

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**CURSO DE PSICOLOGIA**

**MARIA APARECIDA BARBOSA DE FREITAS DAS VIRGENS**

**ATENDIMENTO PSICOLÓGICO COM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM  
DECORRÊNCIA DE ABUSO SEXUAL: algumas contribuições psicanalíticas**

**SÃO LUÍS - MA**  
**2021**

**MARIA APARECIDA BARBOSA DE FREITAS DAS VIRGENS**

**ATENDIMENTO PSICOLÓGICO COM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM  
DECORRÊNCIA DE ABUSO SEXUAL: algumas contribuições psicanalíticas**

Trabalho de conclusão apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão, a ser utilizado como parte dos requisitos necessários para obtenção de título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria da Conceição Furtado Ferreira

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Barbosa de Freitas das Virgens, Maria Aparecida

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO COM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM  
DECORRÊNCIA DE ABUSO SEXUAL : algumas contribuições  
psicanalíticas / Maria Aparecida Barbosa de Freitas das  
Virgens. - 2021.

44 p.

Orientador(a): Dr.<sup>a</sup> Maria da Conceição Furtado  
Ferreira.

Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia,  
Universidade Federal do Maranhão, São Luis, MA, 2021.

1. Abuso sexual infantil. 2. Hospital. 3. Psicologia  
Cínica. I. Furtado Ferreira, Dr.<sup>a</sup> Maria da Conceição. II.  
Título.

MARIA APARECIDA BARBOSA DE FREITAS DAS VIRGENS

**ATENDIMENTO PSICOLÓGICO COM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM  
DECORRÊNCIA DE ABUSO SEXUAL: algumas contribuições psicanalíticas**

Trabalho de conclusão apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão, a ser utilizado como parte dos requisitos necessários para obtenção de título de Bacharel em Psicologia.

Aprovada em \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Maria da Conceição Furtado Ferreira - (Orientadora)

---

Profa. Dra. Jena Hanay Araújo de Oliveira

---

Psicóloga Ma. Renata Barreto da Silva

Dedico este trabalho à  
Kelvin Rodrigues Ribeiro,  
cuja gargalhada ainda permanece viva em  
minha memória. A lembrança da nossa  
amizade mantém aquecido o meu coração.

“Juntamente com as exigências da vida, é o amor o que mais educa.”

Sigmund Freud  
(SE, XIV, 312)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço e dedico esse trabalho aos meus filhos, Theodoro, meu primogênito que me mostrou a força que há em mim e Benício meu caçula que esteve comigo, ainda em meu ventre sendo minha companhia na construção desse trabalho. À eles meu amor sem fim.

Agradeço especialmente à minha mãe, Maria da Conceição e ao meu pai, Ernesto das virgens. Obrigado pela força, por não me deixarem desistir e pelas incansáveis orações que me dedicaram todas as vezes em eu saia de casa em busca dos nossos sonhos.

À meus irmãos, Fábio Henrique, Fabiana e Isaías por me apoiarem, por me estender a mão nos momentos difíceis, pelas palavras doces e também pelas palavras duras que me lembravam de quem eu sou e de onde venho.

Agradeço também a Cacilda Ivone, Hélio Siqueira, Henrique Guimarães e Ana Elizabeth Rocha, com quem convivi diariamente nesses últimos anos difíceis pelo isolamento social e pela vivência do luto. Sem seu apoio a concretização desse trabalho não seria possível. Obrigado pela paciência diária.

Este trabalho é dedicado também à memória de Daniel Guimarães Rocha. Sempre me lembrarei de você com amor e gratidão.

Thiago Guimarães, meu doce surpresa, meu parceiro de vida, obrigado por estar sempre comigo.

Agradeço aos meus preciosos amigos, Alexia Martins, Alba Caroline, Rich Sores, Tacony Alves, Flaviane Pimenta por acolher minhas angústias e por permanecerem segurando minha mão nessa caminhada, pacientes e alegres com cada conquista minha.

Agradeço à minha madrinha Esmeralina Rodrigues, pela escuta, pela confiança e por inspirar os meus caminhos e o meu jeito de ser mulher e mãe.

Agradeço à UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO campus Bacanga, por fornecer recursos humanos, financeiros e intelectuais necessários para realização do meu percurso acadêmico, especialmente os membros docentes do departamento de psicologia que me inspiraram a cada aula a ser uma profissional comprometida com a ética.

Agradeço à minha Orientadora, a Profa. Dra. Maria da Conceição Furtado Ferreira pela escuta, por compartilhar comigo seus conhecimentos e orientar com carinho e responsabilidade a realização deste trabalho. Me recordo da citação do Lacan, “suportar a transferência, isso é um ato psicanalítico”. E é a transferência possibilita a realização desse trabalho, na medida em que fornece o elemento que nos autoriza falar, interpretar, escutar e avançar.

À Deus, à Nossa Sra. Aparecida por vigiarem meus caminhos.

## RESUMO

O abuso sexual infantil é uma realidade no país, é crescente o aumento de casos de abuso sexual na primeira infância, além disso é cada vez maior a divulgação desses casos nos meios de comunicação através de relatos ou denúncias. Os serviços de saúde em suas diferentes portas de entrada deverão conferir máxima prioridade ao atendimento das crianças na faixa etária da primeira infância com suspeita ou confirmação de violência de qualquer natureza. No que tange a violência sexual no âmbito da infância o psicólogo recebe um chamado específico da legislação para contribuir com sua clínica na assistência multiprofissional a crianças e suas famílias. O objetivo desta pesquisa é discutir o atendimento presente na assistência psicológica hospitalar para o cuidado à saúde da criança em situação de abuso sexual, enfatizando nessa discussão o lugar ocupado pela criança neste cenário de violência, e apontando para uma reflexão em torno de um tratamento possível nesse tempo de internação/hospitalização. Os objetivos específicos traçados para a pesquisa foram apresentar um recorte das Políticas públicas e Políticas de saúde voltadas para o cuidado à criança em situação de violência sexual, resgatar a teoria sexual infantil de Freud a partir dos três ensaios e discutir o atendimento psicológico a crianças hospitalizadas em decorrência de abuso sexual. A ferramenta metodológica escolhida para delimitar a pesquisa e avançar na discussão é a psicanálise que, a partir de seu corpo teórico e método analítico possibilitam a identificação das referências bibliográficas adequadas a partir de três grandes eixos: política, teoria e experiência/prática. A pesquisa aponta que são complexos os impactos emocionais presentes nas relações que se estabelecem entre paciente, instituição, profissionais e família. Nesse contexto ressalta-se que não é papel da psicologia investigar “culpados”, o psicólogo deve garantir espaço de escuta às crianças, deixando que elas possam dizer como se relacionam com sua história. Os desafios impostos pela realidade institucional, como a falta de ambiência, escassez profissional e estigmas em torno desses casos, implicam ao psicólogo firmar compromisso com sua formação, seu trabalho pessoal e sua ética profissional.

**Palavras-chave:** Abuso Sexual Infantil. Hospital. Psicologia Clínica.



## ABSTRACT

Child sexual abuse is a reality in the country, there is an increasing of cases of sexual abuse in early childhood, in addition to the increasing dissemination of these cases in the media through reports or complaints. Health services at their different entrance doors should give top priority to the care of children in the early childhood age group with suspicion or confirmation of violence of any kind. Regarding sexual violence in childhood, the psychologist receives a specific call from the legislation to contribute with his clinic in multi-professional assistance to children and their families. The objective of this research is to discuss the attendance present in hospital psychological assistance for the health care of children in situations of sexual abuse, emphasizing in this discussion the place occupied by the child in this scenario of violence, and pointing to a reflection on a possible treatment during this time of hospitalization. The specific objectives outlined for the research were to present an excerpt of Public Policies and Health Policies aimed at caring for children in situations of sexual violence, to rescue Freud's child sexual theory from the three essays and to discuss psychological care for hospitalized children because of sexual abuse. The methodological tool chosen to delimit the research and advance the discussion is psychoanalysis, which, based on its theoretical body and analytical method that made it possible to think about the clinical fact in question at from three main axes: politics, theory, and experience / practice. The research points so that the emotional impacts present in the relationships established between patient, institution, professionals, and family are complex. In this context, it is emphasized that it is not the role of psychology to investigate "culprits", in these cases, children should be guaranteed a space for listening, letting them say how they relate to their stories. The challenges imposed by the institutional reality, such as the lack of ambience, professional scarcity and stigmas surrounding these cases, imply that the psychologist is committed to his training, his personal work and his professional ethics.

**Keywords:** Child Sexual Abuse. Hospital. Clinical Psychology.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

C/F 88 - Constituição Federal de 1988

MS - Ministério da Saúde

ECA - Estatuto da Criança e Adolescente

SUS - Sistema Único de Saúde

SGDCA - Sistema de Garantias de Direitos da Criança e Adolescentes

PNRMAV - Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violência

CONANDA - Conselho Nacional de Direitos da Criança e Adolescentes

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>P.</b> <b>10</b>
<b>CAPÍTULO 1 - A SAÚDE DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL: aspectos políticos</b> .....	<b>12</b>
1.1 Sobre a Rede de Proteção aos direitos da criança .....	12
1.2 Sobre as diretrizes de assistência à saúde da criança em situação de violência sexual. ....	14
<b>CAPÍTULO 2 – A CRIANÇA E O ABUSO SEXUAL, A NOÇÃO DE INFANTIL E DE SEXUALIDADE EM PSICANÁLISE</b> .....	<b>21</b>
2.1 Histeria, Trauma, Sedução .....	21
2.2 A sexualidade infantil.....	24
2.3 Algumas notas sobre a criança e a fantasia para a psicanálise .....	26
<b>CAPÍTULO 3 - ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA A CRIANÇAS EM DECORRÊNCIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL NAS UNIDADES HOSPITALARES: discutindo a atuação a partir de algumas questões psicanalíticas</b> .....	<b>29</b>
3.1 A psicologia clínica no hospital .....	29
3.2 A clínica psicanalítica como possibilidade de orientação na atuação de psicólogos nas instituições de saúde.....	31
3.3 Aspectos do atendimento hospitalar às crianças em situação de abuso sexual .....	32
3.4 A criança em situação de abuso sexual e a intervenção do psicólogo, algumas considerações a partir da experiência de estágio em psicologia clínica hospitalar .....	35
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>41</b>

## INTRODUÇÃO

O abuso sexual de crianças é uma realidade social. Os dados revelam a dimensão do problema e apontam muitos casos de abuso sexual na primeira infância, além disso com aumento de relatos e casos nas redes de comunicação somos convidados a abordar e discutir o assunto também nos meios acadêmicos. Segundo Souza et. al (2002), o desconhecimento da magnitude e impacto desse tipo de violência afetam o planejamento de estratégias de atendimento adequado às crianças que acessam o sistema de saúde.

Dados epidemiológicos do ministério da Saúde apontam que, no ano de 2018, 189.000 casos de violência direta contra a criança e adolescente (BRASIL, 2018). O Balanço do Disque Direitos Humanos – Disque 100 registrou em 2019 um total de 86.837 denúncias de violações de direitos humanos contra crianças e adolescentes, 14% a mais do que no ano de 2018. A Violência Sexual consiste na quarta violação mais incidente, com 11% de participação onde essa vítima é essencialmente do sexo feminino, sendo 82% do total (BRASIL, 2020).

