

Capítulo 1

Atendimento psicoterapêutico a uma adolescente vítima de abuso sexual e considerações sobre a ruptura do sigilo

Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams

NÃO ME TOQUE

Não me toquem, não me fale

não me pegam para carregar

não me pegam nas costas

José Agostinho Baptista

Essa voz é quase o vento (1994)

Há na literatura brasileira trabalhos clínicos importantes relatando intervenções sistemáticas com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Padilha e Gomide (2004) descreveram um bonito processo terapêutico, em grupo, para cinco adolescentes vítimas de abuso sexual que se encontravam abrigadas. Graças a exposições graduais, as participantes foram capazes de iniciar o processo de revelação, em 15 sessões, indicando expressão e aceitação do abuso, o que foi avaliado de forma qualitativa pelas autoras.

Mais recentemente, Habigzang et al. (2009), descreveram uma intervenção em grupo utilizando o modelo Cognitivo-Comportamental com 40 crianças e adolescentes do sexo feminino, com idades entre 9-16 anos, na região metropolitana

de Porto Alegre. A intervenção compreendeu 16 sessões, sendo avaliada com rigor metodológico ainda pouco frequente em nossa realidade. Os autores utilizaram um delineamento não-randomizado intragrupo de séries temporais, com base no desempenho das participantes em instrumentos psicológicos que investigavam sintomas de ansiedade, depressão, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), estresse infantil e crenças e percepções da criança em relação à experiência abusiva antes, durante e após a intervenção. No geral, os resultados indicaram que a intervenção em grupo foi responsável por reduções significativas dos sintomas de depressão, ansiedade, estresse infantil e TEPT (Ver também descrição detalhada da entrevista clínica para vítimas de abuso sexual, com atenção especial para a postura dos entrevistadores em Habigzang et al., 2008).

Psicoterapia Cognitivo-Comportamental

O modelo teórico adotado pelo LAPREV para atender crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual é o mesmo referencial teórico Cognitivo-Comportamental utilizado pelas autoras mencionadas até então. Mais especificamente, adotamos a proposta de Esther Deblinger e Anne Heflin (1996) para conduzir intervenções com crianças vítimas de abuso sexual. Tal modelo preconiza um tratamento estruturado relativamente rápido, apoiado em validações empíricas e que considera fundamental o envolvimento do cuidador (pai ou mãe) não agressor no tratamento da criança e do adolescente, uma vez que o prognóstico será tanto melhor conforme o sucesso de tal envolvimento, ou seja o pai/mãe não agressor poderá agir como um fator de proteção à criança (Williams, 2009).

Para Deblinger e Heflin (1996), a intervenção deve contemplar as dificuldades emocionais da criança que sofreu abuso sexual (ansiedade, tristeza, raiva e vergonha), os problemas comportamentais (isolamento, desobediência, agressão, e comportamentos sexualizados inapropriados), bem como as visões cognitivas distorcidas (idéias que podem levá-la futuramente a sentir falta de prazer no sexo, a ter falta de confiança nas pessoas e a apresentar sentimentos de culpa).

Adicionalmente, segundo as autoras, embora as crianças vitimizadas por abuso sexual apresentem uma grande variedade de sintomas, tem havido consenso de que elas podem com frequência experimentar sintomas, ainda que parciais de TEPT,

conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR (Associação Americana de Psiquiatria, 2002), sob a forma de:

- 1) Re-experienciar o evento traumático, seja por memórias, sonhos intrusivos do evento, *flashbacks*, ou sofrimento que confrontada com lembranças do evento;
- 2) Evitação de memórias e lembranças do trauma, responsividade diminuída que pode parecer como interesse reduzido em atividades, distanciamento dos outros, restrição, ou sensação de futuro abreviado;
- 3) Sintomas de ansiedade ou neuroexcitação exacerbada como distúrbios do sono, irritabilidade, problemas de concentração, hipervigilância, ou tendência a se assustar facilmente.

Foge do escopo do presente texto descrever as ministradas na terapia Cognitivo-Comportamental, mas em relação à vitimização por abuso sexual há um aspecto central de tratamento que é a técnica de *exposição gradual*, de forma encorajar paulatinamente a criança a enfrentar os estímulos que provocam ansiedade e trazem lembranças do abuso. Por exemplo, a criança pode iniciar a conversa com o terapeuta sobre o abuso sexual de modo genérico, para só posteriormente abordar o seu próprio caso.

Atendimento de uma adolescente com um caso grave de abuso

Mariana¹ foi encaminhada ao serviço de atendimento às vítimas de violência do LAPREV na Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) quando tinha 14 anos, no ano 2000. Sua mãe havia procurado a DDM quando Mariana lhe revelou que sofrera abuso sexual por parte de seu tio materno, dos 7 aos 9 anos de idade. O abuso aconteceu quando o tio veio morar com a família e enquanto a mãe de Mariana encontrava-se no trabalho e envolvia ameaças de retaliações e de morte, inclusive com utilização de arma (uma faca).

