

Mikael Almeida Corrêa¹
Ana Cristina Garcia Dias²
Marilene Zimmer³

Terapia Cognitivo-Comportamental Focada no Trauma no contexto de acolhimento institucional

Trauma Focused Cognitive-Behavioral Therapy in foster care context

RESUMO

O acolhimento institucional visa oferecer experiências reparadoras a jovens afastados do convívio familiar - processo que pode ser facilitado pela atuação do psicólogo. Apesar de ser uma prioridade do acolhimento, a reintegração familiar destes jovens ainda é um evento pouco frequente no contexto brasileiro. O objetivo deste relato de experiência profissional é descrever o atendimento psicológico de um jovem em acolhimento, que buscou facilitar a sua transição para o convívio familiar. O atendimento foi realizado em uma clínica escola no interior do Rio Grande do Sul, e teve como base a Terapia Cognitivo-Comportamental Focada no Trauma (TCC-FT), com ênfase na narrativa do trauma. A história de vida do paciente foi retratada através de desenhos, possibilitando a reestruturação crenças e de memórias traumáticas que dificultavam sua reintegração familiar e sua saída da casa de acolhimento. Este trabalho exemplifica uma adaptação positiva ao acolhimento institucional e uma posterior reintegração familiar, e descreve como intervenções narrativas podem ser adaptadas ao trabalho com desenhos e imagens mentais. Essa abordagem da TCC-FT com desenhos e imagens mentais demonstra ser promissora no trabalho com jovens em acolhimento, pois pode facilitar o acesso e elaboração de eventos traumáticos, bem como o processo de reintegração familiar.

Palavras-chave: Psicologia clínica; Terapia cognitivo-comportamental; Criança institucionalizada

ABSTRACT

The foster care aims to offer reparative experiences for youth deprived from family life - a process that can be aided by the psychologist. The return of youth into family life is a priority. Although, the reintegration is still an uncommon event in the Brazilian context. The aim of this professional experience report is to describe the psychological attendance of a youth in foster care, which aimed to facilitate his transition into family life. The attendance takes place in a clinic school at the state of Rio Grande do Sul (Brazil), and was based on Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT), with emphasis on the trauma narrative. The patient's life history was portrayed through drawings, making possible the restructure of beliefs and traumatic memories which made him worried about family reintegration and leaving the host house. This report exemplifies a positive adaptation to a foster care institution and subsequent family reintegration, and describes how narrative interventions can be adapted to the work with drawings and mental images. This CBT-FT approach with drawings and mental images shows promise with youth in foster care, as it can facilitate the access and elaboration of traumatic events, as well as the process of family reintegration.

Keywords: Clinical psychology; Cognitive-behavioral therapy; Institutionalized child.

¹ Psicólogo - (Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS) - Porto Alegre - RS - Brasil.

² Doutora em Psicologia - (Professora Associada da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS).

³ Doutora em Ciências Médicas - Psiquiatria - (Professora Associada da Universidade Federal do Rio Grande - FURG).

Correspondência:

Mikael Almeida Corrêa.
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.
Rua Ramiro Barcelos, 2600, sala 114.
Bairro Santana, Porto Alegre, RS.
CEP: 90.560-002.
E-mail: mikael.correa@ufrgs.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 20 de outubro de 2017. cod. 538.

Artigo aceito em 27 de julho de 2018.

DOI: 10.5935/1808-5687.20180018

No Brasil, os Serviços de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA) estão inseridos nas propostas de serviços de Alta complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (Governo Federal, 2009). O acolhimento é uma medida de caráter excepcional, adotada quando há o esgotamento de demais recursos para a manutenção das crianças e adolescentes junto às suas famílias de origem. Esta medida pretende minimizar os impactos de um eventual abandono ou afastamento do convívio familiar através da promoção de experiências reparadoras (Governo Federal, 2009). É neste processo que o trabalho do psicólogo pode estar inserido, contribuindo com a promoção de saúde psicossocial dos jovens acolhidos.

Há uma diversidade de modelos interventivos baseados na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para crianças e adolescentes (Caminha, Caminha, & Dutra, 2017; Friedberg & McClure, 2002; Petersen & Wainer, 2011). Alguns destes modelos tratam especificamente de experiências traumáticas na infância ou adolescência, tais como a negligência e o abuso sexual (Deblinger, Pollio, Runyon, & Steer, 2017; Habigzang, Hatzenberger, Corte, Stroehrer, & Koller, 2006; Hohendorff, Salvador-Silva, Andrade, Habigzang, & Koller, 2014). Estudos de revisão sistemática como os desenvolvidos por Passarela, Mendes e Mari (2010) e Tractenberg, Maciel, Schiavon, Levandowski e Kristensen (2016) apresentam a eficácia da TCC na redução de sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e em situações de Trauma Complexo (TC).

A Terapia Cognitivo-Comportamental Focada no Trauma (TCC-FT) é um modelo de intervenção psicossocial, com bases na TCC de J. Beck, cujo foco é direcionado aos sintomas relacionados ao trauma, desenvolvido para crianças e adolescentes. A narrativa do trauma (ou intervenção narrativa) é um procedimento central deste modelo, e consiste em uma forma de exposição gradual às memórias traumáticas (Foster, 2014). A partir de recomendações de implementação da TCC-FT, elaboradas pela *National Child Traumatic Stress Network (NCTSN)*, esta narrativa pode ser facilitada através da escrita de livros, poemas ou histórias sobre um evento traumático, a fim de explorar cognições distorcidas associadas ao acontecimento (NCTSN, 2004). Nos casos em que o trauma não esteja circunscrito a um único evento traumático (e.g., Trauma Complexo) a narrativa pode abranger toda a linha do tempo da vida do paciente, não limitando-se um episódio específico. Durante esta narrativa, o terapeuta pode intervir a fim de psicoeducar o paciente sobre o contexto ou evento traumático e os sintomas associados, além de auxiliá-lo a trazer o máximo de detalhes possível, integrando seus pensamentos e sentimentos de forma significativa (Cohen, Mannarino, & Delinger, 2006; Hanson & Jobe-Shields, 2017).

A ênfase na narração da história pessoal é importante nessa abordagem, como também ocorre em Terapias Cognitivas Construtivistas, como a Terapia Narrativa (Santos, Lopes, & Neufeld, 2013). Porém, é importante ressaltar que estas terapias partem de pressupostos filosóficos e epistemológicos distintos da TCC de J. Beck e, portanto, podem apresentar práticas clínicas com objetivos também distintos (Abreu & Roso, 2003).

O objetivo da TCC-FT é reduzir as respostas emocionais e comportamentais negativas associadas aos acontecimentos traumáticos. Trata-se de um modelo flexível, apesar de sua estruturação em um protocolo básico. Além da aplicação individual pode ser adaptada ao trabalho com grupos (Auslander et al., 2017). A exposição ao trauma através da narrativa deve ser sensível ao nível de desenvolvimento da criança ou adolescente, buscando um balanço ideal entre o apoio e o desafio (Foster, 2014).