Em decorrência de intensa luta política, social e institucional, foi criada uma importante rede de proteção aos direitos da criança, tanto nos campos da justiça, da educação, como também no campo da saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) recebeu o mandato específico do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA- LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990) para promover o direito à saúde integralmente o que pressupõe o acesso universal e igualitário aos serviços nos três níveis da atenção (BRASIL, 1990)

O abuso sexual infantil é uma prática criminalizada e socialmente rejeitada (Lei n 12.015 de agosto de 2009), sendo assim os órgãos responsáveis pelo exercício da justiça em nosso país possuem um corpo de leis que gerenciam e punem as práticas de violência sexual contra a criança, condenando agressores e garantindo suporte às vítimas, sobretudo ao cuidado integral, imediato e obrigatório ao estado de saúde física e psicológica. No hospital. parte integrante dessa rede de cuidado, o atendimento à criança e à família em situação de violência deve ser integral e multiprofissional

As instituições de saúde são espaços importantes pois representam a principal porta de entrada (SOUZA et al., 2002) na prestação de acolhimento e cuidado da saúde dessas crianças em situação de violência, seja para cuidado de lesões consequentes à violência, seja para realização de avaliação e diagnóstico, ou seja, servindo como ponte para investigação da denúncia em casos de pacientes encaminhados do sistema judiciário.

Dessa forma, evidencia-se que há demanda e uma obrigatoriedade na oferta de atendimento para esses casos específicos de abuso sexual infantil, pensando nisso, enquanto psicólogas(os) inseridos no contexto do trabalho institucional em unidades de saúde e integrantes de equipe multiprofissional, como podemos contribuir para o cuidado à saúde da criança que é hospitalizada em decorrência de abuso sexual?

O objetivo da pesquisa é discutir o atendimento presente na assistência hospitalar para o cuidado à saúde da criança em situação de abuso sexual, enfatizando nessa discussão o lugar ocupado pela criança neste cenário de violência, e apontando para uma reflexão em torno de um tratamento possível nesse tempo de internação/hospitalização. Os objetivos

específicos traçados para a pesquisa foram apresentar um recorte das Políticas públicas e Políticas de saúde voltadas para o cuidado à criança em situação de violência sexual, resgatar a teoria sexual infantil de Freud a partir dos três ensaios e discutir o atendimento psicológico a crianças hospitalizadas em decorrência de abuso sexual.

Esta é uma pesquisa de natureza qualitativa, se deu a partir de investigação bibliográfica em livros, artigos acadêmicos, em normas técnicas das organizações de saúde que se relacionam à questão proposta e nos artigos de autores referência para a psicologia clínica hospitalar. A ferramenta metodológica escolhida para delimitar a pesquisa e avançar na discussão é a psicanálise que, a partir de seu corpo teórico e método específico, possibilitaram a identificação da bibliografia adequada além de ser adotada como a lente que possibilitou pensar o fato clínico em questão a partir de três grandes eixos: política, teoria e experiência/prática.

De que modo é possível usar o método analítico no processo de investigação de um objeto de estudo? A pesquisa teórica em psicanálise adota o método analítico como meio principal de acesso aos conteúdos da pesquisa, Freud em 1916 no texto “sobre o ensino da psicanálise nas universidades”, afirma que a aplicação do método analítico não está de modo algum confinada ao campo dos distúrbios psicológicos, mas estende-se também à solução de problemas da arte, da filosofia, e da religião, ou seja, amplia-se.

No artigo “Fundamentos metodológicos da pesquisa teórica em psicanálise”, (LAMEIRA; COSTA; RODRIGUES, 2017) propõem discussões importantes em torno deste modelo de pesquisa, além de reforçar a possibilidade de usar a psicanálise como meio para produção de pesquisa, os autores discutem algumas especificidades do método psicanalítico no processo de investigação do objeto de estudo.

Não é que haja uma ausência completa de procedimentos, o pesquisador, neste caso, repete com o seu trabalho de investigação bibliográfica algo que opera na sua própria constituição psíquica por meio dos principais eixos que norteiam a técnica analítica, a fala e a escuta, fazendo-se presente na construção de seu trabalho científico. É nessa interferência subjetiva, justificada pelo desejo do pesquisador que há a possibilidade do acesso a algo além do já sabido, podendo produzir a partir das suas interpretações analíticas e conexões teóricas um avanço, novas associações, pontos de vista que permitem abordar determinada problemática sob outra ótica que, somado ao que já se sabia até então, forneça maior compreensão do assunto.

Sendo assim, no primeiro momento buscou-se apresentar, no eixo das políticas públicas, as normas e leis que operam em torno do cuidado à saúde da criança em situação de violência sexual no Brasil, no eixo teórico, resgatar fundamentos teóricos da psicanálise que pudessem colaborar para a discussão em torno do tema do abuso sexual infantil e por fim promover a articulação das diretrizes técnicas e elementos teóricos com o saber/fazer do psicólogo clínico nas equipes de assistência hospitalar.

## **CAPÍTULO 1 - A SAÚDE DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL: aspectos políticos**

### **1.1 Sobre a Rede de Proteção aos direitos da criança**

Todas as crianças estão suscetíveis a sofrerem algum tipo de violência, no entanto a violência praticada contra a criança representa uma grave violação de direitos perante a lei. No Brasil a proteção ao direito da criança é uma luta política relativamente recente, marcada por mudanças em paradigmas que dizem respeito ao entendimento da importância da 'infância' no nosso processo de desenvolvimento. O avanço nas medidas de proteção também é fruto de mudanças de entendimento daquilo que é a violência no âmbito da infância gerando atenção das diferentes autoridades sociais promovendo uma transformação histórica, política e social que culminou na criação de uma rede responsável por garantir direitos às crianças e suas famílias.

Em 1959 a assembleia geral das organizações unidas - ONU proclamou a Declaração Universal dos Direitos das Crianças visando que as crianças, sem exceção, possam gozar do direito a uma infância feliz, que possam gozar de liberdade e que lhe seja garantido o direito a um nome e uma nacionalidade (UNICEF, 1959). Seguindo este apelo, o Brasil ratificou e ampliou a discussão em torno do exercício dos direitos sociais e individuais dos cidadãos brasileiros em sua Constituição Federal declarada e publicada no ano de 1988 assegurando diversas garantias a todos os cidadãos.

A Constituição Federal de 1988 promulgou que crianças também são sujeitos de direitos e, portanto, pode garantir suporte legal em torno do investimento em políticas de proteção e assistência que favorecessem seu desenvolvimento, sua saúde e segurança. Ao delegar decretos de proteção à criança, a constituição federal abordou também a questão da violência e maus tratos contra a criança, dentre eles as explorações sexuais e abuso sexual de crianças ainda muito presente na realidade brasileira. Em seu art. 227 a constituição responsabiliza

a família, a sociedade e o Estado a garantir, com absoluta prioridade, os direitos da criança, adolescentes e jovens à dignidade e condenando severamente a violência e exploração sexual da criança e adolescentes sendo está devidamente punido perante a lei (BRASIL, 1988, p. 137).

A constituição promoveu dois anos mais tarde a publicação da lei 8.069, chamado Estatuto da Criança e Adolescente - ECA que ampliou e abordou os direitos da criança sob diferentes aspectos e sobretudo tornou-se um documento importante na orientação a todos os agentes responsáveis por assegurar e promover a melhoria da qualidade de vida na infância. O ECA reitera a declaração universal na defesa de que todas as crianças têm direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990, Art. 4º). Além disso, no referido estatuto, encontramos uma postura inquestionavelmente contrária à presença de vivências de violência e maus tratos no âmbito da infância, "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, 1990, Art. 5º).

Recentemente o ECA completou trinta anos da sua publicação, embora tenha apresentado muitos avanços ao longo dos anos também enfrentou muitos desafios para sua implementação no âmbito social o que faz com que sua efetiva vigência precisasse de um trabalho contínuo de divulgação e conscientização. Os desafios levaram o país a discutir medidas que pudessem articular os diferentes setores sociais a responsabilizar-se pela causa, mobilizando tanto os campos da justiça, da educação, como também o campo da Saúde a deliberar diretrizes e normas específicas para o cuidado e proteção à infância.

Essa intersetorialidade ganhou destaque a partir do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e Adolescentes- CONANDA que decretou através da resolução nº 113/2006 a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente - SGDCA responsável por promover a articulação de todos os sistemas nacionais de políticas públicas, ou seja, saúde, educação, assistência social, trabalho e segurança. Por meio dessa resolução foi instituído no país que, no que diz respeito à defesa, promoção, controle e efetivação dos direitos da criança, todos os órgãos devem exercer suas funções em rede sobretudo para descentralizar as medidas de intervenção e proteção dos direitos da criança da esfera jurídica (CONANDA, 2006).

No âmbito da Saúde, ênfase abordada neste trabalho, é o Sistema Único de Saúde (SUS) o principal órgão responsável por administrar e garantir o acesso a saúde a grande parte da população do país. O Sistema Único de Saúde (SUS), implantado no país em 1990, foi resultado de um longo processo na Reforma Sanitária Brasileira e representa uma rede integrada de serviços de saúde que garante perante a lei o acesso a saúde a todo cidadão brasileiro gratuitamente. O Estatuto da Criança e Adolescentes - ECA, Lei Nº 8.069 fez o chamado ao SUS para promover prioritariamente o direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes, mediante a atenção integral à sua saúde o que pressupõe o acesso universal e igualitário aos serviços nos três níveis de atenção (BRASIL, 1990).

A iniciativa do Sistema único de Saúde (SUS) em oferecer o cuidado ao usuário em todos os níveis de atenção significa garantir a integração de ações que possibilitem o cuidado progressivo do paciente que deve ser oferecido em uma rede integrada de serviços de saúde composta por diferentes instituições integradas nesta rede de atenção que vai do nível primária, secundária, terciária e quaternária. O nível primário de atenção (Unidades Básicas de Saúde - UBS) configuram-se enquanto serviços oferecidos em unidades com a tecnologia de mais baixa complexidade e cujo trabalho volta-se prioritariamente para a proteção, promoção e prevenção de doenças dirigidas à comunidade.

No nível secundário (nível ambulatorial e Unidades de Pronto Atendimento – UPA’s) os serviços prestados são de média complexidade, o trabalho clínico e a atuação das equipes multiprofissionais é responsável por reduzir fatores de risco para o agravamento de doenças e intervir com tratamento e diagnóstico precoce. Já os serviços de saúde no nível terciário e quaternário, exigem uma intervenção de alta complexidade e dirigem-se para cura e reabilitação de pacientes feita necessariamente nos Hospitais, cujo atendimento clínico de diferentes profissionais integram-se a fim de promover o tratamento e reabilitação dos

usuários que acessam o serviço, no Brasil os hospitais emergências de alta complexidade ainda mantêm maior número de procura dos usuários o que, na prática, provoca necessariamente uma sobrecarga na logística de prestação de serviço na rede.