O tio havia buscado vários tipos de gratificação sexual com a sobrinha, envolvendo carícias sexuais, sexo oral e penetração.

¹ Nome fictício.

(sigilo e anal), sendo que a violência era frequente. Conforme relato de sua mãe, acontece com muitas – Re não a maioria – das crianças em Birmingham, 2009), Mariana jamais contara a qualquer pessoa sobre o abuso até os 12 anos. Na verdade Mariana relatou que não se lembrava de o abuso, fato conhecido por *dissociação*. Tal fenômeno pode ocorrer em casos graves de abuso sexual: dado a situação extremamente dolorosa, uma técnica de *entorpecimento* consiste em não trazer tais informações nocivas à consciência, desligando-se assim das emoções (Kemerley, 2000).

Aos 12 anos o pai de Mariana morreu, ocasião em que ela apresentou uma paralisia facial. Embora seus pais estivessem separados, Mariana tinha contatos frequentes com o pai, considerando-o próximo. Após visitas médicas, chegou-se à conclusão de que a paralisia facial era de cunho emocional e Mariana foi encaminhada a uma psicóloga.

Durante o atendimento, com tal psicóloga, Mariana lembrou-se dos episódios de abuso sexual, enquanto participava de uma brincadeira da escola e relatou o abuso a profissional. A situação desencadeadora de tais lembranças foi a seguinte: Mariana estava participando de uma brincadeira com colegas com uma bola e quando errasse o jogo a pessoa poderia ganhar um beijo de um amigo ou amiga. Quando um adolescente de sexo masculino veio até Mariana para beijá-la, Mariana relatou ter visto como em um *flashback* vários episódios de abuso por parte do tio, o que naturalmente lhe acarretou muito sofrimento.

Psicóloga de Mariana sabia que aquela revelação de abuso era um fato grave, mas optou por não romper o sigilo. Na ocasião, estava em vigor o Código de Ética de 1987, que era mais impreciso do que o atual Código, sugerindo ao psicólogo um "imperativo de *consciência de denunciar o fato*" em casos semelhantes. Assim, a profissional tentou convencer Mariana a relatar o fato para sua mãe, sendo que Mariana levou mais de um ano para fazer isso.

Aos 14 anos, Mariana contou sobre o abuso para a mãe, o que levou a mãe a procurar a DDM e a adolescente foi encaminhada ao LAPREV. Cabe mencionar que nessa época ela havia terminado a psicoterapia anterior em virtude de sua psicóloga ter se mudado da cidade.

Ao iniciar o atendimento com nossa equipe, Mariana mostrou-se uma adolescente tímida que falava excessivamente baixo e se recusava de qualquer maneira a falar sobre o abuso sexual. Ao completar a Linha do Tempo (Meichenbaum, 1994), Mariana identificou o ano em que se lembrara do abuso sexual

identificando a sensação que tivera como "agônia" e relatou sentir nojo" do tio.

Uma avaliação no Inventário de Depressão de Beck (Beck, 2001) indicou que Mariana estava com Depressão Moderada e ela foi encaminhada para atendimento psiquiátrico que a medicou com um anti-depressivo (Tofamil). A mãe de Mariana participou de duas sessões para orientações gerais sobre o enfrentamento da depressão da filha. A intervenção com Mariana consistiu em treino de relaxamento, combate a pensamentos negativos, *playing*, treino de assertividade (seu desempenho na Escala de Assertividade de Rathus, 1997, indicou não assertividade), treino de casa envolvendo algum registro comportamental e plano não-suicídio. Mariana teve 15 sessões com uma estagiária no ano 2000 e mais seis sessões com nova estagiária no ano seguinte. Nessa ocasião, Mariana interrompeu o tratamento dizendo estar melhor da depressão e não mais necessitar atendimento. Avisamos que respeitávamos a sua decisão e que provavelmente ela não estava livre dos sintomas de abuso pelo fato de não ter conseguido apropriadamente enfrentar o tema, uma vez que se esquivava do assunto. Informamos que se precisasse mudasse de idéia, poderia nos procurar no futuro. Em 2002, a *Entrevista de Avaliação da Intervenção Psicológica*, Mariana recebeu nota 7,0 ao atendimento (de um total de 10), sem fazer sugestões de como o atendimento poderia ser aprimorado.