Esta flexibilidade é especialmente necessária em casos onde houve uma exposição crônica a contextos estressores, que pode causar uma sintomatologia complexa (Lobo, Brunnet, Schaefer, Arteché, & Kristensen, 2014; Parsons, 2017; Tractenberg et al., 2016; Wong, Clark, & Marlotte, 2014). Esta sintomatologia pode ser ligeiramente distinta daquela causada por estressores únicos - que, geralmente, se assemelham mais ao TEPT. Desta forma, situações de negligência física ou emocional - que não são somente de natureza episódica, mas contextual - tendem a despertar respostas traumáticas não necessariamente englobadas pelos critérios diagnósticos de um TEPT. Estas respostas podem ser apresentadas, por exemplo, como estados dissociativos e/ou de desregulação emocional (Lobo et al., 2014; Viola, Schiavon, Renner, & Grassi-Oliveira, 2011), o que exige um olhar atento na avaliação clínica e uma maior flexibilidade na estrutura do tratamento. Estes casos podem ser frequentes, por exemplo, entre jovens que são acolhidos em razão de abandono ou negligência, que são causas comuns da decisão pelo acolhimento institucional (Turney & Wildeman, 2017). Também é necessário flexibilizar a intervenção de acordo com as capacidades de comunicação oral e escrita de cada paciente. A narrativa do trauma pode ser adaptada ao trabalho com imagens mentais e à forma de desenho (Hanson & Jobe-Shields, 2017), considerando que a verbalização do trauma pode ser difícil, especialmente durante a infância (Parsons, 2017). No entanto, os manuais de TCC-FT oferecem poucos detalhes sobre como exatamente tais adaptações podem ser feitas.

No que se refere a atuação do psicólogo no sistema público de saúde, a TCC ocupa uma posição importante enquanto abordagem de escolha, devido a sua adequação às demandas da saúde pública (Silva, Pereira, & Aquino, 2011). As justificativas para tal incluem o fato de ser, geralmente, de curta duração e orientada para o presente (J. Beck, 2013), além de possuir protocolos e estratégias baseadas em evidências (Dobson & Dobson, 2016). Tais características fazem com que a TCC seja de fácil utilização nos serviços de saúde (Cardoso, 2013). Assim, a narrativa do trauma pode ser um procedimento clínico importante no tratamento não só em casos de TEPT como também para pessoas que foram expostas a diferentes estressores contextuais, associados à negligência física e emocional. Por exemplo, um estudo realizado pelo *Northwestern University Mental Health Services & Policy Program (NUMHSPP)* mostra evidências de eficácia da TCC-FT no tratamento do trauma com jovens em acolhimento institucional no estado de *Illinois* (Estados Unidos) (NUMHSPP, 2008).

No Brasil, em consonância com a Constituição de 1988 (Governo Federal, 1988), o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no Art. 19, assegura o direito do jovem à convivência familiar e comunitária, com prioridade para a família de origem e, excepcionalmente, em uma família substituta (Governo Federal, 1990). Desta forma, o acolhimento institucional configura-se como uma medida protetiva e provisória, podendo durar dos 0 até os 18 anos dos jovens. Através de uma consulta ao relatório do Cadastro Nacional de Crianças e Adolescentes Acolhidos, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), na data de 16 de agosto de 2017 a estimativa de jovens acolhidos chega a 47.223 (CNJ, 2017). No ano de 2014, quando o levantamento de jovens acolhidos foi de 45.237, o CNJ estimou que as reintegrações familiares corresponderam a menos de 8% dos casos (Soares, Souza, & Cardoso, 2015). Desta forma, é possível verificar que a reintegração familiar, embora seja uma prioridade do acolhimento institucional, ainda representa um evento de baixa ocorrência a nível nacional.

As instituições responsáveis por ofertar esse serviço – as chamadas casas de acolhimento – precisam apresentar o aspecto de um lar, oferecendo aos jovens um ambiente digno e acolhedor (Governo Federal, 2009). Embora o objetivo central dessas instituições seja proteger o jovem, as casas de acolhimento ainda são vistas como ambientes inseguros e inapropriados para o desenvolvimento dos indivíduos, ou mesmo pouco interessantes para o desenvolvimento de atividades profissionais que buscam o tratamento, prevenção e promoção em saúde (Avoglia, Silva, & Mattos, 2012; Geiger, Piel, & Julien-Chinn, 2017). Este estereótipo negativo destas instituições tende a estigmatizar os jovens que vivem neste contexto (Buffa, Pauli-Teixeira, & Rossetti-Ferreira, 2010).

De fato, o acolhimento institucional está frequentemente associado a experiências traumáticas ou de desamparo, uma vez que a negligência é justamente uma causa comum da decisão por esta medida (Turney & Wildeman, 2017). As transições entre bairros e escolas e o consequente rompimento no vínculo familiar e com os pares são comuns à população que utiliza esse tipo de serviço (Fawley-King, Trask, Zhang, & Aarons, 2017). Porém, cabe lembrar que experiências traumáticas, em geral, antecedem a transição do jovem para a situação de acolhimento e, portanto, estão relacionados a fatores que não se referem necessariamente às casas de acolhimento (Jackson, Huffhines, Stone, Fleming, & Gabrielli, 2017; Turney & Wildeman, 2017). Desta forma, não se pode incorrer na generalização de que a vivência dos jovens acolhidos é sempre negativa, uma vez que, apesar do estigma social, a literatura mostra que eles podem ter um desenvolvimento positivo e perceber estas instituições como fonte de apoio social (Siqueira & Dell'Aglio, 2006).

Nesse sentido, é importante considerar, ainda, que o acolhimento institucional não pretende ser um equivalente ao convívio da família, de forma que a busca pela reintegração familiar é uma constante nesse trabalho, conforme propõe a diretriz governamental. A concretude deste ideal está associada, em parte, a um trabalho em rede, que possa oferecer atenção

integral aos jovens e suas famílias, resgatando suas histórias e vínculos (Rocha, Arpini, & Savegnago, 2015). É neste processo que o acompanhamento psicológico pode auxiliar na adaptação dos jovens – seja no ingresso na casa de acolhimento, seja no processo de adoção ou reintegração familiar. Em meio às diferentes transições vivenciadas por jovens em acolhimento, a compreensão de sua própria história e o estabelecimento de um projeto de vida futuro são elementos importantes para se alcançar melhores níveis de desenvolvimento (Kalus, 2016).

Destaca-se que o acompanhamento psicológico é ainda mais requisitado, e necessário, quando o acolhimento é antecedido por experiências traumáticas de diferentes ordens. Através da TCC-FT, o psicólogo pode auxiliar o jovem acolhido a ressignificar estas experiências, a fim de criar um desfecho esperançoso para esta narrativa são destacadas experiências positivas de vida (NCTSN, 2004). Desta forma, diante das transições pelas quais os jovens em situação de acolhimento institucional passam, a elaboração de um projeto de vida passa a ser também foco de atenção das intervenções narrativas. No entanto, há poucos exemplos de tais intervenções na literatura brasileira, apesar da grande demanda de jovens brasileiros em situação de acolhimento e com dificuldades para lidar com as transições comuns a esse contexto. Adaptar a intervenção narrativa para o trabalho com desenhos e com imagens mentais pode ser especialmente útil em casos de trauma na infância ou com pacientes que apresentam pouca capacidade de comunicação verbal e escrita. Além disso, há uma escassez de publicações que descrevam como esse processo pode ser realizado e também de publicações que relatem casos de reintegração familiar a partir da perspectiva da TCC. Considerando o exposto, o objetivo deste relato de experiência profissional é descrever o processo de atendimento psicológico de um jovem em acolhimento institucional, que teve como base a TCC-FT. Mais especificamente, o tratamento buscou ressignificar eventos traumáticos e a trajetória de vida do paciente, através da narrativa do trauma, além de reestruturar cognições que o faziam temer a reintegração familiar e a saída da casa de acolhimento.