A importância da instituição de um sistema de saúde que atende toda população a partir de princípios de universalidade, equidade e integralidade está na garantia de um cuidado ampliado que leva em conta diferentes saberes e práticas clínicas que somados entre si promovem assistência, prevenção, promoção e atuam na recuperação da saúde da população, dentre elas as crianças, que têm prioridade absoluta em qualquer dos níveis de atenção.

O profissional psicólogo que atua diretamente com ênfase nas áreas de saúde são convocados a conhecer as legislações que regulamentam o sistema de saúde do país já que é ele a principal fonte de assistência à maioria da nossa população nos mais diferentes níveis de atenção são profissionais que, seja na esfera pública ou privada, necessita estar atento às leis que norteiam as ações de manutenção da saúde da criança, essa participação política, prevista na formação do psicólogo, é indispensável para construção de uma psicologia mais ativa e mais comprometida com uma atuação voltada para a realidade do país. Essa relação entre o compromisso social da profissão e a qualidade na atuação do psicólogo é indissociável, em outras palavras, antes de qualquer teoria ou autor, a atuação de qualquer profissional da saúde deve ser pautada e deve responder a um sistema de saúde que é regido pela lei do nosso país (MORETTO, 2019).

## **1.2 Sobre as diretrizes de assistência à saúde da criança em situação de violência sexual.**

A violência sexual contra a criança, em outras palavras, a imposição do sexual feita de forma violenta ou excessiva ao desenvolvimento físico e subjetivo da criança, não é novo nem incomum em nossa sociedade embora seja um tema ainda bastante controverso. O código penal brasileiro, especificamente na lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009), declara que o *estupro de vulneráveis* representa um crime contra a dignidade sexual, ou seja, viola a liberdade e o desenvolvimento sexual. A criminalização da violência sexual contra criança é fruto de movimentação política por parte dos defensores dos direitos da criança, bem como fruto do avanço no debate científico e representa um marco importante pois possibilitou ampliar as ações de promoção à saúde e prevenção de violências.

O Ministério da Saúde, órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas do sistema de saúde, sendo também motivados pelas determinações legais vigentes tanto no Estatuto da Criança e Adolescente o ECA quanto no Sistema Único de Saúde (SUS) regulamenta uma série de decretos e normas específicos de atuação tanto para gestores em saúde quanto para profissionais de saúde que atuem no contexto das principais problemáticas que afetam as crianças e à sua saúde promovendo a promoção, prevenção e reabilitação em saúde. Para o Ministério da Saúde a violência contra criança é considerada um problema de saúde pública, por isso incorpora sua intervenção através da manutenção e desenvolvimento de estratégias de Promoção e



Prevenção de agravos, bem como adequação das ações relativas à assistência, recuperação e reabilitação dos envolvidos.

O tema da violência é mais bem abordado na Portaria n.737, elaborada no ano de 2001 pelo Ministério da Saúde que instaura a *Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências* (PNRMAV), política que orienta todas as ações em saúde, nos diferentes níveis e instituições a como manejar as estratégias de promoção e prevenção de doenças e agravos relacionados à violência. No contexto da violação dos direitos da criança, o documento aborda principalmente as diferentes “violências” cometidas contra as crianças onde as evidências não resultam necessariamente em óbito, mas repercutem, sobretudo devido ao seu impacto, sobre a saúde, como a violência psicológica, violência sexual e a negligência (BRASIL, 2001).

A Política de Redução de Morbimortalidade por acidentes e Violência (PNRMAV) instaura que tanto na esfera institucional e coletiva, quanto na esfera individual, a ação dos atores responsáveis pelo cuidado e promoção de saúde devem fornecer assistência interdisciplinar e intersetorial, de modo que todos os profissionais de saúde que estiverem envolvidos com a prestação de atendimento a vítimas de violência devem estar capacitados e mobilizados a diagnosticar, acolher demandas, prestar atenção digna e de qualidade em todos os níveis, desde o conjunto de atividades desenvolvidas no primeiro nível de atenção (Agentes Comunitários e Programa Saúde da Família, por exemplo) como aqueles que atuam também nos atendimentos ambulatoriais, emergências e hospital.

O Serviço de Referência, ou seja, a unidades de saúde que ficará responsável por atender os usuários em situação de violência (Hospitais, Ambulatórios ou Emergências) deve garantir assistência especializada, ou seja, a equipe que compõem o serviço de atenção deverá oferecer atendimento com diferentes especialidades de profissionais e ambos tenham capacitação específica para abordar casos que chegam às instituições de saúde com demandas que decorrem de episódios de violência. Além disso, esses atendimentos deverão orientar-se por normas específicas para o tratamento das vítimas obedecendo seu perfil e suas especificidades.

De fato, o apoio psicológico é sempre requisitado nos diferentes níveis de intervenção no cuidado da criança que está inserida no contexto de violência. No que tange a violência sexual no âmbito da infância, o psicólogo recebe um chamado específico para contribuir com sua clínica na assistência multiprofissional garantida pela legislação a crianças e suas famílias. Consta na referida portaria n. 737 do Ministério da Saúde que

Em relação às crianças, adolescentes e jovens vítimas de quaisquer tipos de violências e de acidentes, buscar-se-á garantir o direito à assistência adequada dirigida a estas faixas etárias. Uma medida importante será a disponibilidade de equipe interdisciplinar que assegure o apoio médico, psicológico e social necessário a essas vítimas e suas famílias. Deverão ser estabelecidos serviços de referência para o atendimento dos casos de difícil manejo nas unidades de saúde, tomando-se como exemplo os serviços de atenção às vítimas de abuso sexual e suas famílias (BRASIL, 2001, p. 34).

Esses serviços de atenção às vítimas de abuso sexual são uma estratégia do Ministério da Saúde que prevê a oferta de serviços nas instituições de saúde que integram o sistema único de saúde (SUS) voltadas especificamente para a proteção, promoção e recuperação da

saúde de crianças e suas famílias submetidas ao contexto da violência. Na Portaria N° 528, de 1° de abril de 2013 (BRASIL, 2013) são definidas as regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em situação de violência sexual no âmbito do SUS. Segundo o Art. 6°

Os Serviços de Atenção Integral à Saúde de Crianças e Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Situação de Violência Sexual são compostos por estabelecimentos de saúde que oferecem condições técnicas, ambiência e equipe multidisciplinar adequadas para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, tais como unidades de atenção básica em saúde, serviços de urgências e emergências gerais, UPA 24h, ambulatórios de especialidades clínicas, hospitais gerais e pediátricos (BRASIL, 2013, art. 6°).

O hospital universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA em sua unidade Materno Infantil passou a ter ambulatório referência para o atendimento humanizado às crianças, adolescentes e mulheres vítimas de violência sexual. Em notícia publicada no ano de 2018 no site da EBSEH, empresa gestora do Hospital Universitário, conta a informação de que o ambulatório existe desde o ano 2000 com ações assistenciais que compreendem o atendimento do Serviço Social (acolhimento, escuta qualificada, entrevista, notificação a conselhos tutelares), consultas médicas e de enfermagem, atenção farmacêutica, atendimento psicológico e psiquiátrico, imunização e exames laboratoriais e de imagem. Foram registrados até o mês de agosto de 2018, 142 casos atendidos no hospital.

É importante destacar que, apesar das dificuldades, as instituições de saúde configuram-se como uma importante via de acesso ao cuidado de crianças inseridas nessa situação, além da esfera jurídica e criminal que encaminha os pacientes para os devidos cuidados em saúde, os hospitais, emergências e centros de saúde destacam-se como porta de entrada para esses pacientes, a atuação dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de referência devem com maior propriedade identificar, cuidar, orientar e direcionar um seguimento apropriado no atendimento às crianças inseridas nesse contexto.

Outro documento elaborado e divulgado pelo Ministério da Saúde e que representa uma importante referência para discussão proposta neste trabalho é o caderno intitulado “Linha de Cuidado para Atenção Integral para Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violências” (BRASIL, 2010) que orienta principalmente os profissionais da saúde para a atuação em casos de violência, dentre elas a violência sexual contra a criança, e representa no âmbito das políticas públicas de saúde uma ferramenta que possibilita colocar em prática aquilo que foi previsto na lei.

A proposta desse documento apresenta o tema da Violência a partir de diferentes aspectos como, a diferenciação nos tipos de violência, principais sinais e sintomas físicos e orientações específicas voltadas para orientar diferentes profissionais, inclusive o psicólogo. No caso da **violência sexual** a definição adotada pelo Ministério da Saúde (MS) e também Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza as principais ações de violências cometidas contra a sexualidade de crianças e adolescentes que, neste caso, são tomadas como objeto sexuais por indivíduos que, aproveitando-se do lugar que ocupam violam e impõem de forma violenta ou excessiva uma exposição sexual incompatível com o desenvolvimento físico e subjetivo desta ou deste. Um tipo de violência representada por

Todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, visando utilizá-lo para obter satisfação sexual, em que os autores da violência estão em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou adolescente. Abrange relações homo ou heterossexuais. Pode ocorrer em uma variedade de situações como: estupro, incesto, assédio sexual, exploração sexual, pornografia, pedofilia, manipulação de genitália, mamas e ânus, até o ato sexual com penetração, imposição de intimidades, exibicionismo, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas e impostas e “voyeurismo” (obtenção de prazer sexual por meio da observação). (BRASIL, 2010, p. 33)

Em casos de abuso sexual contra criança, o ato sexual com penetração ocorre predominante no ambiente domiciliar e acontece geralmente depois de algum tempo de sedução por parte do adulto em relação a criança, onde na maioria das vezes, esse agressor faz parte da família da criança, pais biológicos, padrastos, avôs, tios, padrinhos, bem como mães, tias, ou simplesmente alguém que mantém uma relação de intimidade incestuosa com aquela criança (BRASIL, 2010).

Este é um problema grave e as instituições sociais, as representações políticas continuam em um trabalho contínuo de conscientização em torno dos impactos desse tipo de violência, somado a isso, a força dos novos meios de comunicação possibilitou maior disseminação de informação e discussão do assunto. A partir do momento em que pessoas passaram a exercer um lugar de fala, ou seja, de revelação de vivências, tanto por parte das vítimas quanto um meio de manifestação social pública para identificação e responsabilização dos agressores. A importância do aumento na exposição dos casos revela o quanto esta é uma realidade velada e certifica que ainda sabemos e abordamos pouco o assunto.

De acordo com Garcia et. al (2017), no período da idade média, quando ainda não havia ao certo essa noção de ‘criança’ os chamados ‘miúdos’ ou ‘infantes’ (originado do grego *infans* ou aquele que não fala) tinham como função a exclusiva continuação de futuro de linhagem e era comum a associação dessas crianças à práticas sexuais, crianças eram expostas a tudo. A partir do momento que os cuidados passaram da igreja para os cuidados do colégio e do Estado é que houve uma mudança que garantiu um avanço na noção de sexualidade na infância.

O país aumentou consideravelmente os meios de controle e a rede de assistência a crianças e familiares inseridas no contexto de violência, mas há ainda muitas falhas e faltas, sendo também grande o número de subnotificações de casos. Apesar disso, a análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, produzida a partir do sistema de vigilância em saúde, demonstrou o aumento no registro dos casos ao longo dos últimos anos e forneceu maiores esclarecimentos a respeito desse cenário que se apresenta nas famílias, nas escolas, na sociedade em geral.