Transcorrido cerca de um ano Mariana telefonou para a coordenadora supervisora do Estágio (autora), solicitando ajuda, pois estava "pensando em besteira". Ao ser feita uma sessão emergencial, constatou-se que a adolescente apresentava ideação suicida e anorexia. Sua mãe foi informada sobre a gravidade do caso e Mariana foi encaminhada para uma avaliação psiquiátrica, vindo a receber um antidepressivo. Paralelamente, ela continuou a receber atendimento psicoterapêutico com nossa equipe, sendo explicado que ela iria ter que enfrentar o problema do abuso sexual pois tal problema poderia estar associado a seu estado depressivo e ao transtorno de alimentação. Entretanto, ela iria falar sobre o tema gradualmente e apenas quando se sentisse segura para fazê-lo, sendo-lhe explicado o que consistia a técnica de exposição.

Mariana preencheu os critérios para Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) do DSM-IV-TR (Associação Americana de Psiquiatria, 2002). Passou, então, a aprender técnicas de relaxamento para enfrentar o desconforto que o abuso lhe causava.

Pouco a pouco conseguiu narrar os episódios abusivos do tio, sendo que para isso foram utilizadas várias estratégias: para se sentir mais confortável, Mariana poderia relatar os fatos de olhos fechados, de costas para os estagiários, ou mesmo com a cabeça apoiada sobre a mesa. Já observei crianças que apenas se sentem seguras para fazer a revelação, brincando debaixo da mesa de forma a evitar o olhar do terapeuta.

A medida que Mariana fez uma narração de sua história numérica, essa história foi digitada pela estagiária em uma folha de papel, sendo que a adolescente foi solicitada a ler tal narrativa, sendo autorizada para gravar sua leitura. Finalmente, Mariana levou para casa um gravador com o seu relato gravado, sendo solicitado como tarefa de casa, que ela ouvisse a fita diversas vezes, de forma que aquele estímulo narrativo se transformasse em um estímulo que aquele estímulo narrativo se transformasse em um estímulo que o mais neutro quanto possível. A adolescente recebia a instrução de que, ao mínimo sinal de desconforto ou ansiedade, deveria praticar o relaxamento. Paralelamente, foram feitas diversas passagens com a mãe de Mariana, para auxiliá-la no enfrentamento do trauma da filha e aprimorar o relacionamento mãe e filha.

No decorrer de poucas sessões Mariana passou a enfrentar os episódios traumáticos de forma mais assertiva. Ao ler e obter informações sobre abuso sexual contra a criança e o adolescente, Mariana chegou a dizer que gostaria de estudar Direito para conseguir levar agressores sexuais para a cadeia. Naquela ocasião (2002), eu estava me preparando para proferir uma palestra sobre abuso sexual no Pacto São Paulo Contra a Violência, Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, um movimento social que atuava na defesa dos Direitos de tal população. A estagiária (a quarta em questão?) perguntou à Mariana que sugestões ela daria para uma plateia composta de profissionais interessados em apoiar crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual. As sugestões da adolescente ilustram quão bem ela se apropriou do assunto, sendo lidas em minha apresentação:

1. "Abrir os olhos: [o abuso] acontece perto da gente e pode ser quem a gente nem imagina, mas parece que é mais fácil pra sociedade tentar esconder o que está acontecendo do que encarar os fatos e tentar resolver."

¹ Agradeço às estagiárias da UFSCar que atuaram com Mariana: Marcela Chingilla, Priscila Mara de Araújo, Marisa Helena do Nascimento e Fernanda Martins França Pinheiro.

2. *Acreditar no que a gente fala, não tem motivo para a gente expor diante de delegados, promotores e juizes, contar nos dá vergonha, sem que isso seja verdade, porque lei disso dói.*
3. *Não se pode sempre impedir, mas pode-se ficar atento perceber algo errado na criança, falar sem por medo não tentar protegê-la. A gente não confia ou tem medo de estar por perto, e não deixá-la sozinha com essa pessoa.*
5. *Não pensar que alguém só por ser conhecido ou parenta ótima reputação e aparência não possa fazer uma coisa de mal.*
6. *Deixar a criança confiante em você, deixá-la se abrir, mostrar que pode ajudá-la e que ela não vai ser criticada por não assim, se acontecer, ela pode contar e evitar que o mal prolongue”.*

Paralelamente, Mariana recebeu apoio de sua terapeuta para se apresentar no Fórum Judicial, dando prosseguimento ao processo. Ela chegou a fazer algumas sessões de *role-play* (dramatização) com a estagiária para se preparar para a oitiva no Fórum.

A sessão Judicial, entretanto, não transcorreu bem. Além disso, Mariana ter que prestar seu depoimento na frente do tio, o advogado desse fato passou por momentos difíceis sugerindo que o abuso desnecessário dizer que uma acusação grave como essa feita a pai que a filha prezava e que por estar morto sequer podia se defender foi extremamente nociva ao bem-estar de Mariana. Na verdade, a prática não é permitida em se tratando de advogados canadenses (Cunningham, 2009), sendo considerada um exemplo de abuso psicológico. O tio de Mariana não recebeu uma condenação, tal como costumemente acontece (Williams, 2009), quando não há procedimento adequado para a oitiva da criança.