MÉTODO

PARTICIPANTE

O paciente Theo (nome fictício), de 11 anos, sexo masculino, foi encaminhado para aconselhamento psicológico após uma avaliação psicológica solicitada juridicamente. Esta experiência profissional ocorreu no interior do Rio Grande do Sul, em uma clínica-escola de uma universidade. O serviço da clínica-escola constitui a única via pública de acesso ao atendimento psicológico com formato de psicoterapia individual para jovens em acolhimento no município em questão, uma vez que os demais órgãos não dispõem dessa modalidade de atendimento (os Centros de Referência em Assistência Social, por exemplo, oferecem somente oficinas grupais).

O paciente foi encaminhado para atendimento pela equipe técnica da casa de acolhimento na qual residia, após a realização de uma avaliação psicológica, solicitada à equipe da casa por via jurídica. O prontuário de atendimento do paciente e o relatório da referida avaliação são as fontes para as informações descritas nesse trabalho. Mais especificamente, as informações sobre os antecedentes históricos do paciente referem-se ao relatório de avaliação, e as informações sobre as entrevistas iniciais e os desdobramentos do caso referem-se ao prontuário de atendimento.

PROCEDIMENTOS DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Segundo o relatório, as estratégias de avaliação utilizadas pela psicóloga avaliadora designada pela via jurídica foram “entrevistas de livre estruturação, técnicas gráficas, jogo livre e observação de conduta” (conforme relatório de avaliação). A psicóloga também coletou informações complementares através de entrevistas com: a psicóloga da casa de acolhimento; a psicóloga que prestou atendimentos breves ao menino no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI) do município (demanda: dificuldades de aprendizagem); e com o casal de guardiões que havia tentado adoção.

A razão para a solicitação de atendimento na clínica-escola refere-se a queixas sobre a desregulação emocional do menino e episódios de comportamento sexualizado na escola e na casa dos guardiões. A adoção dos guardiões não se concretizou em razão destes comportamentos. O relatório de avaliação do menino descreve a existência de um histórico de abandono e negligência, com suspeita de abuso sexual não confirmado, luto traumático pela morte da mãe aos 6 anos de idade e pelo encarceramento do pai, e sucessivas transições entre residências de familiares antes do acolhimento institucional. O pai esteve em situação de cárcere desde o nascimento do jovem até os dias que se encerraram os atendimentos aqui relatados. O mesmo realizava visitas periódicas ao menino, em regime semiaberto. Além do comportamento sexualizado, o menino tendia a estar isolado dos pares e relatava os acontecimentos de sua vida de forma dissociada (e.g. confusão entre passado e presente, relatos incongruentes ou contraditórios sobre os mesmos fatos).

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Os procedimentos éticos para este relato de experiência estão em consonância com a Resolução nº 510, de 07 de Abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe normas à pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e considerações específicas para este modelo de produção científica (Art. 1º, Parágrafo único, inciso VII). As informações do paciente serão limitadas de acordo com sua relevância para o relato e, quando possível, substituídas por informações fictícias.

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

Os procedimentos clínicos tiveram como base teórica e técnica a TCC de J. Beck (J. Beck, 2013), com ênfase na narrativa do trauma (ou intervenção narrativa) da TCC-FT, conforme

apresentada no manual de implementação elaborado pela NCTSN (NCTSN, 2004). Este documento assevera a adequação da TCC-FT no tratamento de jovens que não dispõem da participação dos cuidadores durante os atendimentos e que estejam em acolhimento institucional (NCTSN, 2004, p. 6). Recomenda-se que a intervenção se desenvolva em um período mínimo de 12 sessões. Durante a narrativa do trauma, o terapeuta pode lançar mão de técnicas de relaxamento e de recursos que possam facilitar o relato, como desenhos ou encenações através de bonecos.

O atendimento psicológico descrito nesse estudo teve 24 sessões, ao longo de sete meses, sem ausências do paciente. As sessões estão dispostas neste relato de acordo com as metas específicas de cada etapa do atendimento psicológico. No total, foram realizadas cinco sessões para estabelecimento do vínculo e avaliação, 13 sessões de narrativa do trauma e seis sessões para realizar o término da terapia e trabalhar com a prevenção de recaída e projeto de vida do paciente.

ENTREVISTAS INICIAIS DE AVALIAÇÃO

Após o encaminhamento para a psicoterapia, o terapeuta do caso realizou um encontro com a psicóloga avaliadora designada juridicamente e um com a coordenadora da casa de acolhimento (i.e., contato com a fonte encaminhadora), a fim de complementar as informações documentadas no relatório de avaliação. Os encontros com esses profissionais, além de esclarecer algumas informações do prontuário e do encaminhamento, enfocaram a rede de apoio social disponível, a forma de contato, a obtenção do consentimento do menino para iniciar a psicoterapia e a realização de combinações gerais sobre a logística dos atendimentos (e.g., qual membro da casa será responsável por acompanhá-lo).

As cinco primeiras sessões com o menino buscaram estabelecer uma aliança terapêutica com o paciente, além de avaliar seu contexto de vida atual e suas queixas principais. As técnicas de avaliação clínica utilizadas nessa etapa foram observações e entrevistas semiestruturadas – ou seja, com questões pré-formuladas, que eram realizadas de forma flexível de acordo com as informações que eram trazidas pelo paciente (Serafini, 2016, p. 49). Este formato de entrevista é bem aplicado à anamneses e possibilita adaptações às características de cada paciente, o que pode facilitar o estabelecimento de vínculo nas primeiras sessões.

Na primeira sessão, o terapeuta iniciou uma psicoeducação sobre o modelo da TCC e informou sobre o tempo de atendimento que, por se tratar de uma clínica-escola, provavelmente duraria até o final do ano. A fim de estimular o vínculo terapêutico e conhecer melhor o paciente foi proposto ao paciente a elaboração de uma lista de coisas que ele gostava e não gostava, além de uma lista de sonhos e medos. As listas foram escolhidas no intuito de habituar o paciente ao formato das intervenções que viriam a seguir, nas quais ele precisava agir colaborativamente e falar sobre si, registrando essas informações no papel (seja por escrito, seja por desenhos).

Na segunda sessão, ao constatar que o paciente se expressava pouco verbalmente, o terapeuta propôs ao menino a criação de uma história utilizando os bonecos da sala brinquedos da clínica-escola. Optou-se por manter a utilização de entrevistas como estratégia de avaliação, considerando a proximidade temporal do processo de avaliação já realizado (um mês, aproximadamente), as limitações de expressão do menino e a possibilidade de aprofundamento de temas emergentes durante o relato. Além disso, a opção por uma abordagem mais lúdica (i.e., brincadeira simbólica, contar histórias com bonecos) justifica-se por esta ser uma importante forma de manejo simbólico na infância, que permite acessar imagens internas e situações do cotidiano (Delval, 2013, p. 73). Não se conjugou a entrevista à estratégias de avaliação baseadas em testes, em função de se priorizar o vínculo terapêutico e diminuir uma possível resistência em dar respostas, que é comum a jovens em processo que implicam questões judiciais (ou seja, com repentinas audiências públicas e situações interrogatórias) (Cohen et al., 2016).