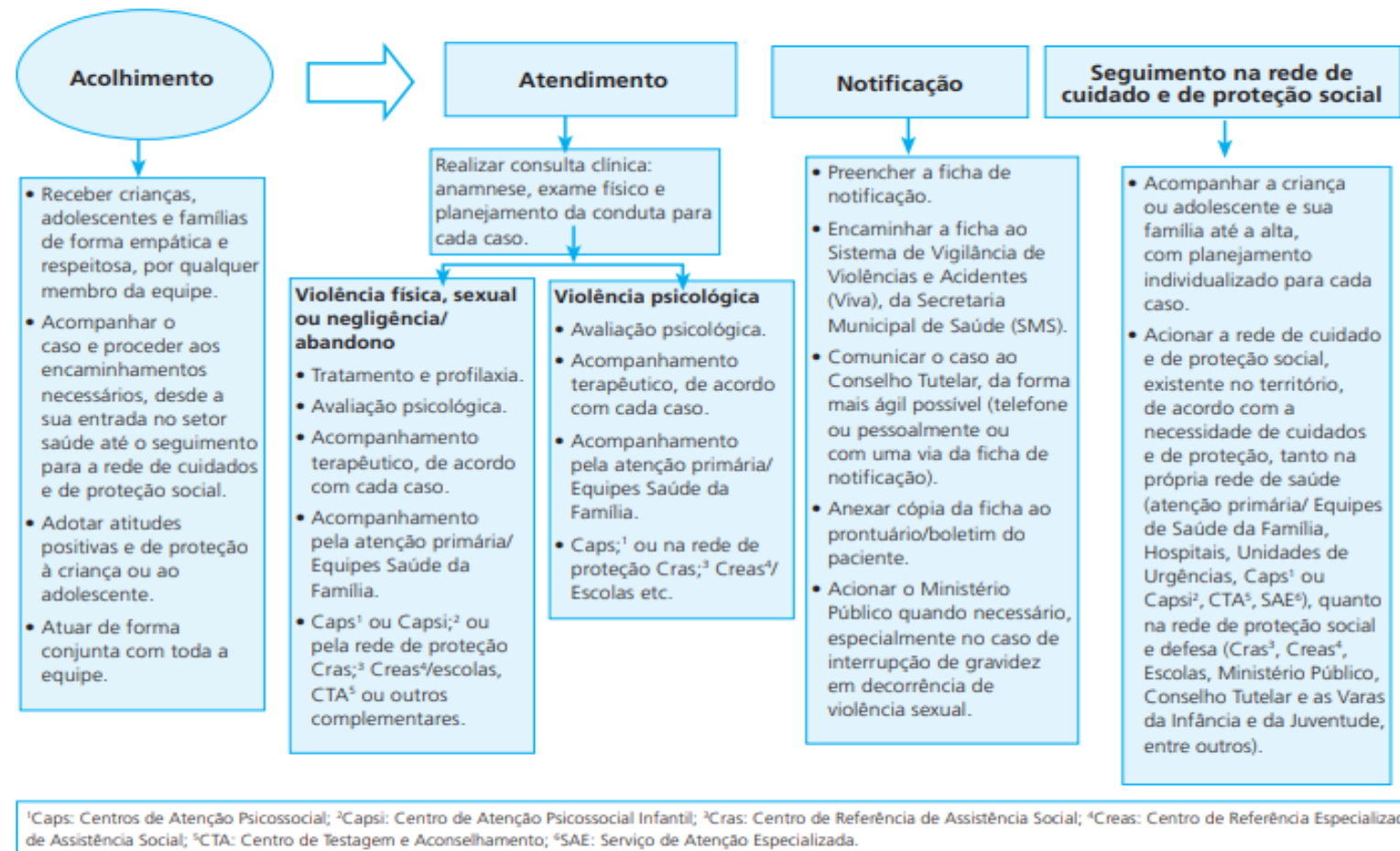
Aos dados epidemiológicos oficiais mais recentes revelam que no ano de 2018, foram registrados 184.524 casos de violência sexual, sendo 31,5% (58.037) especificamente contra crianças. A avaliação das características sociodemográficas de *crianças vítimas* da violência sexual mostrou que 74,2% (43.034) eram meninas. Um dado que se destaca é que das crianças, 51,2% estavam na faixa etária entre 1 e 5 anos, ou seja, mais da metade dos casos apontados acima, demonstrando que é alto o índice de manifestação direta de violência sexual em crianças de pouca idade (BRASIL, 2018).

O estudo descrito por Soares (2017) a partir da análise das fichas de notificação individual nos registros de atendimentos do hospital universitário - HUUFMA, foram encontrados 149 registros de atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência sexual. Do total dos casos, o maior número continua sendo com crianças e adolescentes do sexo feminino (95,4%), com faixa etária de 12 a 18 anos (71,2%), praticada por homens (98,7%), sendo estes, na maior parte das vezes, conhecidos da criança ou estão em convívio direto com sua família. Platt et al.(2018) aponta em outro estudo intitulado “Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências”, o impacto sobre a saúde mental das crianças, a pesquisa demonstrou a presença de pacientes que empreenderam tentativa de suicídio, desenvolveram transtorno mental; transtorno do comportamento; e transtorno do estresse pós traumático.

As estratégias de atendimento à pessoas em situação de violência sexual são casos de difícil manejo para os profissionais de saúde que, superando todas as complexidades em torno desse contexto e também os desafios das instituições, precisam garantir o direito a uma atenção integral à saúde da criança. Atenção integral ou integralidade da atenção é um princípio do SUS que garante o cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, esse cuidado em saúde deve estar sempre atrelado a um conjunto de procedimentos que norteiam a relação entre profissionais, pacientes e suas famílias, relação essa que pode ter contornos complexos (BRASIL, 2010).

Os procedimentos pelos quais as crianças são submetidas quando admitidas no hospital e as exigências que garantem a melhor assistência possível para essas crianças e suas famílias, são descritas na portaria Nº 528, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013) onde é declarado a necessidade de oferta de atendimento clínico que obedeça a seguinte descrição de assistência: acolhimento, atendimento, notificação compulsória, disposição e administração de medicamentos, exames laboratoriais, coleta de vestígios de violência sexual e encaminhamento para acompanhamento psicossocial nos estabelecimentos de referência da rede de saúde.

**Diagrama 1 – Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**



Fonte: BRASIL, 2010, pág. 51

A respeito dessa notificação compulsória, segundo a portaria nº 1968 publicada em 2001 preconiza que os profissionais de saúde de todas as entidades de saúde integrantes ou não do sistema único de saúde - SUS são orientados a notificar ao conselho tutelar assim que forem confirmados a presença de violência sexual (BRASIL, 2001). Bem como a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 que delibera em norma oficial do sistema e subsistema de saúde a notificação compulsória para secretaria estadual de saúde ocorrência de violência sexual, o que inclui também os casos de violência contra crianças e adolescentes.

Os serviços de saúde em suas diferentes portas de entrada deverão conferir máxima prioridade ao atendimento das crianças na faixa etária da primeira infância com suspeita ou confirmação de violência de qualquer natureza, formulando Projeto Terapêutico Singular – (PTS) que inclua intervenção em rede e, se necessário, acompanhamento domiciliar (BRASIL, 2014). A violência contra a sexualidade das crianças possui uma relação direta com as questões de saúde pública, no entanto apesar desse sistema de proteção rigoroso as redes de atenção em saúde ainda têm assistência precária, muitas vezes resumidos do primeiro ao último passo “ao tratamento de lesões físicas e às denúncias” (LIMA; FERNANDES, 2017).

Do ponto de vista das políticas públicas, não há discordância quanto ao fato de que a violência sexual pode provocar prejuízos físicos e danos psíquicos independente da faixa etária, raça, gênero ou cor. Quando acontece nos primeiros anos da infância ela deixa marcas e pode representar uma ameaça à saúde e/ou um prejuízo ao desenvolvimento das relações afetivas e sexuais, por isso o assunto requer uma abordagem ampla e responsável na medida de sua complexidade.

No decorrer deste trabalho o tema do abuso sexual infantil ainda será articulado a perspectiva psicanalítica tomando como eixo a noção de sexualidade, infantil e traumatismo psíquico, conceitos que intimamente relacionados na teoria psicanalítica e representam instrumentos teóricos valiosos para a psicanálise. Tomar como fundamento teórico a apresentação da noção de sexualidade infantil em psicanálise ganha importância na medida em que essa articulação, representados na teoria sexual infantil, são a base adotadas pelo Freud para elucidar o funcionamento do aparelho psíquico e conseqüentemente a constituição psíquica do sujeito.

A partir dessa construção proposta pela psicanálise e juntamente às discussões políticas sustentadas no âmbito da lei, é que teremos a base teórica para se pensar a atuação do psicólogo e mais especificamente como esse trabalho de atenção psicológica, obrigatório e necessário, prestado nos hospitais e nas emergências pode ampliar as possibilidades e ações na direção de uma política de prevenção e incentivos à saúde e proteção da infância.

## **CAPÍTULO 2 – A CRIANÇA E O ABUSO SEXUAL, A NOÇÃO DE INFANTIL E DE SEXUALIDADE EM PSICANÁLISE**

A violência sexual contra criança, segundo a definição adotada pelo Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) é o conjunto das diferentes violências de ordem sexual cometidas contra criança (abaixo de 12 anos, segundo Lei nº 8.069 - ECA), dentro dessa categoria temos a identificação de diferentes práticas como a pedofilia; abuso sexual infantil; estupro; pornografia infantil. prostituição infantil, por exemplo. Quando pensamos o tema do abuso sexual infantil em psicanálise esse assunto esbarra em noções e conceitos como sexual, sexualidade, infantil, trauma, incesto, criança, conceitos teóricos fundamentais que são lidos de outra forma, obedecendo a lógica do inconsciente.

Um trabalho pautado na psicanálise é um trabalho que está regido na sobredeterminação inconsciente. Freud ao instituir a psicanálise instaura o inconsciente como um fator determinante do psiquismo do sujeito humano. Para a psicanálise o saber está do lado do inconsciente, e uma prática analítica tem em seu cerne a função de dar testemunho ao saber que se constituir na palavra (Freud, 1923). A noção de inconsciente não é uma invenção de Freud, mas é mérito dele o reconhecimento de que todos estamos mais submetidos às regras, leis e modos de funcionamento inconscientes do que imagina a consciência.

O inconsciente freudiano não é como um depósito de memórias, como somos levados a pensar, o inconsciente é atemporal, dinâmico e não para de fazer novas associações o tempo todo. Com Freud, podemos descobrir que a atividade inconsciente é denunciada por um conjunto de fenômenos que atestam a sua existência e o seu modo de operação através dos sonhos, das repetições, dos tropeços, nos atos falhos. No texto “A Interpretação dos Sonhos”, vemos como que para a psicanálise “o inconsciente é a verdadeira realidade psíquica” (FREUD, 1900, p. 637).