Cabe aqui um outro comentário. Algumas semanas após a audiência no Fórum, Mariana encontrou-se casualmente com o tio enquanto estava em um local público da cidade. A simples visão do tio a fez sentir muito mal. Mariana teve vômitos e telefonou à estagiária para relatar o quanto estava aborrecida. Não deixa de ser irônico o fato de termos como profissionais de saúde evidência somática de quanto a simples visão do tio a perturbava, mas o Sistema Judiciário alegou que era apenas “a palavra de Mariana contra a palavra do

... assim não o condenaram. O caso de Mariana é, portanto, um exemplo da importância de termos procedimentos de oitiva de crianças justos e apropriados, como o Depoimento sem Dano (César, 2007; Santos & Gonçalves, 2008). Trata-se de um procedimento desenvolvido no Rio Grande do Sul (César, 2007; Dobke, 2001; Adilla & Antunes, 2009), em que a criança é ouvida em uma sala apropriada por um profissional preparado em oitivas de crianças (e não na presença do suposto agressor), sendo que o juiz acompanha a oitiva em uma sala ao lado. Tal procedimento é utilizado com crianças em diversos países (Santos & Gonçalves, 2008).

No final do ano acadêmico, Mariana foi encaminhada à outra psicóloga para conseguir um tratamento à longo prazo e enfrentar muitas dificuldades, uma vez que a questão do enfrentamento do abuso sexual havia sido trabalhada a contento. Posteriormente, a adolescente voltou a nos procurar, quando interrompera o novo tratamento psicoterapêutico. Estava novamente com depressão e pensamento suicida. Continuava com o tratamento psiquiátrico e havia recebido um diagnóstico recente de bipolaridade. Cabe mencionar que há um número desproporcional de pacientes psiquiátricos com histórico de abuso e maus tratos infantis (Padovani & Williams, 2008), o que nos leva a perguntar que se faz – e que ainda não temos resposta é a seguinte: apesar de sua vulnerabilidade biológica, se não tivesse existido o grave episódio de abuso sexual na infância, o transtorno bipolar de Mariana teria se manifestado?

A equipe do LAPREV reuniu-se com Mariana e seu psiquiatra quando foi, então, recomendado uma internação dado o seu estado grave depressivo. Mariana acabou tal decisão e após uma breve internação relatou estar bem melhor.

Cerca de nove anos se passaram desde o nosso contato inicial com Mariana e quando tivemos um “follow-up” do caso, ocasião em que ela enviou um e-mail à autora:

6/4/09 12:53

Oi, Lúcia, tudo bem?

É a... (Mariana), lembra de mim??? Acho que lembra, afinal eu sei que dei trabalho, rs

Só queria mandar esse e-mail pra matar a saudade.

To na (menciona uma Universidade Pública), agora tenho bolsa PIBIC, e, tirando os problemas de sempre estou bem.

Sinto saudades.

Beijos,

Mariana

Frente a minha resposta congratulando-a pela conquista de ter passado no vestibular e ser bolsista, ela respondeu mesmo dia:

6/4/09 21:36

Olá Lúcia

Quando consegui a bolsa eu lembrei de vc, porque quando achava que não dava eu lembrava que você, uma doutora, achava inteligente. Estou no penúltimo ano do curso agora, bém estou namorando há 1 ano, e estou feliz. Nem lembro mais do que aconteceu comigo no passado, apenas qdo alguma coisa realmente me lembra (como uma notícia sobre o assunto). Mas estou bem, não tenho que reclamar no momento, rs.

Queria mesmo era contar da bolsa e dizer que foi importante você ter acreditado em mim,

Moro em (outra cidade), quase nunca vou pra São Carlos, espero um dia poder vê-la novamente.

Abracos

Mariana

A ruptura do sigilo em casos de violência contra a criança

O antigo Código de Ética do Psicólogo de 1987, dizia trecho referente às responsabilidades gerais do psicólogo, quanto ao sigilo profissional:

Art. 21 – “O sigilo protegerá o atendimento em tudo aquilo que o psicólogo ouve, vê ou de que tem conhecimento como decorrencia do exercício da atividade profissional” (Conselho Regional de Psicologia, 1996, p.71).

A ruptura do sigilo propriamente dito era contemplada no Art. 27:

“A quebra do sigilo só será admissível quando se tratar de delito ou de gravidade de suas consequências para o paciente atendido ou para terceiros puder criar para o psicólogo o impedimento de consciência de denunciar o fato.” (Conselho Regional de Psicologia, 1996, p. 71).

No Código mais recente, de 2005, o mesmo assunto é apresentado também dentre as responsabilidades do psicólogo:

Art. 9 – “É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional e de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pes-

soas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional.