Desse modo, durante a segunda, terceira e quarta sessão, o terapeuta utilizou a sala de brinquedos da clínica-escola, a fim de realizar brincadeiras que objetivavam coletar informações sobre a história do menino e suas queixas principais. No início da segunda sessão, o menino se engajou, espontaneamente, em uma história interpretada pelos bonecos, os quais, um era o policial e outro era o prisioneiro. Em síntese, a história retratava um “bandido” que foi preso por “ter feito coisas ruins”. O policial que o prendeu era descrito como “muito corajoso e bom”. Os diálogos da história descreviam estas características dos personagens. O terapeuta incentivou o menino a fornecer maiores detalhes sobre os personagens e sobre o contexto da história, ao perceber a sua disposição e espontaneidade ao representá-la. A história foi, então, localizada por Théo em uma rua e bairro específicos da cidade. Posteriormente, ao consultar o relatório da avaliação psicológica, o terapeuta verificou que este local correspondia ao endereço onde o menino residia quando seu pai foi preso.

Na quarta sessão, o menino encerra a história com um desfile militar em “homenagem ao Brasil”, atribuindo muitas características positivas aos soldados e afirmando que gostaria de se tornar um soldado, pois esses eram “corajosos e bons”. O terapeuta trabalhou com a hipótese de que essa narrativa representava uma dicotomia vivida pelo menino. Esta parecia ser uma distorção de pensamento tudo ou nada entre “ser bom” e “ser mau” – onde o “mau” é representado por ser prisioneiro (tal como seu pai era) e o “bom” pela figura oposta do policial (com a qual ele se identificava). Pela primeira vez, Theo mencionou seus familiares, ao contar sobre a visita que recebeu de sua madrasta. O menino não lembrava o nome da madrasta e também não conseguia lembrar quantas irmãs tinha e quais os nomes delas. O terapeuta avaliou que estas lacunas de informações poderiam indicar dificuldades do menino em assimilar as mudanças repentinas ocorridas em sua vida e as

condições potencialmente traumáticas associadas a elas. Esses problemas também sustentavam as dificuldades atuais para buscar e estabelecer vínculos com potenciais figuras de apego.

Durante a quinta sessão, então, o terapeuta voltou a conversar sobre os objetivos do menino na terapia, a fim de acessar queixas mais específicas e planejar as intervenções clínicas, após a avaliação e o estabelecimento do vínculo. Theo afirmou que iria ver a madrasta novamente naquela semana e iria lhe preparar um presente para o dia das mães, mas que ainda não queria morar com ela. Ao ser questionado sobre os motivos, Theo relatou que a última tentativa de adoção havia sido “muito ruim” e, portanto, ele pretendia permanecer na casa de acolhimento até completar 18 anos. O menino se recusou a falar mais a respeito desta experiência ou sobre sua história familiar.

Os objetivos da terapia foram, então, traçados a partir do relatório de avaliação psicológica recebido e da avaliação do terapeuta que estava realizando atendimento, nas cinco primeiras sessões. Foram identificados fatores que, de acordo com a classificação do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)*, se enquadram entre “Outros transtornos que podem ser foco da atenção clínica” (APA, 2014, p. 759). Entre esses fatores encontravam-se a negligência infantil, os problemas de moradia e econômicos (moradia inadequada e baixa renda), a história pessoal de trauma psicológico e a suspeita de abuso sexual não confirmada.

A história de vida do menino e seus sintomas de desregulação emocional, as relações interpessoais prejudicadas e as narrativas dissociadas representam uma sintomatologia comum ao chamado Trauma Complexo (TC). Apesar de existirem diferentes definições sobre o TC, há um consenso em caracterizá-lo como uma condição na qual há múltiplos e/ou cumulativos eventos traumáticos, aos quais o paciente esteve exposto durante longos períodos de tempo (Parsons, 2017; Kliethermes, Schacht, & Drewry, 2014). Diferentes condições estressoras e potencialmente traumáticas ocorreram na vida de Théo, como a morte precoce da mãe e as mudanças de moradia repentinas e malsucedidas. O encarceramento do pai também é um fator traumático relevante que pode ser foco da TCC-FT, embora ainda existam poucas intervenções que trabalhem com esse foco (Mullane, 2017).

É comum que pacientes com TC tenham dificuldades em estabelecer relações de confiança e vínculo com outras pessoas e que os relatos de sintomas e as demandas clínicas sejam ambíguas e com foco difuso (justamente por ter causas múltiplas). Esses pacientes frequentemente não preenchem os critérios diagnósticos de TEPT (Kliethermes et al., 2014). Em geral, eles apresentam dificuldades de expressão verbal sobre o trauma e na criação de novos vínculos de apego. Sendo assim, essas demandas são melhor trabalhadas através de métodos mais ativos na terapia, que dependam menos da fala do paciente (Parsons, 2017), sobretudo quando se trata de crianças. Estes elementos contribuem para que a intervenção narrativa da TCC-FT, adaptada ao trabalho com desenhos e imagens mentais, seja uma abordagem promissora para esses casos.

As queixas trazidas pelo jovem estavam relacionadas à sua fase atual da vida e à sua ansiedade com relação a uma possível reintegração familiar, uma vez que sua primeira tentativa de adoção havia sido uma experiência negativa. Os guardiões declararam que o comportamento sexual problemático do menino foi a principal causa para a não adoção – no entanto, tais ocorrências são comuns entre crianças com histórico de trauma ou negligência, de modo que também pode ser um foco da TCC-FT (Allen, 2018). De modo geral, as queixas e demandas do menino foram entendidas como problemas de adaptação ou de transição a um período específico do ciclo de vida, que se tornam foco da atenção clínica por seu potencial de causar impacto no prognóstico da pessoa (APA, 2014, p. 768). A transição em questão, refere-se ao início do processo de reintegração familiar, marcado pelas visitas periódicas que o jovem recebia de sua madrastra. A reintegração familiar poderia representar uma repetição das rupturas abruptas de vínculos vividas. A intervenção deveria ser realizada através de uma exposição gradual ao novo contexto de vida no qual o menino seria reinserido, sendo trabalhadas questões contextuais (rede de apoio) e a reestruturação de crenças negativas sobre abandono e de memórias traumáticas do menino associadas a sua história pessoal.