Ao que concerne nossa constituição psíquica, a sexualidade exerce influência indispensável. Ao tomar a sexualidade enquanto um conceito, a psicanálise introduz um saber a respeito da função sexual e da natureza da pulsão sexual relacionado às diferentes fases da vida. A proposta deste capítulo é realizar um breve resgate histórico das primeiras postulações freudianas a respeito da teoria da sedução e sobre a vida sexual infantil, a partir de uma leitura que apresenta marcos de avanço teórico como a introdução do conceito de pulsão e da noção de fantasia que são noções que dão a direção para o manejo da situação clínica nos casos de abusos sexuais infantis.

### **2.1 Histeria, Trauma, Sedução**

As primeiras noções em psicanálise sobre a sexualidade humana foram publicadas por Freud no período de 1893 e 1899, nos chamados textos pré-psicanalíticos, que abordam mais especificamente questões sobre as histerias, as principais descobertas clínicas que precederam o desenvolvimento da técnica da psicanálise partiram desse período. Nestas publicações Freud, juntamente a Josef Breuer, descreve as primeiras experiências clínicas que denunciavam o funcionamento psíquico presente no comportamento das pacientes

históricas cujo adoecimento se dava por sintomas diversos, aparentemente sem nenhuma comprovação orgânica., baseado no método catártico.

O chamado método catártico foi como Breuer denominou esse tratamento que viabiliza a descarga (ab-reação) de afetos que estavam atrelados a um acontecimento psíquico que não puderam ser vivenciadas na época do trauma. A principal direção tomada no tratamento dos pacientes daquela época era, por meio do método catártico, investigar os traumas psíquicos cuja origem estava em vivências que pertenciam à infância do paciente e diziam respeito à sua vida sexual. Esses sintomas que surgem a partir dessa experiência traumática específica tornavam-se duradouras na medida em que o afeto gerado em torno da cena traumática, que por ser impedida de elaboração consciente, transformava-se em uma inervação somática. A formação dos sintomas histéricos estava associada diretamente à natureza desses traumas, ou seja, seu conteúdo sexual e principalmente o período de vida que ocorriam, na infância. Essa primeira noção de trauma psíquico figurou por muito tempo como a principal causa de adoecimento psíquico (FREUD, 1906).

Em “Estudos sobre histeria (1895)”, publicação que é considerada o ponto de partida para o nascimento da psicanálise, Freud contextualiza sobre como até aquele momento, a principal causa das histerias estavam em justificativas hereditárias enquanto as chamadas “outras afecções”, dentre elas a chamada vida sexual, seriam apenas agentes provocadores do adoecimento (FREUD, 1895). Nesta publicação temos a principal sustentação feita por Freud nas suas primeiras teorizações, reivindicando como causa específica das neuroses não a hereditariedade, mas algo que tem como causa a vida sexual do sujeito, ou seja, experiências de conteúdo sexual que afetam o corpo do sujeito e que ocorreram precocemente, na infância.

Estas primeiras elaborações teóricas em torno da ideia de trauma estavam pautadas nos episódios de sedução sexual que compareciam nos relatos das pacientes histéricas ocorridas em épocas anteriores à puberdade. Em seu texto intitulado “A Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses (1896)”, ao descrever mais criteriosamente suas análises clínicas e essa cena descritas pelos pacientes, Freud não deixa de demonstrar a gravidade dos fatos ali expostos e tomado pelos efeitos destas constatações, assume enquanto postulação teórica que estaria neste ponto a causação do trauma psíquico que acometia as suas pacientes,

Exponho, portanto, a tese de que, na base de todos os casos de histeria, há uma ou mais ocorrências de experiência sexual prematura, ocorrências estas que pertencem aos primeiros anos da infância, mas que podem ser reproduzidas através do trabalho da psicanálise a despeito das décadas decorridas no intervalo. (FREUD 1896, p. 123)

A experiência sexual prematura da qual aborda Freud (1896) no início da investigação psicanalítica diz respeito aos abusos sexuais relatados no tratamento das pacientes que sofriam de histeria, especificamente “à estimulação dos órgãos genitais, em atos semelhantes ao coito” (FREUD, 1896, p. 123). Nesse ponto Freud foi tomado pela constatação de que as crianças estão muito mais vulneráveis a esse tipo de exposição sexual precoce do que poderíamos supor.

À respeito dessa experiência sexual prematura, Freud elencou três principais situações que mais comumente figuravam nesse cenário, em primeiro os ataques de abuso



sexual praticados em meninas por adultos desconhecidos, em segundo, casos muito numerosos de situações em que um adulto que cuidava da criança “uma babá, uma governanta, um tutor ou mesmo um parente próximo” (FREUD, 1896, p. 125) iniciou a criança no contato sexual e manteve com ela uma relação amorosa que por vezes dura anos, e na terceira situação as relações sexuais infantis propriamente ditas entre duas crianças, geralmente irmãos. Foi sob o efeito destas constatações clínicas que Freud procurou teorizar sobre a etiologia própria da histeria, a questão que se erguia diante discursos das histéricas era se,

esse tipo de experiência sexual precoce, sofrida por um indivíduo cujo sexo mal se diferenciou, pode tornar-se fonte de uma anormalidade psíquica persistente como a histeria? E como se enquadraria essa suposição em nossas ideias atuais sobre o mecanismo psíquico daquela neurose? (FREUD, 1896, p. 91).

Será possível que essas atribuições feitas pelas pacientes, esses fatos que aconteceram há tanto tempo, representam a verdadeira causa do aparecimento desses sintomas? O que se pode dizer sobre essa questão foi o seguinte, era uma reivindicação do Freud, nesse ponto de sua elaboração teórica, que a causa do desenvolvimento da histeria estaria na experiência sexual precoce que ocorre antes dos oito, dez anos, ou seja, no período da infância.

No que concerne à histeria, Freud sustentava a ideia de que o “trauma sexual” agiria em um momento posterior a partir da força da sua lembrança que foi retida por efeito de recalque e destacava, até então, a influência da sedução como a causa de trauma psíquico das histéricas. A análise feita por Freud ainda permanecia muito sob o efeito dessa “cena de sedução” em que seus pacientes eram submetidos passivamente a experiências sexuais que partiam dos adultos, ou outras crianças maiores.

Na vida infantil o recalque tem uma forte atuação, somos majoritariamente acometidos por um esquecimento de nossas memórias produzidas nos primeiros anos. O recalque, é antes de tudo uma operação inconsciente, representa um pilar de sustentação à psicanálise, cujo processo se dá por uma operação através da qual se omite, ou se encobre partes inteiras da vida afetiva e relacional mais primitiva, nesse processo o sujeito afasta da consciência recordações, imagens e lembranças ligadas a atividade pulsional (FREUD, 1915).

Até aquele ponto do desenvolvimento da sua teoria, Freud dava muita relevância ao fato de suas pacientes relatarem como sendo factuais as experiências sexuais na infância, acreditava que teria havido sempre e necessariamente a intrusão de uma atividade de sedução de um adulto em relação a uma criança e que isso teria factualmente ocorrido na realidade, no entanto, seu interesse pela organização psíquica, seja normal ou patológico, passando a investigar cada vez mais os traumas e de onde derivam seus sintomas. Esta virada teórica teve como ponto de partida a constatação de que nem todos aqueles que relatam experiências como essa na infância, culmina no desenvolvimento de uma sexualidade diferente daquela dita normal, além disso havia uma improbabilidade que tantas cenas assim tenha ocorrido, o que o levou a repensar a sua teoria.

Com o avanço da noção de sexualidade infantil, Freud reconhece ter superestimado “a frequência desses acontecimentos inquestionáveis, de resto (FREUD 1906, p. 353)”, e

abandona essa teorização sobre a influência da sedução como causa de adoecimento das suas pacientes neuróticas, embora tenha sido um passo difícil, esse acontecimento representou um avanço na sua teoria. A noção anterior, a respeito da atividade sexual precoce, incorporou-se na “teoria da sexualidade” cuja apreciação se dá principalmente nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (FREUD 1901-1905) obra que é primordial para a psicanálise por descrever as várias formas assumidas por nossa constituição sexual.

## 2.2 A sexualidade infantil

Os conceitos de sexualidade e infantil estão totalmente imbricados na história da psicanálise e por sua vez a articulação teórica em torno deles aponta para uma noção daquilo que opera no cerne do sofrimento psíquico, ou seja, a vida sexual do sujeito, seja na sua história passada, seja no desenvolvimento de um distúrbio contemporâneo. A noção de sexualidade em psicanálise é um dos pilares da teoria psicanalítica e a sexualidade infantil é principalmente o fator estruturante da organização psíquica.

A respeito desta noção especificamente importante que é a sexualidade, a história da psicanálise nos mostra que há uma virada teórica entre as postulações freudianas feitas antes e depois da publicação dos “três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905)”. Nesta obra, Freud pode sustentar, após o amadurecimento do seu estudo teórico e com a observação de maior número de casos clínicos, que a vida sexual humana tem desdobramentos para além do ato sexual e que o corpo utiliza múltiplas funções quando está em busca de ganhos de prazer, dito de outro modo, a psicanálise ampliou a teorização em torno do sexo, sexual, e sexualidade, na defesa de que quando se trata da constituição humana, estes não representam a mesma coisa.

A investigação psicanalítica comprovou, na análise dos sintomas, que há, na verdade um “infantilismo da sexualidade”, ou seja, há algo da ordem sexual que fica marcado psiquicamente e cujas lembranças e ocorrências repentinas de pensamentos remontam, regularmente, até os primeiros anos da infância, não estando necessariamente atrelados ao desenvolvimento orgânico e à maturação sexual dos indivíduos, ou seja, a experiência sexual ocorrida precocemente promovia marcas inconscientes que posteriormente retornavam energeticamente provocando reações sintomáticas para aquilo que ficou estrangulado inconscientemente sob a forma de lembrança.

Para a psicanálise “sexualidade e reprodução não coincidem” (FREUD, 1916, p. 212), há um “sexual” que não é “genital” e não tem nada a ver com a reprodução. Freud sustenta teoricamente um discurso diferente daquilo que vigorava naquela época, em que o ato sexual e a reprodução eram o núcleo da noção da sexualidade, o que gerava a falsa noção de que somente a partir da maturação biológica dos órgãos genitais e das funções reprodutivas é que se teria acesso a vida sexual. Mas a sexualidade humana não está baseada em instintos, como os animais, mas sim na pulsão [trieb]. A pulsão é um conceito que se localiza “entre o anímico e o somático” (FREUD, 1905, p.67) atuando no organismo como uma força constante que parte do interior do próprio organismo, e que se relaciona com o corporal a partir do trabalho de erotização do corpo.

A mais simples e imediata suposição sobre a natureza das pulsões seria que elas não possuem qualidade nenhuma em si, devendo ser considerados apenas como medida de exigência de trabalho feitas à psique. O que diferencia os instintos uns dos outros e os dota de atributos específicos é a relação com suas *fontes* somáticas e sua *meta*. A ponto da pulsão é um processo excitatório num órgão, e sua meta imediata consiste na remoção desses estímulos no órgão (FREUD, 1905, p. 67).