Art. 10 – “Nas situações em que se configure conflito entre as exigências decorrentes do disposto no Art. 9. e as afirmações dos princípios fundamentais deste Código, excetuando-se os casos previstos em lei, o psicólogo poderá decidir pela quebra de sigilo, baseando sua decisão na busca do menor prejuízo”

Parágrafo único – “Em caso de quebra de sigilo previsto no caput deste artigo, o psicólogo deverá restringir-se a prestar as informações estritamente necessárias”. (Conselho Regional de Psicologia, 2006, p. 66-67).

Vejam os que diz, a lei: O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, Brasil, 2002) reza dentre as disposições preliminares:

Art. 5 – “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (Brasil, 2002, p 13).

Ainda segundo o ECA (Brasil, 2002), dentre os crimes e as infrações administrativas:

Art. 245 – “Deixar o médico, professor ou responsável, por esta-belecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças ou adolescente: Pena – multa de 3 a 20 salários de referência”. (Brasil, 2002, p 105).

Portanto, fica claro que o psicólogo pode romper o sigilo conforme diz o ECA, em situações de violência contra a criança e o adolescente, pois há certamente conflito entre essas duas finalidades. Mas como proceder com a análise do menor prejuízo? No caso de Mariana, que decisão acarretaria o menor prejuízo para a menina? Que procedimento faria mais jus ao ECA? Seria apropriado convencer Mariana de que ela deveria fazer a revelação de abuso sexual à sua mãe?

1 Não se trata aqui de culpabilizar a antiga psicóloga de Mariana, mesmo porque, como já dito, ela atuou antes do Código de Ética de 2005.

Acredito que não. Em primeiro lugar, ao empreendimento estamos atribuindo uma responsabilidade de profissional em questão. Em segundo lugar, não há garantia que a mãe irá proceder diante da revelação de abuso de modo apropriado, seguindo a lei vigente. Embora a mãe de Marian denuncie e buscando ajuda profissional, a literatura frequentemente mostra casos contrários em que mães ou adultos apresentam reações emocionais e adversas frente à revelação de abuso pela criança (Allagga (2004) apresentou estudos com população de não clínica de pessoas que foram vítimas de abuso sexual na infância, afirmando que de 30 a 80% das pessoas não fazem revelação sobre o abuso até a fase adulta. Van Derburg (1992) apresenta dados de Roesler e Wind (1992) que ilustram diversos motivos. Segundo os autores que entrevistaram adultos que sofreram abuso sexual na infância (em média aos seis anos de idade), aqueles que contaram aos pais antes dos 18 enfrentaram a seguinte reação dos mesmos: raiva (42%), colocaram a criança em uma reação histérica (30%).

Portanto, embora a revelação de abuso sexual pela criança seja em geral, o único modo pelo qual o adulto pode interromper a vitimização da mesma, o adulto em geral não costuma preparar-se para interromper tal ciclo, pois o assunto é complexo e acarretando em mudanças imediatas e até mesmo o caos familiar. Quando, entretanto, o adulto ouve a criança com atenção, valoriza os seus esforços para narrar o que aconteceu, acredita na mesma e busca ajuda, ele ou ela atua favorecendo o prognóstico do caso. O que diria nessas situações o Código de Ética da American Psychological Association (2003)? O parágrafo 4º, discorre sobre a confidencialidade, dizendo que:

"Os psicólogos têm obrigação primária e tomam precauções consideráveis para proteger informação confidencial obtida e revelada em qualquer meio, reconhecendo que a extensão e os limites da confidencialidade podem ser regulados por lei ou por estabelecidos por regras institucionais, profissionais ou de natureza científica" (American Psychological Association, 2003).

⁴ Tradução da autora.

354

Adicionalmente, há informações detalhadas sobre a possibilidade de se discutir com clientes os limites da confidencialidade, antes de iniciar o tratamento, conforme pode ser visto no parágrafo 4.2:

Os psicólogos discutem com as pessoas (incluindo, na medida do possível, pessoas que são legalmente incapazes de dar consentimento informado e seus representantes legais) e organizações com as quais estabelecem um relacionamento profissional ou científico:

1. os limites relevantes da confidencialidade e
2. os usos previstos da informação gerada pelas atividades psicológicas.

A não ser que impraticável ou contra-indicado, a discussão da confidencialidade ocorre no início do relacionamento e após, se as circunstâncias exigirem. (American Psychological Association, 2003; ver também Fischer, 2008).