Os relatos incongruentes ou vagos sobre a história pregressa do menino impediam uma maior compreensão do terapeuta sobre os demais fatores que geravam expectativas negativas sobre a sua reintegração familiar. Theo também resistia em descrever, com detalhes específicos, a tentativa anterior de adoção. Sendo assim, tornou-se necessário obter maiores detalhes sobre esses eventos ao longo da terapia, a fim de identificar a influência dos mesmos nas percepções atuais do menino sobre si mesmo, sobre os eventos da vida e sobre os outros. De fato, a construção da identidade dos jovens em contexto de adoção tende a ser difícil por conta da sensação de descontinuidade da história de vida, exigindo que estes indivíduos integrem muitas informações associadas aos diferentes contextos de vida e figuras de apego (Kalus, 2016). Nesse sentido, as intervenções narrativas, que são um elemento importante da TCC-FT, permitem não apenas a exposição gradual às memórias traumáticas, mas recontar a história pessoal, a fim de construir um sentido unificador e de continuidade do *self*, que possibilita perspectivar o futuro. Esse sentido unificador da história pessoal é fundamental para a construção da identidade e para a criação de expectativas positivas sobre as experiências futuras (Kalus, 2016). Desta forma, com a meta de construir uma narrativa de vida coerente junto ao menino e reestruturar suas memórias mais remotas, a intervenção baseada na narrativa foi escolhida como estratégia terapêutica para as próximas sessões.

NARRATIVA DO TRAUMA

Segundo J. Beck (2013), alguns pacientes precisam de técnicas mais experienciais para reestruturar memórias

antigas. Por exemplo, ao desenhar e atribuir um pensamento aos eventos de vida traumáticos, o paciente reexperimenta o evento aflitivo antigo e torna possível a reestruturação de crenças disfuncionais que possam ter se originado a partir deste episódio. Além disso, os pensamentos automáticos também se apresentam na forma de quadros mentais e imagens espontâneas (J. Beck, 2013, p. 299), ao invés de expressões verbais. Nesse sentido, o trabalho com os pensamentos automáticos foi realizado preferivelmente através da representação dessas imagens em desenhos, uma vez que Theo demonstrava dificuldades em produzir relatos verbais de suas experiências. Quando o conteúdo cognitivo é representado em desenhos, é possível realizar intervenções cognitivas a partir dos mesmos – por exemplo, modificando as cenas, explorando outros desfechos e explicações alternativas para as mesmas, ou mesmo inserindo novas cognições funcionais em forma verbal (e.g., balões de pensamentos dos personagens).

A partir da sexta sessão, até a décima-oitava sessão, a construção da história de Theo ocorreu através de desenhos, que lhe possibilitaram a reinterpretção colaborativa dos eventos de sua vida. O terapeuta convidou o menino a narrar estes desenhos e, quando possível, complementá-los com “balões de pensamentos” para os personagens. Para fins de psicoeducação, o modelo cognitivo foi reapresentado ao menino, enfatizando-se que os pensamentos e as memórias podem ser expressos tanto através de palavras quanto imagens (ou ambos), tal como “cenas de um filme em nossa cabeça”. Essas frases ou cenas, por sua vez, afetam a forma como nos sentimos e a forma com que nos comportamos. Dessa forma, o menino foi encorajado a imaginar cenas e desenhá-las, a fim de recontar e elaborar a sua história de vida.

A construção da história de vida de Theo foi iniciada na sexta sessão, com três desenhos, que retratavam suas memórias mais antigas, que o menino ainda recordava. De acordo com Theo, o primeiro desenho o retratava em casa, com 4 anos de idade, acompanhado por sua mãe e suas três irmãs; o segundo, o representava com 6 anos de idade, brincando em casa e acompanhado por sua mãe. E o terceiro desenho mostrava Theo na casa de um tio, junto com uma de suas irmãs. Os três desenhos apresentam Theo com sua família. No entanto, no terceiro desenho não há a presença da mãe. O terapeuta interpretou, então, que o desenho poderia retratar uma memória posterior ao falecimento da mãe do menino. Ao ser questionado, Theo ainda não apresentava descrições mais detalhadas sobre o contexto dos desenhos ou sobre o que os personagens sentiam ou pensavam.

Na sétima sessão, mais três desenhos foram feitos. No primeiro desenho, Theo é representado brincando com os amigos na praça, com 8 anos de idade; no segundo, está acompanhado pelas “tias da casa” - onde estava morando no momento; o terceiro desenho, por fim, o retrata na sala de brinquedos da clínica, na qual ele estava durante a sessão.

Os três desenhos apresentam Theo interagindo com diferentes grupos de pessoas (pares, cuidadoras da casa e o terapeuta) que não são membros de sua família. Porém, cronologicamente, a história já alcançava os dias atuais, e os eventos descritos no relatório de avaliação do menino ainda não haviam sido retratados. O menino também não trouxe maiores detalhes sobre as diferentes moradias que foram retratadas no desenho. Theo não conseguiu lembrar os nomes das pessoas que foram desenhadas (irmãs e tio), e seu pai não havia sido retratado em nenhum desenho. Ao ser questionado sobre maiores detalhes da sua vida familiar, Theo então relatou a morte da mãe, aos 6 anos de idade. O menino afirmou que nunca lhe contaram a causa da morte. Em seguida, também relatou sobre a prisão do pai, que teria ocorrido antes do nascimento de Theo, e contou que não o via pessoalmente havia dois anos. O relatório de avaliação e as entrevistas iniciais realizadas pelo terapeuta registraram que a família de guardiões e a equipe da casa também não tinham informações sobre a causa da morte da mãe. Já a causa da prisão do pai foi o seu envolvimento com o narcotráfico.

Uma vez que estes eventos foram revelados, o terapeuta auxiliou o menino a acrescentá-los aos desenhos que correspondiam aos respectivos períodos da história. Foram acrescentados balões de pensamentos nos personagens, que eram preenchidos por frases que demarcavam os episódios ocorridos naquele período (por exemplo, Theo pensando “Nesse ano minha mãe morreu. Fiquei muito triste.”). Nesse momento, o terapeuta intervém propiciando uma descoberta guiada de episódios, bem como dos pensamentos e emoções associados aos mesmos. Ao perceber que Theo se mostrava emocionalmente mobilizado ao desenhar, o terapeuta interrompeu a intervenção narrativa para conversar diretamente com o menino sobre como ele estava se sentindo, enfatizando a importância dessa tarefa para o seu processo terapêutico. Então, ambos se engajaram em brincadeiras não relacionadas ao tema (e.g., jogos de tabuleiro ou de tarefas, como “Cara a cara”, que envolve a descoberta dos personagens selecionados pelo adversário através de perguntas, charadas e descrição de características dos mesmos), até que o menino demonstrasse maior estabilidade emocional para prosseguir com o trabalho com as experiências traumáticas. Essa flexibilidade foi importante para garantir uma exposição gradual, ao invés de abrupta, às memórias traumáticas, e tais estratégias foram repetidas em diversos momentos da terapia.

Na oitava sessão, o menino contou que recebeu visita da madrastra e do pai, que havia conseguido uma liberação para visitá-lo. A ponte com a sessão anterior foi realizada através da revisão dos desenhos anteriores e das descrições sobre os mesmos. O menino, então, acrescentou novos comentários aos desenhos da sessão anterior. A partir desta sessão, a história começou a narrar o momento de vida atual do menino, especialmente a presença da madrastra e a possível reintegração familiar. Até esse período da terapia,

o menino apresentava as distorções cognitivas de catastrofização sobre uma possível saída da casa e de generalização sobre os aspectos negativos associados à tentativa anterior de adoção. Nessa etapa da narrativa, então, o terapeuta começou a utilizar a técnica de avançar no tempo (J. Beck, 2013, p. 305), a fim de explorar cenários futuros positivos e questionar pensamentos automáticos negativos que o menino apresentava sobre esses eventos.