As “teorias sexuais infantis”, que destacam-se a partir da publicação dos Três ensaios refletem principalmente a organização sexual da criança em correlação com os diferentes estímulos pulsionais, Freud faz muitas elaborações a respeito das fases do desenvolvimento sexual e das fontes da sexualidade infantil, pontuando tanto um período de latência, que corresponde a tudo que ocorre até mais ou menos os oito anos de idade da criança e onde ocorre ação própria da *amnésia infantil*. A ocorrência da amnésia infantil é entendida por Freud como tudo que acontece nos primeiros anos, toda lembrança, fica sob efeito de recalque, deixando profundos traços inconscientes que influenciam diretamente na pessoa seja quando ela permanece sadia, seja quando ela adocece após a puberdade.

O entendimento de que há uma manifestação sexual desde os primeiros anos de vida da criança provocou sérias resistências à psicanálise naquela época. Mas então em que consiste essa chamada “vida sexual das crianças?” Por qual característica devemos reconhecer as manifestações sexuais da criança?

A vida sexual das crianças é obviamente diferente daquela do adulto. A função sexual perfaz uma evolução complicada, desde os primórdios até a configuração final que nos é tão familiar. Ela se forma a partir de inúmeras pulsões parciais com objetivos específicos, percorre várias fases de organização, até por fim se colocar a serviço da reprodução (FREUD, 1926, p. 237).

Para a psicanálise a função sexual é efeito da atividade pulsional que já está presente na criança e se manifesta de diversas formas, as primeiras manifestações de sexualidade aparecem ainda no lactente, Freud afirma que “na verdade, ao vir ao mundo, o recém-nascido traz a sexualidade consigo” (FREUD, 1907, p. 82). enquanto uma função da libido, ou seja, essa energia cuja amadurecimento e organização se dá ao longo da vida por uma sobreposição de fases que não obedecem a uma ordem cronológica, mas que são demarcadas por pontos de viradas do desenvolvimento em função da pulsão sexual.

A característica mais evidente da atividade sexual nesta fase é que a pulsão sexual não está dirigida para outras pessoas, mas se satisfaz no próprio corpo, é assim chamado *autoerótico*. Geralmente encontra sua fonte de prazer na satisfação de uma função vital do corpo, como na alimentação, ou evacuação e sua meta é dominada por uma zona erógena específica. Nas crianças, a meta sexual consiste em gerar a satisfação por meio da estimulação apropriada da zona erógena escolhida de uma forma ou de outra. Freud destaca que a satisfação sexual infantil se dá a partir da

(..) sua posição anatômica, pelas secreções em que estão banhadas, pela lavagem e fricção advindas dos cuidados com o corpo e por certas excitações acidentais (como as migrações de vermes intestinais nas meninas), é inevitável que a sensação prazerosa que essas partes do corpo são capazes de produzir se faça notar à criança já na fase de amamentação, despertando uma necessidade de repeti-la (FREUD 1905, p. 94).

Aqui Freud defende a noção de que a construção da pulsionalidade humana - no ato de chupar já durante a amamentação, no toque durante os cuidados de higiene, nos carinhos que o bebê recebe daquele que se ocupa dele, na voz que fala com a criança, no contato da pele, toda a situação anatômica do bebê independente da natureza da parte do corpo - se dá a partir da erogeneização do corpo, desde o nascimento e nesse processo há a produção de sensações de prazer ou desprazer

Diante das muitas críticas recebidas nos anos anteriores, Freud não hesitou em demarcar que “sexual” não estava reduzido ao “genital”, mas de que a sensação de prazer fruto de uma satisfação sexual que advinha das sensações corpóreas da excitação sexual (estímulo das zonas erógenas) é um mecanismo que opera no aparelho psíquico deixando marcas inconscientes e que uma vez posta em movimento, ainda nos primeiros dias de vida, produzia uma marca capaz de determinar a dinâmica psíquica de cada um, da inibição neurótica da sexualidade às mais diversas perversões.

### **2.3 Algumas notas sobre a criança e a fantasia para a psicanálise**

O abandono da teoria da sedução fez do registro dessas experiências sexuais infantis um elemento teórico importante para compreensão dos processos e conteúdos psíquicos. Na verdade, com a superação da ênfase no aspecto “traumático” e da posição passiva da criança em relação às experiências sexuais infantis, Freud se deu conta que de todo modo a vida sexual dos neuróticos se manifesta em seus sintomas. A estrutura do neurótico sofre influências diretas de constituição sexual que se desenvolve ainda quando se é criança (FREUD, 1906).

Houve um momento em que Freud não tinha condições teóricas de distinguir seguramente o que era real ou não daqueles relatos das histéricas e foi a introdução da noção de fantasia que possibilitou compreender melhor a relação da experiência traumática com o desenvolvimento dos sintomas. A noção de fantasia está intimamente ligada com o abandono da sedução como origem traumática dos sintomas, foi depois dessa superação que a noção dos “traumas sexuais infantis” foi substituída pela noção de “infantilismo da sexualidade”. Segundo Freud (1906), a nova leitura da relação dos sintomas com o acontecimento traumático, é que,

Estes já não apareciam como derivados diretos das lembranças recalçadas das experiências infantis, havendo antes, entre os sintomas e as impressões infantis, a interposição das fantasias (ficções mnêmicas) do paciente (produzidas, em sua maior parte, durante os anos da puberdade), que, de um lado, tinham-se construído a partir das lembranças infantis e com base nelas, e, de outro, eram diretamente transformadas nos sintomas. Somente com a introdução do elemento das fantasias histéricas é que se tornaram inteligíveis a textura da neurose e seu vínculo com a vida do enfermo; evidenciou-se também uma analogia realmente espantosa entre essas fantasias inconscientes dos histéricos e as criações imaginárias que, na paranoia, tornam-se conscientes como delírios (p. 349).

Isto significa que não há uma implicação direta entre as lembranças infantis e o adoecimento, na verdade, o sintoma não se liga a lembranças reais, mas a fantasias construídas tendo como base essas lembranças da vida infantil sempre recalçadas. Na psicanálise, a fantasia representa a realidade subjetiva de cada um, cujo ápice de atividade se estabelece anterior nos primeiros cinco anos como um período de intensa atividade. no

tratamento a fantasia evidencia aquilo que cada um vai conceber como sendo sua própria realidade.

Com a introdução da noção de fantasia, a respeito das lembranças infantis, e sobretudo a cerca disso que fica registrado psiquicamente, Freud (1915) diz no texto “lembranças encobridoras” que,

Nossas lembranças infantis nos mostram nossos primeiros anos não como eles foram, mas tal como apareceram nos períodos posteriores em que as lembranças foram despertadas. Nesses períodos de despertar as lembranças infantis não *emergiram* como as pessoas costumam dizer; elas foram *formadas* nessa época. E inúmeros motivos, sem qualquer preocupação com a precisão histórica, participaram de sua formação, assim como da seleção das próprias lembranças (p. 287).

Aqui fica claro que as lembranças são formadas no momento da sua evocação, isto significa que a cada vez evocada uma lembrança há uma chance de uma nova história, sem necessariamente ter correspondência com a realidade factual. As fantasias, ou “sonhos diurnos” (FREUD, 1915) são criações, imaginações que, diferentemente dos delírios, não se desconectam da realidade, no caso das atividades fantasistas elas “possuem realidade psíquica, em contraste, com a realidade material, e gradualmente aprendemos a entender que no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva” (1915, p. 370).

No texto dos três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905), Freud aponta que as nossas criações imaginárias têm uma analogia muito aproximada das nossas fantasias inconscientes, e essa atividade fantasista tem o ápice no período anterior a puberdade, ou seja, fantasiar é uma atividade própria do mundo da criança. No exercício da análise temos a chance de ter notícias das fantasias que sustentamos, a partir de um exercício que abre caminho para cada um saber daquilo que ficou marcado na memória sobre as primeiras experiências de relacionamento com o outro e o mundo.

Além disso, a psicanálise entende a criança como um ser que tem, muito antes da fase da puberdade, acesso a maioria das operações psíquicas da vida amorosa como a ternura, entrega, ciúme “em resumo, com exceção do seu poder de reprodução, muito antes da puberdade já está completamente desenvolvida na criança a capacidade de amar” (FREUD 1907, pág. 84.), bem como está perfeitamente apta a experimentar sensações corporais de excitação sexual. e este é um tema que deve ser tratado da mesma maneira que outros assuntos dignos de conhecimentos.

A criança usa da fantasia para acessar e expressar suas emoções, suas paixões, sentimentos, portanto é pela via das fantasias que a criança registra o modo como percebe e se percebe no mundo. Portanto se, no relato ou na história clínica da criança, há algum tipo de denúncia, quem escuta, talvez se questione se é fruto da imaginação da criança ou não. Pode ser um relato cuja ação violenta tenha acontecido de fato na história da criança, pode ser que seja fruto da sua imaginação, se é verdade ou não a questão principal não é essa. Para Charles Melman (2004) quanto a isso que tenha sido real ou fantasiado, o efeito, talvez seja o mesmo, se trata de uma situação ou uma fantasia que, apesar de nada ter de excepcional, tem evidentemente consequências importantes sobre a vida afinal a lembrança ou a fantasia provoca na criança, nesse caso, o sentimento de ter sido habitada pelo sexo de um modo violento.

A tangente entre o sexual e o infantil comparece nas postulações freudianas desde o início de suas investigações clínicas juntas a Josef Breuer. Naquele ponto Freud, tomado pelo relato de suas pacientes colocou em evidência a cena de sedução, abusos sexuais ocorridos na primeira infância e cuja ocorrência produziria o trauma psíquico. O abandono dessa noção de trauma descolado da experiência factual do ato sexual na infância abriu caminhos para uma noção mais articulada da sexualidade infantil, na verdade, a teoria sexual de Freud (1905), localiza a infância como o período de intensa atividade pulsional que, atrelada aos impulsos libidinais do próprio corpo, deixam marcas inconscientes, traços cuja lembrança, apontam o caminho da organização psíquica de cada um.

Esse recorte teórico que resgata a história da psicanálise desde o período prépsicanítico, evidencia o percurso do Freud até formular a sua teoria da sexualidade. No que concerne à teoria da sedução, em algum momento Freud foi tomado pela história de violência presente no relato de seus pacientes, mas foi necessário ultrapassar o fato em si, para que a psicanálise pudesse firmar-se e ser instituída enquanto tal. Nesse ponto, a psicanálise entende a sedução como um fenômeno cuja ocorrência têm suas implicações psíquicas, mas é algo que dificulta e confunde o acesso ao pulsional, que é o elemento verdadeiramente base para a sexualidade. O encontro com a sexualidade para a criança, portanto, tem sempre um valor traumático, sustentada nas elaborações freudianas fica o convite para ver o fato além do óbvio, em um movimento que sugere espaço para produção de coisas novas.

### **CAPÍTULO 3 - ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA A CRIANÇAS EM DECORRÊNCIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL NAS UNIDADES HOSPITALARES:** discutindo a atuação a partir de algumas questões psicanalíticas

Este capítulo apresenta aspectos do atendimento hospitalar para os casos de abuso sexual infantil, para a partir disso pensar as possibilidades e desafios presentes no manejo clínico nestes casos. O presente capítulo vai percorrer um caminho teórico que aponta desde o contexto da inserção da psicologia nos hospitais, trazendo uma noção da especificidade da sua prática profissional na instituição de saúde, bem como considerações a respeito da experiência de trabalho de profissionais que atuam fornecendo atendimento hospitalar multiprofissional especializado aos casos de violência sexual contra criança.