E quais seriam na América do Norte, os limites da confidencialidade? Uma circunstância apropriada seria quando é preciso "proteger o cliente/paciente, psicólogo ou outros de danos". (American Psychological Association, 2003). Essa regra é conhecida como a Regra de Tarasoff por conta de um caso trágico: Prosh Podder, era um indiano que estudava engenharia na Califórnia quando, em 1976, apaixonou-se por Tatiana Tarasoff, que era irmã de um seu colega da Universidade. Podder confessou ao seu psicólogo que queria ferir Tatiana, vindo a assassiná-la em seguida. Houve um processo na Califórnia argumentando que o psicólogo em questão poderia ter evitado a morte de Tatiana Tarasoff, se tivesse rompido o sigilo (Pierce, 2005). As regras de Tarasoff, portanto, incluem que em caso de risco de vida (do cliente ou de outrem) o:

"O Terapeuta tem a obrigação de avisar a vítima potencial, o Terapeuta precisa notificar as autoridades e tomar medidas para prevenir a ameaça de perigo: aumentar a frequência das sessões, encaminhar paciente para avaliação médica; controle da raiva, hospitalização voluntária ou involuntária" (Pierce, 2005).

Além da possibilidade de risco de morte de terceiros ou do próprio cliente, uma outra situação em que a confidencialidade apresenta limites, nos Estados Unidos, envolve os casos de abuso sexual infantil, tenha tal abuso ocorrido no presente, no passado (conforme leis específicas de cada Estado americano) ou até mesmo no futuro (Monitor on Psychology, 2002). Aqui surge uma

355

pergunta: nos casos de pesquisa, o que ocorre se ao colocar pergunta o pesquisador deparar-se com uma revelação de sexual? A resposta dependerá da relação estabelecida com participante do estudo. Se houver um vínculo com tal participante (por exemplo, não se restringindo a uma simples resposta questionário), o sigilo deve ser rompido. Se, entretanto, não houver vínculo e o delito ter ocorrido no passado, a resposta é negativa.

Sobre a ética de se perguntar ou não sobre abusos pesquisas, Becker-Blease e Freyd (2006), argumentam que não proceder com uma notificação da suspeita de abuso que a) isso for legalmente permitido; b) fazê-lo tem o potencial de acarretar benefícios para a sociedade e para os participantes; c) risco aos participantes não se sobrepõe aos benefícios para sociedade e os participantes; d) os participantes estão claramente informados sob as condições nas quais o abuso será ou não notificado, de forma que não pensem erroneamente que a revelação é uma relação para uma agência externa; e e) os participantes são informados sobre como podem comunicar o abuso de tal forma que a informação alcance a agência externa apropriada.

Outra pergunta a ser feita é se a legislação dos diversos países antecipa consequências negativas para a notificação compulsória de abuso. Tal questão foi colocada, em 2005, em uma rede internacional de profissionais e pesquisadores da ISPC (*International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect*) Sociedade Internacional para a Prevenção do Abuso e Negligência Infantil, da qual participo. Houve respostas de 13 países: Canadá, EUA, Brasil, Israel, Austrália, México, Suécia, Dinamarca, Noruega, França, Hungria, África do Sul e Malásia. Foram identificadas legislações que mencionavam consequências para a omissão de notificação em apenas quatro de tais países: Canadá, França, Suécia e Israel. A consequência prevista para o profissional é uma multa de US\$ 1.000,00 e até um ano de cadeia; Brasil (multa de até 20 salários vigentes) e Israel (3-6 meses de prisão valendo o tanto para o profissional quanto para o público em geral). A pergunta para o profissional quanto para o público em geral: A pergunta a seguir envolvia dizer se alguém conhecia ou soubera de algum profissional que havia recebido uma consequência por violar a legislação nessas circunstâncias e, em dois países, surgiram respostas afirmativas: no Canadá em relação a um médico e nos EUA no caso de uma enfermeira que atuava no Sistema de Ensino Público cujo caso ainda estava inconcluso nos trâmites legais.

Gostaria de narrar uma situação em que tive que romper o sigilo profissional atuando como psicóloga no Sistema de Ensino

da cidade de Toronto no Canadá (ver Williams, 1999). Na ocasião eu participava de um projeto em uma Escola de Ensino Fundamental (*Park Public School*), situada em um bairro carente. O projeto envolvia trabalhar com adolescentes do sexo feminino em risco de evasão escolar, seja por virem de famílias de origem pobre ou por estarem em situação de pobreza. Assim, essas adolescentes apresentavam risco de gravidez precoce. Durante o projeto, eu e a professora responsável tinham uma sala especial, dentro da escola, que eu chamava de "sala de clube" — elas, inclusive, haviam pintado as paredes da sala. O racional para o projeto era proporcionar uma sala mais atraente ou reforçadora seja por fornecer um espaço para discussão e psicoterapia em grupo, seja ao promover passeios em restaurantes, shoppings) de forma a prevenir a evasão escolar.

