Em várias ocasiões, os funcionários não seguiam aquilo que devia ser feito ou simplesmente não executavam as práticas com eficiência. Devido a quantidade de casos, os profissionais de saúde não davam a cada caso a devida atenção e apoio necessário que a vítima precisava para ajudar a enfrentar esta fase.

Quanto a elaboração do desenho de intervenção psico-social e aconselhamento para o caso Maninha, isso foi feito com sucesso. Primeiramente, aplicando a Anamnese, em seguida a bateria dos testes psicológicos e por fim a realização das sessões de aconselhamento. O desenho foi muito bem estruturado e realizado com sucesso. Apesar de se ter encontrado algumas dificuldades, foi fácil de seguir e a cooperação da vítima e da sua família ajudaram no seu sucesso.

No que se refere às lacunas observadas no processo de intervenção psicológica nas vítimas de VS no HGM durante o estágio, registaram-se as seguintes:

- A falta de privacidade das vítimas na hora do aconselhamento. Os enfermeiros entravam e saíam indiscriminadamente das salas de atendimento/aconselhamento e havia muito barulho nas proximidades. Em muitos casos, os pacientes sentiam-se embaraçados e paravam de falar, depois perdiam o fio da conversa.
- A baixa qualidade do atendimento, por insuficiência de pessoal qualificado. Os psicólogos tendiam a privilegiar a quantidade de pacientes atendidos num dia, em detrimento da qualidade do atendimento.
- A fraca aderência aos guiões recomendados pelo MISAU para uma intervenção psicológica eficaz
- A falta de interacção entre os psicólogos para a discussão de casos difíceis e apoio entre si.

O objectivo de providenciar recomendações para superar as lacunas foi atingido. Assim, espera-se que para a melhoria do atendimento das vítimas de VS estas sejam seguidas.

RECOMENDACÕES

Dada as lacunas identificadas e para o melhoramento do atendimento, a estagiária recomenda o seguinte:

1. Garantir a privacidade das vítimas. Isso pode ser feito através da interdição da entrada de funcionários nas salas de consulta e aconselhamento, durante o atendimento. A colocação de placas do tipo “Não bater a porta” nas portas poderão ser úteis. Do mesmo modo, os psicólogos devem obrigatoriamente trancar as portas das salas, após informar o paciente sobre a importância disso.
2. Interação contínua e permanente entre os psicólogos. A interação entre os psicólogos é de extrema importância, não só para melhorar o atendimento às vítimas, como também para o bem-estar dos próprios psicólogos. É fundamental que esta prática seja implementada, através de reuniões, no mínimo semanais, entre os psicólogos, numa sala dedicada para tal. Isso ajudará no esclarecimento de dúvidas em relação aos casos complicados, diagnósticos inconclusivos, etc. e para a troca de experiências/consultas entre os psicólogos, que podem ser psicologicamente afectados pelo tipo casos que recebem no seu dia-dia.
3. Contratação de mais psicólogos. A pediatria do HGM tem apenas uma psicóloga, que além de atender aos casos de Violência Sexual, dá aconselhamento aos casos de HIV-SIDA (revelação de resultados, adesão ao tratamento) diariamente. Os pacientes são muitos. É preciso reforçar a capacidade de atendimento.
4. O seguimento do Guião de atendimento do MISAU deve ser obrigatório, excepto em casos atípicos. Deve-se criar um mecanismo de monitoria, tal como a observação de consultas entre psicólogos e posterior discussão nas reuniões semanais propostas acima.

BIBLIOGRAFIA

1. Manual de Violência, Ministério da Saúde, 2002
2. Guia para Atendimento Integrado as Vítimas de Violência, Ministério da Saúde, Junho 2002.
3. FURNISS, T. Abuso Sexual da Criança: uma Abordagem Multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
4. RENDT. Hannah. Sobre a Violência. Tradução de André Duarte. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994
5. MINAYO, Maria Cecília S. e SOUZA E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1999
6. SCABINI, E. Ciclo de Vida e Ciclo de Saúde Familiar. In: M. Mombelli. *Ciclo de vida e Dimensão Familiar*. Milão : Vita e Pensiero, 1992, pp. 23-58.
7. BONEY MCCOY, S. & FINKELHOR, D. ,1996
8. Cohen, J. & Mannarino, A. Interventions for sexually abused children: initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment: Journal of the American*,1997
9. Cohen, J. A, Mannarino, A. P. & Rogal, S. (2001). Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 25, 123-135.
10. Cohen, C. (1997). O incesto. Em M. A. Azevedo & V. N. A. Guerra (Orgs.), *Infância e violência doméstica: Fronteiras do conhecimento* (pp. 212-225). São Paulo: Editora Cortez.
11. Cohen, J.A. & Mannarino, A. P. (2000a). Incest. Em R. T. Ammerman & M. Hersen (Orgs.), *Case studies in family violence* (pp. 209-229). New York: Kluwer Academic/ Lenum Publishers.
12. Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18, 409-417.
13. Habigzang, L. F. & Caminha, R. M. (2004). *Abuso sexual contra crianças e adolescentes: Conceituação e intervenção clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

14. Habigzang, L. F., Koller, S. H., Azevedo, G. A. & Machado, P. X. (no prelo). Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicologia Reflexão e Crítica*.