#### **3.1 A psicologia clínica no hospital**

O hospital é um equipamento de saúde, uma instituição que, no Brasil, integra a rede própria ou contratada do Sistema Único de Saúde - SUS. É inquestionável a importância que os hospitais exercem na organização da rede de assistência à saúde que vigora no país e é deste lugar que partem a maioria dos serviços de média e alta complexidade. A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída na Portaria de Consolidação nº 2, de 28/07/2017, compreende a assistência hospitalar a partir de uma organização que atende as necessidades da população, a fim de garantir o atendimento aos usuários, apoiada em uma equipe multiprofissional, que atua no cuidado e na regulação do acesso, na qualidade da assistência prestada e na segurança do paciente. As equipes multiprofissionais na saúde são formadas por profissionais de diferentes áreas, trabalhando em busca de um único objetivo, promover atendimento humanizado aos usuários.

Não é novo o registro da inserção dos psicólogos nas equipes de trabalho do hospital, no entanto o reconhecimento deste enquanto uma especialidade e/ou um campo de saber pelos órgãos de controle profissional é relativamente recente, no início dos anos 2000 (CFP, 2000<sup>a</sup>). Segundo documento do Conselho Federal de Psicologia- CFP, que apresenta as referências técnicas para o trabalho dos psicólogos nos serviços hospitalares, há registros de psicólogos que trabalharam na primeira equipe multiprofissional do Hospital Mclean de Massachusetts no ano de 1818. No Brasil, data de 1930 a presença de psicólogos junto a instituições de saúde mental do Brasil ao lado dos serviços de psiquiatria (CFP, 2019).

Desde então houve o desenvolvimento teórico-prático, ampliação desse saber e consequente consolidação da prática no fazer profissional dos psicólogos que atuam no campo da saúde e que, por sua vez, integram as equipes de assistência hospitalar. Além do aumento da demanda de trabalho e oferta de vagas, cresceu o reconhecimento da necessidade de profissionais que fornecessem suporte para escuta das subjetividades no processo de cuidado. A delimitação de uma psicologia que se volta para uma atuação específica nas áreas de saúde e saúde mental provocou algumas discussões sobre a delimitação de especialidades que se relacionam diretamente com as grandes instituições do sistema de saúde: Entre psicologia da saúde, psicologia hospitalar e psicologia clínica cuja práxis se relacionam de

modo direto às rotinas hospitalares, não há consenso sobre qual a relação correta existente entre essas tantas psicologias (CFP, 2019).

O Conselho Federal de Psicologia- CFP, busca estabelecer diretrizes específicas para normatizar a prática dos profissionais em suas respectivas áreas e especialidades, no caso os psicólogos que atuam no campo da saúde têm múltiplas possibilidades de atuação. O reconhecimento da Psicologia Hospitalar como uma especialidade aconteceu nos anos 2000 e foi regulamentada a partir da norma do CFP número 014/00 que instituiu o título profissional de Especialista em Psicologia Hospitalar e dispôs normas e procedimentos para seu registro especificando como um serviço prestado pelos psicólogos nos pontos secundários ou terciários de atuação em saúde.

Segundo a Sociedade Brasileira de psicologia hospitalar – SBPH, fundada em 1997, a Psicologia hospitalar assim como a psicoterapia tem seu instrumental teórico e atuação pautado na área clínica, a definição da especialidade segundo conselho de psicologia prevê que o(a) psicóloga(o) hospitalar oferece e desenvolve atividades em diferentes níveis de tratamento, tendo como sua principal tarefa a avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando a promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental.

Vale ressaltar que não é o aparato e a densidade tecnológica de uma unidade de cuidado que define a necessidade da(o) psicóloga(o) hospitalar. Contudo, a tecnologia compõe, em conjunto com questões éticas, com a amplitude de manipulação da vida e com o grau de morbidade e de mortalidade presentes nesses espaços, os fatores que marcam e/ou influenciam os processos de subjetivação dos usuários e de seus familiares. Isto exige um saber e um fazer muito específicos, que vão além da Psicologia da Saúde e adentra o âmbito da Psicologia Hospitalar, como um campo de conhecimento teórico e técnico sobre o cuidado da experiência subjetiva de adoecimento e hospitalização (CFP, 2019, p. 15).

Na experiência de hospitalização é recorrente que os impactos sobre a subjetividade se relacionam majoritariamente ao fato de o sujeito sofrer no corpo efeitos próprios de seu processo adoecimento ou morte, a própria perspectiva existencial de cada sujeito ali internado pode sofrer efeitos disso que chamamos “despersonalização”. Segundo Trucharte (1995, p. 17), a despersonalização do paciente acontece quando naquele sujeito “apenas um determinado sintoma existe naquela vida”, ou seja, aquela pessoa deixa de ter significado próprio para significar a partir de diagnósticos realizados sobre a sua patologia, a realidade institucional mostra como que rapidamente perde-se o próprio nome e passa-se a ser um número de leito, o portador de tal doença (TRUCHARTE, 1995).

Diante das especificidades presentes nesse contexto a psicologia hospitalar, enquanto especialidade, tem como objetivo principal “a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização” (TRUCHARTE, 1995, p. 17), entendendo que a vivência de hospitalização não representa um mero processo de institucionalização hospitalar, mas como um conjunto de fatos que implica um cuidado necessariamente contextualizado desse paciente, família, equipe e instituição de saúde.



### **3.2 A clínica psicanalítica como possibilidade de orientação na atuação de psicólogos nas instituições de saúde**

A discussão em torno da presença da clínica psicanalítica nos hospitais requer um trabalho minucioso e extenso na medida de sua complexidade, esta não se esgota em aspectos teóricos. A psicanálise nos contextos de saúde, sobretudo nos espaços de urgência e emergências e pronto atendimento, provoca aos psicólogos de orientação psicanalítica algumas questões de trabalho. Como orientar a escuta? Como sustentar uma prática?

A principal ferramenta de trabalho dos psicólogos de orientação psicanalítica na promoção aos cuidados do sofrimento psíquico é a escuta clínica nessa orientação, esta por vez embasada com os fundamentos desde Freud. nas instituições de saúde à escuta clínica dá lugar às urgências psicológicas sempre articulada a realidade institucional e cotidiana considerando às interferências das exigências objetivas da instituição. Além disso essa escuta amplia sua terapêutica além da pessoa assistida, a família da criança, instituição e à equipe sem desconsiderar as interfaces dos processos biológico, sociocultural num mesmo atendimento.

No caso da psicanálise o tratamento se dá através de duas regras fundamentais, a “atenção equiflutuante” por parte do analista e associação livre por parte do paciente. Ao analista pede-se que “ouça o que lhe diga sem se preocupar se vai lembrar ou não (FREUD 1912, p.95)”, ao paciente faz-se o convite para falar aquilo que lhe vem à mente, da forma que vier. Esta relação é sustentada pela transferência, sendo a transferência um fenômeno que, na vida, representa o afeto que trocamos uns pelos outros, mas que, para o tratamento analítico representa um pilar, condição de cura (FREUD, 1912).

A clínica diz respeito à leitura que cada profissional faz de determinada história, a relação terapêutica única que se estabelece em cada caso, a própria condução do tratamento. Quando falamos em uma psicologia clínica de orientação psicanalítica dizemos de uma atitude que se relaciona fundamentalmente no modo como aquele que escuta se coloca em relação ao que se faz e ao que se fala. Essa condução depende além do estudo teórico rigoroso, supervisões clínicas com profissionais experientes, análise pessoal e capacidades de promover intervenções fundamentadas teoricamente.

A psicanálise é uma práxis sustentada no que Freud deixou enquanto regras fundamentais constantemente revisadas ao longo do seu trabalho com os pacientes. O que se sobrepõe nessas recomendações freudianas para à condução de um tratamento analítico é seu caráter não mecânico, não há meios de reprodução de procedimentos, apenas à rigorosa submissão às regras fundamentais e à ética da psicanálise e a sobredeterminação inconsciente. Faz parte do compromisso do psicanalista a suspensão da moral, do julgamento, dos pré-conceitos, para dar lugar ao desejo inconsciente (FREUD, 1923).

Lacan, ao retomar Freud, sustenta a radicalidade do desejo inconsciente que é aquilo que nos torna humanos e que é também aquilo que sustenta a formação de analista. O trabalho com os conceitos de inconsciente, sintoma, resistência, transferência e interpretação não se confunde com uma mecanização da técnica, na verdade o que pode o analista é colocar em

movimento um processo que tem como regras fundamentais a associação livre por parte do paciente, e atenção uniformemente flutuante do lado do analista.

Para a psicanálise nosso psiquismo é na sua constituição fundamentado no conflito, o que está em jogo é o Sujeito e nada pode nos salvar do sofrimento da desordem do desejo e das exigências da vida. Na direção do trabalho analítico os resultados são tomados como consequência não como objetivo, o Sujeito como condição de cura e não o diagnóstico pré-constituído. A formação da demanda, a localização do sintoma, a atenção à transferência é estabelecida a cada vez que nos dirigimos ao paciente descolando-se dos saberes e certezas que antecipam por vezes o próprio sujeito.

### **3.3 Aspectos do atendimento hospitalar às crianças em situação de abuso sexual**

Atualmente o hospital universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA, unidade Materno Infantil é referência de atendimento aos casos de violência sexual contra a criança, isto significa que, em caso de suspeita ou confirmação de violência sexual, a criança pode ser encaminhada ao setor pediátrico para o atendimento e seguimento aos protocolos de saúde.

A implantação da Linha de Cuidado de atenção às vítimas de violência sexual infantil pretende estabelecer melhor fluxo e mapeamento dos processos assistenciais, o que inclui o atendimento psicológico. Dentre as atividades instituídas a partir desta medida está a realização de grupo de trabalho que promove oficinas que debatem o tema da violência sexual. Esse grupo é composto por profissionais da Unidade de Atenção à Criança- UAC, da unidade materno infantil que foi o espaço em que eu pude realizar meu trabalho de estágio em psicologia clínica hospitalar e obter a experiência que sustentou a minha questão de trabalho.

A política de saúde que institui esse protocolo é importante pois aponta a condução adequada no atendimento hospitalar. Ainda que haja essa proposta de capacitação institucional e profissional, na prática cotidiana, os profissionais da saúde carregam consigo muitas dúvidas, conflitos morais e frequentemente o estigma da vitimização que, ergue-se em torno da criança, é denunciada nas entrelinhas da comunicação realizada entre a equipe, paciente e família. Segundo Souza et al. (2002), um dos principais fatores que afetam, nos sistemas de saúde, o planejamento de uma estratégia de atendimento adequada às crianças que sofrem abuso sexual é o desconhecimento da magnitude e impacto desse abuso. (SOUZA et al., 2002).