Durante a psicoterapia em grupo houve uma revelação de abuso sexual por uma das adolescentes, dizendo que durante o acampamento um dos professores da escola havia praticado um ato sexual violento ao pudor. Outras adolescentes do grupo confirmaram a versão, dizendo que elas também haviam sido vítimas do mesmo professor. A Secretária de Educação de Toronto tinha regras muito claras sobre o imperativo de quebra de sigilo, bem como o Conselho Regional de Psicologia de Ontário, província da qual Toronto é capital.

Assim, eu sabia que aquelas informações não poderiam passar incólumes e eu que eu precisaria notificar o ocorrido, quebrando o sigilo. Conforme o protocolo acordado eu precisaria informar a Diretora da Escola, que por sua vez notificou o Conselho Tutelar e a Polícia. O professor da escola foi então afastado (com o salário ativo) enquanto prosseguia a investigação. Não foi uma tarefa fácil. Eu sabia que seria rompido o vínculo terapêutico com as adolescentes, como de fato aconteceu. (Como eu imaginara, as adolescentes ficaram desapontadas e não quiseram prosseguir com o atendimento). A Diretora me relatou que o procedimento de afastar o colega "foi a coisa mais difícil que ela havia feito em sua longa carreira".

Havia, entretanto, no procedimento o cuidado em manter a denúncia anônima de modo a não penalizar o profissional por um suposto agressor que poderia querer retaliar. A denúncia canadense não foi substanciada (como geralmente ocorre na maior parte de alegações de abuso sexual) e o professor voltou a lecionar. O comportamento do professor em questão foi, também,

apropriado. Ele deveria suspeitar que a denúncia partira da pessoa (eu era a única psicóloga atuando na escola), mas se comportou de modo profissional, parecendo saber apenas cumprira o meu papel.

Por que, então, o sistema de ensino público canadense Conselho de Psicologia local consideram o rompimento de um prejuízo menor, merecedor, portanto, da quebra de resposta e encontrada na seriedade com que o abuso contra a criança e o adolescente é encarado no Canadá, em decorrência às suas sérias sequelas provocadas por uma intervenção urgente necessidade em se quebrar o ciclo intergeracional da violência sexual. Ou seja, em primeiro lugar vem a necessidade de se colocar uma criança ou um adolescente em segurança interrompendo o ciclo de abuso e depois vem as devidas considerações.

É por isso que todo o psicólogo clínico no Brasil – como todo profissional de saúde e da educação – deveria considerar as possíveis sequelas a longo prazo do abuso sexual, tal como falta de prazer no sexo, promiscuidade, transtornos de sexualidade, isolamento, depressão, ideação suicida, desvalorização, transtornos de alimentação, doenças somáticas, fugas de casa, evasão escolar e maior propensão a apresentar problemas psiquiátricos (Williams, 2009). Como concluiu um estudo recente que reviu 20 anos de estudo sobre as consequências de abuso sexual infantil, há evidências de que tal estressor acarretar nas vítimas (ou sobreviventes do abuso, conforme perspectiva), uma grande variedade de problemas médicos psicológicos, comportamentais e sexuais (Maniglio, 2009).

Além disso, precisamos capacitar nossos psicólogos para terem mais segurança nos momentos de cumprir a lei (Estatuto rompendo o sigilo para colocar a criança em proteção, sendo para isso teremos que continuar a oferecer apoio e consultoria constante para os casos de difícil tomada de decisão.

Referências

Allagia, R. (2004). Many ways of telling: Expanding conceptualization of child sexual abuse disclosures. *American Journal of Psychology*, 139, 1252-1256.

Associação Americana de Psiquiatria (2002). *DSM – IV-TR. Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Tradução de Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed.

American Psychological Association (2003). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington: American Psychological Association. (http://www.apa.org/ethics/code2002.html#4_01 acessado em 13/10/2009).

Beck, A.T. (2001). Inventário de Depressão de Beck. Em J.A. Cunha (2001). *Manual da versão em português das Escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Baker-Blease, K.A. e Freyd, J.J. (2006). Research participants telling the truth about their lives: The ethics of asking and not asking about abuse. *American Psychologist*, 61, (3), 218-226.

Brasil (2002). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília: Ministério da Justiça.

Debar, J.A.D. (2007). *Depoimento sem dano*. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora.

Conselho Regional de Psicologia (1996). *Código de Ética e Profissional do Psicólogo - 1987. Manual do Conselho Regional de Psicologia - 06*. São Paulo: CRP.

Conselho Regional de Psicologia (2006). *Código de Ética Profissional do Psicólogo - 2005. Manual de Orientações*. Conselho Regional de Psicologia SP. São Paulo: CRP.

Dunningham, A. (2009). Dificuldades apresentadas por crianças ao prestar depoimento no fórum judicial e como ajudá-las. Em L.C.A. Williams e Araújo, E.A.C. (Orgs.). *Prevenção do abuso sexual infantil: Um enfoque interdisciplinar*. (pp. 162-172). Curitiba: Editora Juruá.