Entre a oitava e a décima primeira sessão, o menino fez seis desenhos, que o retratavam na casa da madrastra com o pai, além de personagens militares. Theo comentava estes últimos desenhos como algo que ele não poderia fazer ainda, mas que sonhava fazer quando mais velho. A partir da décima segunda sessão até a décima quinta sessão, os desenhos foram revisados desde o início, com pausas para conversar a respeito das emoções e pensamentos do menino. O terapeuta o instruiu a narrar a história dos desenhos com o máximo de detalhes possível. Percebeu-se que a mobilização emocional do menino foi menor, em comparação a primeira exposição aos episódios e memórias traumáticas retratadas nos desenhos e verbalizações sobre os mesmos. Na décima terceira sessão, pela primeira vez, Theo relatou com maiores detalhes a tentativa de adoção anterior. Novamente, estas memórias foram acrescentadas aos desenhos, respeitando a linha cronológica dos acontecimentos, com balões de pensamentos nos personagens e legendas no rodapé das folhas. Ao perceber que o menino apresentava crenças de abandono associadas a esse episódio, o terapeuta entrevistou de modo a explorar, de modo colaborativo, diferentes explicações e perspectivas sobre esse episódio. Por exemplo, a possibilidade de os guardiões realmente não terem compreendido os sentimentos do menino e que isso também os deixou assustados e sem saber como poderiam ajudar. Sendo assim, o fato dele não ter sido adotado não significa necessariamente que eles não gostavam dele.

Nesta mesma semana, Theo entrou em uma banda marcial, na qual tocava tarol. O menino relatava que a participação na banda passou a lhe motivar muito e que este era o início do seu caminho até um dia se tornar militar. A partir desta sessão, a narração dos desenhos era intercalada com relatos do menino sobre os ensaios da banda. Na décima quinta sessão o livro foi finalizado, com um total de 15 desenhos, cada um complementado por uma descrição sugerida pelo menino. Estas descrições foram registradas pelo terapeuta e impressas para serem anexadas aos desenhos. A partir da décima sexta sessão até a décima oitava sessão, o roteiro das sessões foi composto majoritariamente de relatos do menino sobre os finais de semana na casa da madrastra, e do quanto ele estava repensando sobre morar com ela em breve. O terapeuta, então, reforçava que essas experiências positivas na casa da madrastra são evidências de que a reintegração pode ser um evento positivo em sua vida, ao invés de uma nova experiência traumática.

TÉRMINO DA TERAPIA E PREVENÇÃO DA RECAÍDA

Na semana posterior a décima oitava sessão, a equipe técnica da casa de acolhimento entrou em contato com o terapeuta para discutir sobre “regressões no comportamento” do menino naquela semana. Este contato demarcou a etapa final da terapia, que buscou preparar o paciente para um retrocesso potencial e responder às preocupações sobre o término da terapia (J. Beck, 2013). Durante a visita técnica, o terapeuta e a equipe da casa (a coordenadora, uma assistente social, uma psicóloga e dois secretários) dialogaram sobre o progresso geral de Theo desde o início da terapia, e sobre a dificuldade de deslocamento que a madrastra tinha para participar de sessões individuais com o terapeuta, por conta de sua jornada dupla de trabalho. Sendo assim, a equipe da casa colaborou como mediadora das combinações da terapia que eram relacionadas à transição para a casa da madrastra, que complementaram o processo usual da equipe perante tentativas de adoção ou reintegração. Ao longo desta semana, a equipe relata que o menino esteve “isolado durante as atividades” e voltou a mencionar que não queria morar com a madrastra, pois gostava muito da casa de acolhimento.

Entre a décima nona e a vigésima segunda sessão, então, foram novamente abordadas as ansiedades do menino em morar com a madrastra. Uma tarefa de resolução de problemas adotada foi a mudança de alguns objetos pessoais do menino para a casa da madrastra, de forma com que o novo espaço se tornasse mais familiar. Ao ser questionado sobre a sua resistência em morar com a madrastra, Theo mencionava novamente a tentativa anterior de adoção, que havia sido “muito ruim”. O terapeuta então lembrou o menino que esta mudança não seria uma mera repetição da anterior, e reforçou que desta vez ele estaria retornando para a sua família de origem. No mesmo sentido, a narrativa da história do menino foi recapitulada, de modo a enfatizar que esse acontecimento pode ser um importante marco positivo em sua vida, uma vez que muitas experiências negativas do passado estavam relacionadas a sua instabilidade de moradia e de vínculos.

Também foi ressaltado que o retorno de Theo para a casa de sua família era o que as “tias da casa” mais sonhavam que pudesse acontecer, pois sabiam que isto seria melhor para ele. Deste modo, o terapeuta reafirmou para o menino que o objetivo central do acolhimento é a reintegração familiar, e que são poucos os jovens que conseguem voltar para as suas famílias. Nessas sessões, também se enfatizou que o menino poderia manter contato com os moradores da casa e com a equipe, além de participar de algumas atividades organizadas pelos mesmos. Desse modo, buscou-se responder às crenças de abandono e reduzir a percepção de que a saída da casa implicaria mais rompimentos de vínculos e mudanças bruscas de contexto.

Por fim, durante as duas últimas sessões, o terapeuta e o paciente recordaram as etapas da terapia e a história de vida do menino, e conversaram sobre suas expectativas para a reintegração familiar. O menino relatou que, apesar de todas as transições

confusas, a casa de acolhimento foi um espaço “muito bom” e que “as tias da casa sempre foram legais”. Theo levou suas baquetas para a sessão e mostrou alguns movimentos da banda marcial para o terapeuta. Na última sessão, pediu para criar um último episódio da história. Theo construiu uma casa de lego, onde colocou bonecos representando sua família, seus filhos, e se retratou novamente como militar e membro de uma banda marcial. Nesse desenho, Theo espontaneamente aplicou a técnica de avançar no tempo, demonstrando domínio dos procedimentos aprendidos durante a terapia e representando positivamente esse possível desfecho da história.

Dois meses após o término da terapia, o terapeuta foi informado pela equipe técnica da casa de acolhimento que Theo estava oficialmente reintegrado em sua família de origem, morando com sua madrastra e recebendo visitas periódicas do pai, ainda em situação de cárcere. Theo também seguia participando de uma banda marcial, mais próxima de seu novo endereço e, ocasionalmente, participava das atividades de lazer oferecidas pela casa de acolhimento. O terapeuta, então, elogiou o engajamento da equipe e declarou sua disposição em auxiliá-los, caso notificassem alguma recaída do menino.

Conforme exposto, a narrativa de experiências traumáticas através do desenho foi um procedimento fundamental ao longo do atendimento, pois forneceu um material concreto e ao mesmo tempo lúdico para poder reconstruir sua história. As diversas lacunas na história de Theo correspondiam exatamente a momentos que lhe eram confusos ou causavam sofrimento. Estes episódios foram retomados durante a terapia e alocados no curso da narrativa, através de descrições detalhadas sobre o que o menino pensava e como se sentia com relação a estes momentos. As narrativas eram intercaladas com brincadeiras e conversas mais genéricas com o paciente, prezando pelo equilíbrio entre desafio e apoio (Foster, 2014). Por vezes, Theo solicitava mudar de atividade, optando por jogar ou falar sobre outros assuntos, o que foi interpretado como um indicativo de alcançou-se um ponto de saturação pessoal, a partir do qual seria indicado suspender a narrativa. Portanto, é importante que o clínico esteja atento aos sinais de cansaço, de resistência ou mesmo de sofrimento demais da criança durante a narrativa.