Doblinger, E., & Heflin, A.H. (1996). *Treating sexually abused children and their non-offending parents: A Cognitive Behavioral Approach*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Dobke, V. (2001). *Abuso sexual: a investigação das crianças* (uma abordagem interdisciplinar) Ricardo Lenz Editor. Porto Alegre.

Fisher, M.A. (2008). Protecting confidentiality rights: The need for an ethical practice model. *American Psychologist*, 63, (1), 1-13.

Habizang, L.F., Stroehrer, F.H., Hatzenberger, R., Cunha, R.C., Ramos, M.S., & Koller, S.H. (2009). *Revista de Saúde Pública*, 43, (1), 70-78.

Habizang, L.F., Koller, S.H., Stroehrer, F.H., Hatzenberger, R., Cunha, R.C. & Ramos, M.S. (2008). *Entrevista clínica com crianças e*

adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estudos de Psicologia* (3), 285-292.

Kemnerley, H. (2000). *Overcoming childhood trauma: A self-help using Cognitive Behavioral Techniques*. Nova York: New University Press.

Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29, 647-657.

Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook/practical therapist for assessing and treating adults with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)*. Waterloo: Institute Press.

Monitor on Psychology. (2002). Ethics Round: Reporting past (part II), 33, (7), p.90. Washington: American Psychological Association.

Padilha, M.G.S. & Gomide, P. I.C. (2004). Descrição de um procedimento terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estudos de Psicologia*, 9, (1), 53-61.

Padilha, M. G. S. & Antunes, M. C. C. (2009). Considerações sobre o Depoimento Sem Dano em casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes. Em: L. C. A. Williams & E. A. C. Araújo (Orgs.), *Prevenção do Abuso Sexual Infantil: Um enfoque interdisciplinar* (pp. 173-189). Curitiba: Editora Juruá.

Padovani, R.C. & Williams, L.C.A. (2008). Histórico de violência intrafamiliar em pacientes psiquiátricos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28 (3), 520-535.

Pierce, L.M. (2005). Ethical and legal issues in mental health practice. Curso dado no 10o. *Congresso Internacional sobre Violência Familiar*, 16-21 de setembro. San Diego.

Rathus, S.A. (1997). Escala de Assertividade. Em: E. Echeburuena & Vencendo a Timidez (pp.76-77). São Paulo: Editora Mandarim.

Santos, B.R. e Gonçalves, I.B. (2008). *Depoimento sem medo (?) Cultura e práticas não-revitimizantes*. São Paulo: *Childhood Brasil* (WCA).

Van Derbur, M. (2004). *Miss America by day: Lessons learned from ultimate betrayals and unconditional love*. Denver: Oak Ridge Press.

Williams, L. C. A. (1999). A atuação do psicólogo em um município globalizado: a experiência de uma década de trabalho no *Canal de Psicologia: Ciência e Profissão*, 19, 32-39.

Williams, L.C.A. (2009). Introdução ao estudo de abuso sexual infantil: análise do fenômeno no município de São Carlos. Em L.C.A. Williams & Araújo, E.A.C. (Orgs.). *Prevenção do abuso sexual infantil: Um enfoque interdisciplinar*. (pp.21-40). Curitiba: Editora Juruá.

Capítulo 20

Intervenção em grupo em resolução de problemas sociais com adolescentes em conflito com a lei¹

Ricardo da Costa Padovani

Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams

O envolvimento de jovens em ações violentas e criminosas constantemente denunciado pela imprensa escrita e falada se apresenta como uma temática amplamente discutida pela sociedade brasileira. Entretanto, é reduzido o número de ações da União, do Estado e dos Municípios voltadas à prevenção e ao manejo do comportamento violento entre jovens (Assis & Constantino, 2005; Padovani & Williams, 2005). É importante mencionar que a infração cometida pela população juvenil não é um fenômeno isolado, restrito às classes de menor poder aquisitivo e tampouco, específico do Brasil (Assis & Constantino, 2005; Laranjeira, 2007). Trata-se de um fenômeno heterogêneo e complexo, envolvendo diferentes trajetórias (Loeber & Loeber, 1998; Wiesner & Capaldi, 2003).

Diversos estudos apontam como fatores de risco para a emergência do comportamento infrator: maus-tratos e abusos infantis, problemas psiquiátricos parentais, bem como envolvimento parental em atividades criminais (Gomide, 2003; Loeber & Loeber, 1998; Patterson, Reid, & Dishion, 1992).

¹ Esse capítulo é fruto da pesquisa de Doutorado do primeiro autor (Padovani, 2009), sob orientação da segunda autora, com apoio do CNPq. Outras publicações relacionadas: Padovani e Williams (2005) e Padovani, Scheitini e Williams (2009).