Por fim, uma vez retomado o senso de continuidade de sua história pessoal, Theo passa a retratar, voluntariamente, sua situação atual e seu projeto de vida, colaborando com os objetivos do terapeuta para a etapa final dos atendimentos. A partir desta iniciativa do menino, foi possível focar na narrativa de aspectos positivos, a fim de criar um desfecho positivo para a história e para o processo terapêutico como um todo. Quanto a manutenção do contato com os colegas e profissionais da casa, é uma medida considerada positiva, uma vez que permite ao menino o reconhecimento de que as relações podem ser duradouras, em contraste com os rompimentos de vínculos que marcaram sua história progressa. Deste modo, é possível ressignificar a ideia de que, ao sair da casa do acolhimento, o jovem estaria exposto a outras perdas e traumas. Vale ressaltar, portanto, os benefícios desta medida durante o processo de adoção ou reintegração familiar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste relato de experiência foi descrever o uso de uma intervenção narrativa de base cognitivo-comportamental e adaptada ao uso de desenhos e imagens mentais no atendimento de um jovem em acolhimento institucional. O atendimento acompanhou as vésperas de uma reintegração familiar, a qual o jovem resistia devido ao seu histórico de experiências traumáticas, transições repentinas e uma percepção desorganizada sobre seu passado. A postura colaborativa do paciente em contar sua história pessoal através de alegorias facilitou o desenvolvimento da narrativa do trauma ao longo da terapia. As expectativas do jovem sobre a transição para a vida familiar, suas atividades de lazer e seu projeto de vida também foram abordados durante as sessões, de modo a conduzir para um desfecho positivo da narrativa pessoal.

Entende-se que o acompanhamento psicológico foi importante para a concretude da reintegração, uma vez que as memórias traumáticas do menino e suas consequentes crenças negativas sobre a reintegração dificultavam tal transição. Assimilar as experiências passadas (sobretudo, as traumáticas) e identificar um senso de continuidade em sua história pessoal são tarefas essenciais para que o jovem possa construir sua identidade e se sentir capaz de planejar o futuro de modo esperançoso e proativo. As distorções cognitivas de Theo sobre a saída da casa e a reintegração familiar foram sendo gradativamente contestadas durante a terapia, através de intervenções cognitivas (e.g., busca por evidências, avançar no tempo, explorar diferentes perspectivas) e comportamentais (e.g., levar objetos pessoais para a casa da madrasta, orientação para se manter participando das atividades da casa). Sendo assim, a maior disposição do menino para estabelecer relações de confiança e apego (inclusive com o terapeuta) e sua maior esperança com relação ao seu futuro próximo e seu projeto de vida podem ser considerados indicadores de mudanças positivas, que contrastam com os padrões identificados no início da terapia.

É importante ressaltar que este relato traz um exemplo de integração saudável de um jovem ao acolhimento institucional. As atribuições do paciente à casa de acolhimento e a equipe técnica foram positivas, e o jovem permaneceu interessado em participar das atividades da casa mesmo após a sua mudança. Esta manutenção do contato com a equipe e os antigos colegas de casa é considerada positiva, uma vez que impede a repetição dos rompimentos de vínculos que caracterizam às transições vivenciadas pelos jovens em acolhimento (Fawley-King et al., 2017). Desta forma, este caso corrobora a literatura no sentido de que estas instituições podem, sim, oportunizar experiências reparadoras e vínculos positivos às crianças e adolescentes (Siqueira & Dell'Aglio, 2006).

O exemplo de Theo também se sobressai devido a sua reintegração familiar que, apesar de ser o objetivo central dos serviços de acolhimento, ainda é um desfecho pouco frequente

no contexto brasileiro. Por fim, ressalta-se que a colaboração entre instituições deve ser uma constante para que estes serviços tenham maiores possibilidades de alcance desta finalidade. Um relação positiva entre o terapeuta e os cuidadores (nesse caso, a equipe da casa) é essencial para que se obtenha êxito no tratamento, especialmente de sintomas relacionados ao trauma (Kirsch, Keller, Tutus, & Goldbeck, 2018). Portanto, este relato pretende, também, incentivar a colaboração entre a universidade e a assistência social na promoção de saúde dos jovens em acolhimento institucional, a fim de facilitar seus processos de transição, contribuir para a formação de sua identidade e para a melhor compreensão de suas histórias de vida.

REFERÊNCIAS

- Abreu, C. N., & Roso, M. (2003). Cognitivismo e construtivismo. In C. N. de Abreu & M. Roso (Orgs.), *Psicoterapias cognitiva e construtivista – Novas fronteiras da prática clínica* (pp. 35-50). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Allen, B. (2018). Implementing Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT) with preteen children displaying Problematic Sexual Behavior. *Cognitive and Behavioral Practice, 25*(2), 240–249. doi:10.1016/j.cbpra.2017.07.001.
- American Psychiatry Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM- 5* (5a. ed). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Auslander, W., McGinnis, H., Tlapak, S., Smith, P., Foster, A., Edmond, T., & Dunn, J. (2016). Adaptation and implementation of a Trauma-Focused Cognitive Behavioral intervention for girls in child welfare. *American Journal of Orthopsychiatry, 87*(3), 206-215. doi:10.1037/ort0000233.
- Avoglia, H. R. C., Silva, A. M., & Mattos, P. M. (2012). Educador social: imagem e relações com crianças em situação de acolhimento institucional. *Revista Mal-estar subjetivo, 12*(1/2), 265-292. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v12n1-2/10.pdf>.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia Cognitivo-Comportamental – Teoria e Prática* (2a. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Buffa, C. G., Pauli-Teixeira, S. C., & Rosseti-Ferreira, M. C. (2010). Vivências de exclusão em crianças abrigadas. *Psicologia: Teoria e Prática, 12*(2), 17-34. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/1938/193817420003/>.
- Caminha, R. M., Caminha, M. G., & Dutra, C. A. (2017). *A prática cognitiva na infância e na adolescência*. Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Cardoso, G. S. S. (2013). Manejo de estresse para pacientes com HIV/AIDS por meio da TCC. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 9*(1), 26-33. doi:10.5935/1808-5687.20130005.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY: The Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Jankowski, K., Rosenberg, S., Kodya, S., & Li, G. L. W. (2016). A Randomized Implementation Study of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Adjudicated Teens in Residential Treatment Facilities. *Child Maltreatment, 21*(2), 156-167. doi:10.1177/1077559515624775.
- Conselho Nacional de Justiça. (2017). *Cadastro Nacional de Crianças Acolhidas - CNA: Quantidade acolhidos por Estado*. Recuperado de <http://www.cnj.jus.br/cnca/relatorio/ControleRelatorio.php?action=acolhido>.

- Conselho Nacional de Saúde. (2016). *Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016*. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.
- Deblinger, E., Pollio, E., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2017). Child Abuse & Neglect Improvements in personal resiliency among youth who have completed trauma-focused cognitive behavioral therapy: A preliminary examination. *Child Abuse & Neglect*, *65*, 132–139. doi:10.1016/j.chiabu.2016.12.014.
- Delval, J. (2013). *O desenvolvimento psicológico humano*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Dobson, D., & Dobson, K. S. (2016). *Evidence-based practice of Cognitive-behavioral therapy* (2a. ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Fawley-King, K., Trask, E. V., Zhang, J., & Aarons, G. A. (2017). The impact of changing neighborhoods, switching schools, and experiencing relationship disruption on children's adjustment to a new placement in foster care. *Child Abuse & Neglect*, *63*, 141-150. doi:10.1016/j.chiabu.2016.11.016.
- Foster, J. M. (2014). Supporting child victims of sexual abuse: implementation of a trauma narrative family intervention. *The Family Journal: Counseling and therapy for couples and families*, *22*(3), 332-338. doi:10.1177/1066480714529746.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2002). *Clinical practice of Cognitive Therapy with children and adolescents – The nuts and bolts*. New York, NY: The Guilford Press.
- Geiger, J. M., Piel, M. H., & Julien-Chinn, F. (2017). Improvising relationships in child welfare practice: perspectives of foster care providers. *Child and Adolescent Social Work Journal*, *34*(1), 23-33. doi:10.1007/s10560-016-0471-3.
- Governo Federal. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
- Governo Federal. (1990). *Lei Nº8.069, de 13 de julho de 1990 – Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm.
- Governo Federal. (2009). *Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes*. Recuperado de http://www.mds.gov.br/cnas/noticias/orientacoes_tecnicas_final.pdf.
- Habigzang, L. F., Hatzenberger, R., Corte, F. D., Stroehrer, F., & Koller, S. (2006). Grupos de terapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual: descrição de um modelo de intervenção. *Psicologia Clínica*, *18*(2), 163-182. doi:10.1590/S0103-56652006000200012.
- Hanson, R. F., & Jobe-Shields, L. (2017). Trauma-Focused Cognitive – Behavioral Therapy for children and adolescents. In S. N. Gold (Ed.), *APA Handbook of Trauma Psychology: Vol 2* (pp. 389–410). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hohendorff, J. V., Silva, R. S., Andrade, R., Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (2014). Adaptação e avaliação de uma intervenção Cognitivo-comportamental para meninos vítimas de violência sexual. *Psicologia Reflexão e crítica*, *27*(3), 424-433. doi:10.1590/1678-7153.201427302.
- Jackson, Y., Huffhines, L., Stone, K. J., Fleming, K., & Gabrielli, J. (2017). Coping styles in youth exposed to maltreatment: longitudinal patterns reported by youth in foster care. *Child Abuse & Neglect*, *70*, 65-74. doi:10.1016/j.chiabu.2017.05.001.
- Kalus, A. (2016). Narratives of identity in adopted adolescents: interview analysis. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, *4*, 35–42. doi:10.12740/APP/66306.
- Kirsch, V., Keller, F., Tutus, D., & Goldbeck, L. (2018). Treatment expectancy, working alliance, and outcome of Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy with children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *12*(16), 1–10. doi:10.1186/s13034-018-0223-6.
- Kliethermes, M., Schacht, M., & Drewry, K. (2014). Complex trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *23*(2), 339-361. doi:10.1016/j.chc.2013.12.009.
- Lobo, B. O. M., Brunnet, A. E., Schaefer, L. S., Artech, A. X., & Kristensen, C. H. (2014). Terapia Cognitivo-Comportamental focada no trauma para crianças e adolescentes vítimas de eventos traumáticos. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, *16*(1), 3-14. Recuperado de http://rbp.celg.org.br/audiencia_pdf.asp?aid=2=138&nomeArquivo=v16n1a02.pdf.
- Mullane, A. M. (2017). Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy with children of incarcerated parents. *Clinical Social Work Journal*, *1*-10. doi:10.1007/s10615-017-0642-5.
- National Child Traumatic Stress Network. (2004). *How to implement Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)*. Durham, NC: National Center for Child Traumatic Stress.
- Parsons, R. M. (2017). *Identifying therapeutic change processes in the treatment of complex trauma: the case of play therapist's perspectives* (Tese de doutorado, Newfoundland School of social Work). Recuperado de <http://research.library.mun.ca/12621/>.
- Passarella, C. M., Mendes, D. D., & Mari, J. J. (2010). Revisão sistemática para estudar a eficácia de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes abusadas sexualmente com transtorno de estresse pós-traumático. *Rev. Psiquiátrica clínica*, *37*(2), 60-65. doi:10.1590/S0101-60832010000200006.
- Petersen, C. S., & Wainer, R. (2011). *Terapias Cognitivo-Comportamentais para crianças e adolescentes – Ciência e arte*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Rocha, P. J., Arpini, D. M., & Savegnago, S. D. O. (2015). Significados atribuídos por mães acerca do acolhimento institucional, reintegração e rede de atendimento. *Psicologia Ciência e Profissão*, *35*(1), 111-124. doi:10.1590/1982-3703002312013.
- Santos, W. M., Lopes, R. F. F., & Neufeld, C. B. (2013). Relação terapêutica e Terapia narrativa: entrevista com Miguel Gonçalves. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *9*(1), 61-69. doi:10.5935/1808-5687.20130009.
- Serafini, A. J. (2016). Entrevista psicológica no psicodiagnóstico. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini, & J. S. Krug (Orgs.), *Psicodiagnóstico* (pp. 45-51). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Silva, S. S., Pereira, R. C., & Aquino, T. A. A. (2011). A Terapia Cognitivo-Comportamental no ambulatório público: possibilidades e desafios. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *7*(1), 44-49. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbct/v7n1/v7n1a08.pdf>.
- Siqueira, A. C., & Dell'Aglio, D. D. (2006). O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. *Psicologia & Sociedade*, *18*(1), 71-80. doi:10.1590/S0102-71822006000100010.
- Soares, L. C. E. C., Souza, F. H. O., & Cardoso, F. S. (2015). Convivência familiar em três cenários: acolhimento institucional, famílias recasadas e violência doméstica. *Psicologia Argumento*, *33*(82), 330-345. doi:10.7213/psicol.argum.33.082.A001.

- Tractenberg, S. G., Maciel, L. Z., Schiavon, B. K., Levandowski, M. L., & Kristensen, C. H. (2016). Intervenções em Terapia Cognitivo-Comportamental para trauma complexo: uma revisão sistemática. *Temas em Psicologia, 24*(2), 533-547. doi:10.9788/TP2016.2-08.
- Turney, K., & Wildeman, C. (2017). Adverse childhood experiences among children placed in and adopted from foster care: evidence from a nationally representative survey. *Child Abuse & Neglect, 64*, 117-129. doi:10.1016/j.chiabu.2016.12.009.
- Viola, T. W., Schiavon, B. K., Renner, A. M., & Grassi-Oliveira, R. (2011). Trauma complexo e suas implicações diagnósticas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 33*(1), 55-62. doi:10.1590/S0101-81082011000100010.
- Wong, C. F., Clark, L. F., & Marlotte, L. (2014). The impact of Specific and Complex Trauma on the mental health of homeless youth. *Journal of Interpersonal Violence, 31*(5), 1-24. doi:10.1177/0886260514556770.