As instituições de saúde representam muitas vezes o primeiro local de contato para diagnóstico e tratamento das crianças em situação de violência sexual. O ingresso da criança no sistema de assistência à saúde se dá pela emergência (ver Diagrama 1) que costuma ser a porta de entrada das vítimas de abuso sexual para os processos médico-legais. De forma geral o serviço de emergência é compartimentalizado em detrimento de uma abordagem integral. Segundo SOUZA et al. (2002, p. 108),

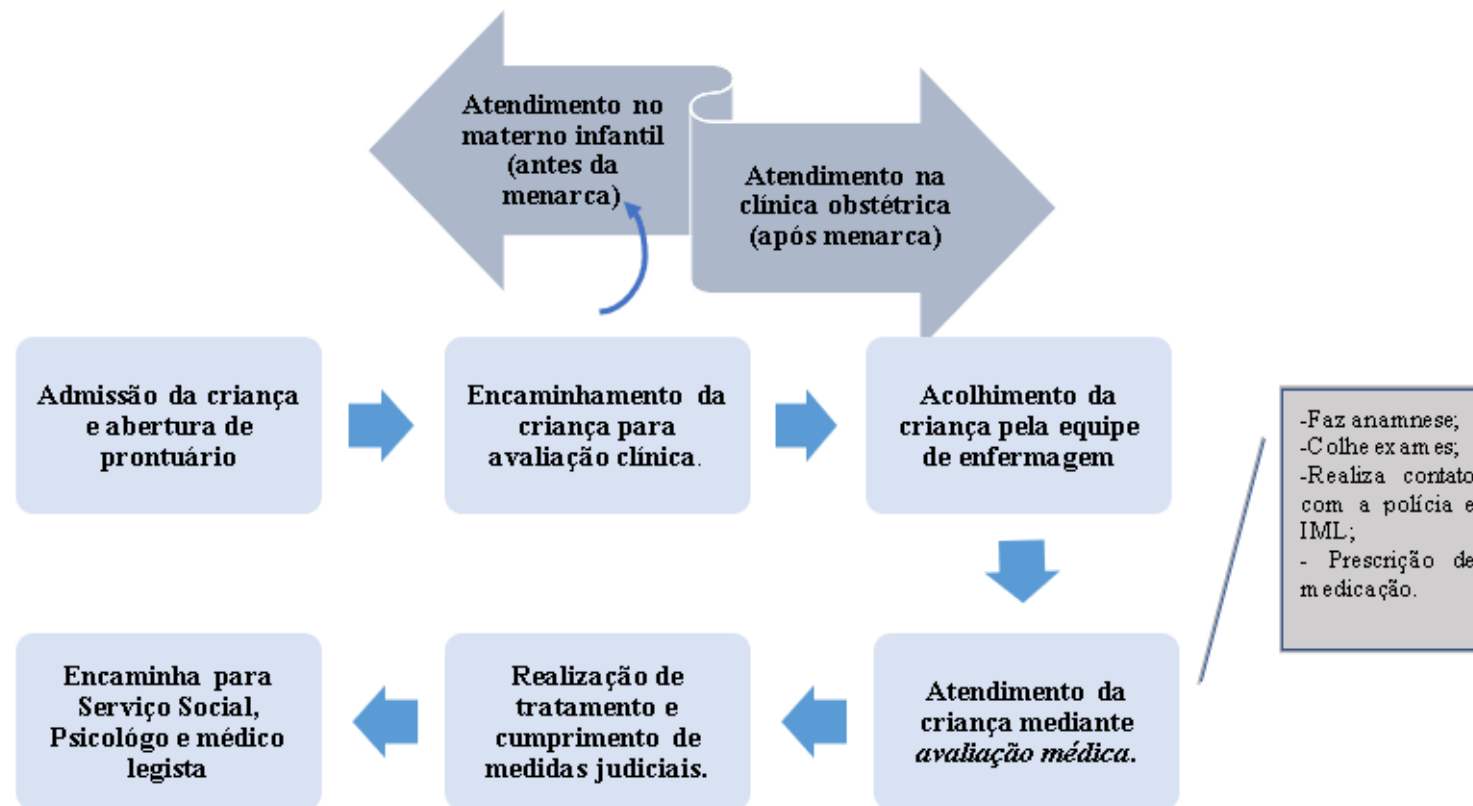
A captação da criança no sistema de assistência e a revelação do abuso pela criança são temas abordados em seis dos 26 artigos analisados. De acordo com Ferreira, o abuso sexual pode se apresentar aos serviços de três formas: como queixa explícita feita pela vítima ou acompanhantes, como suspeita a partir de um adulto, ou como

causa subjacente de sinais e sintomas. Já segundo Tilden et al., as vítimas se apresentam nas clínicas de tratamento pelos ferimentos e problemas de saúde associados ao estresse.

No contexto da emergência hospitalar as crianças costumam revelar o abuso de forma acidental e através de circunstâncias externas ao evento a partir de sinais comportamentais que podem ser propositais ou não dependendo da idade da criança (SOUZA et al., 2002). Além da entrada pelo sistema de saúde, as situações de violência sexual podem também ser encaminhadas pelos setores investigativos, jurídicos e sociais já que há uma demanda em promover coleta de dados ou provas.

Relembramos que a denúncia e notificação compulsória é obrigatória no Brasil por parte das agências de saúde e agências de proteção do estado, mas segundo autores (SOUZA et al., 2002; GARCIA, et al., 2017), com relação a obrigatoriedade da denúncia observa-se que há um fracasso dos profissionais de saúde em notificar os casos de abuso em razão das incertezas quanto a evidência clínica, opressão quanto às ações de serviço de proteção e sobretudo medo de envolvimento nos tribunais, a pesquisa aponta que para equipe profissional esse é um trabalho desgastante.

Diagrama 1- Fluxo de atendimento para as vítimas de violência sexual



Fonte: GARCIA et al. (2017, p. 42).

Conforme a bibliografia (BRASIL, 2010; SOUZA et al., 2002; GARCIA et al., 2017), em relação à avaliação de evidências e diagnóstico, demanda obrigatória no tratamento dessas crianças, todo profissional deve estar atento à dois pontos, aos *sinais* indicativos de abuso e os *procedimentos* necessários e obrigatórios a partir de identificação ou suspeita de presença de abuso sexual infantil. Para o processo de identificação da ocorrência ou não do abuso têm-se como ferramenta principal o exame físico e o próprio relato da história pela criança, embora os artigos apontem que se mostram recorrentes a existência de chamados “falsos relatos” por parte de crianças não abusadas. Entre o exame físico e a história contada pela criança há uma valorização maior em alguns casos pelo relato da história.

Quanto aos *sinais, sintomas e comportamentos*, na maioria das vezes não existir evidências físicas diretas da violência sexual, alguns sinais são relevantes, como os edemas ou lesões em área genital, sangramento, fissuras ou cicatrizes anais, dilatação ou flacidez de esfíncter anal. Nos meninos, o texto destaca como evidências, o próprio relato do menino, a existência de vínculo à pedofilia e nas meninas verifica-se que lesões no hímen e vaginais são os sinais mais destacados pelas fontes (BRASIL, 2010), (SOUZA et al., 2002).

Garcia et al. (2017), ao investigar o trabalho com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual tece algumas considerações: a pesquisa identificou que a maioria dos profissionais da equipe multiprofissional apontou que falta local adequado para atendimento das crianças, falta capacitação profissional, preparação psicológica, descaso dos órgãos de fiscalização quanto à notificação, além disso é recorrente a queixa de desgaste emocional já que além dos prejuízos quanto a ambiência, há ainda os efeitos do desconhecimento, da escassez de pessoal da sobrecarga de trabalho e da falta de suporte psicológico além do misto de tristeza, sofrimento, dor e compaixão (GARCIA, et al., 2017).

Outro fator de dificuldade é que muitas vezes há um tipo de violência que acontece justamente pela negligência, pela escassez no cuidado, pela falta de condições estruturais e organizacionais apropriadas para este tipo de atendimento e pela conveniência em permitir ações que mobilizam uma intervenção que se pretende curativa interferindo diretamente no tratamento oferecido às crianças, mas que, em último caso, acabam comprometendo seu desenvolvimento. Essa falha institucional é um chamado especialmente às instituições que recebem essas crianças e se responsabilizam por um suporte de referência para atendimentos dos casos específicos de violência sexual, mas que se comprometem com a investigação, diagnóstico, mas falham no acompanhamento do processo que se segue após a intervenção feita nos serviços hospitalares.

### **3.4 A criança em situação de abuso sexual e a intervenção do psicólogo, algumas considerações a partir de experiência de estágio em psicologia clínica hospitalar**

No cenário do abuso sexual infantil, opera sobre a criança uma violência silenciosa que, na maioria dos casos, ocorre no meio familiar, no ambiente domiciliar, partindo de alguém muito próximo à criança (BRASIL, 2018). É uma violência sustentada em relações complexas o que tornam delicadas as medidas de intervenção, discussão e denúncia, fazendo da tarefa de teorizar sobre os casos de abuso sexual infantil e responsabilizar os sujeitos, um trabalho delicado.

A partir da experiência com o estágio já citado anteriormente pude observar que a presença do psicólogo nos atendimentos na enfermaria pediátrica implica no trabalho também com a família ou com aquele que responde e se ocupa daquela criança no hospital ou fora dele. O acompanhamento psicológico com os acompanhantes e responsáveis da criança por vezes promove alguns desdobramentos e novas demandas de trabalho. No que concerne ao papel ocupado pela família da criança nesse contexto, entende-se que

a gravidade de qualquer violência depende da resposta que o sujeito consegue dar a ela. Mesmo que muitas crianças ou muitos adolescentes tenham chegado para tratamento pelo fato de estarem ou terem estado envolvidos em situações de violência sexual, cada caso é um caso, cada situação é particular. Faz diferença não só como cada um pôde lidar com o que lhe aconteceu, como também a posição da mãe, do pai ou dos responsáveis e familiares próximos em relação à situação vivida. É totalmente diferente se os pais acreditam na criança e tomam as medidas necessárias (como notificações e cuidados médicos e/ou psicológicos), se desconfiam dela ou se são os próprios autores (MOURA, 2012, p. 26).

A inserção da família e/ou responsáveis no trabalho que é feito com a criança é indispensável, o atendimento à criança e sua família é necessário porque é o que possibilita a existência de um trabalho com a criança. Segundo Maud Mannoni (1980) cabe ao analista atentar-se antes mesmo de a criança entrar na sua própria análise, convém pensar o sentido do seu sofrimento ou da sua perturbação, na própria história de ambos os pais, ou seja, que lugar ela ocupa no fantasma parental (MANNONI, 1980).

Sendo assim, penso que é imprescindível na atuação do psicólogo considerar e acolher a singularidade da criança bem como identificar a dinâmica dessa família, escutando o discurso da criança sua história de vida e as histórias que ela conta, bem como o modo que ela é contada por essa família. O mais importante é acolher a criança nesse lugar subjetivo, sem necessariamente buscar provas que comprovem a veracidade dos fatos.

Tendo em vista a rede de proteção que existe atualmente em torno dos direitos da criança, os campos da saúde e da justiça ficam muito aproximados. Na prática da equipe de saúde, isto muitas vezes comparece como uma atitude muito colado com a noção do “julgamento”, da investigação em torno de um crime, inevitavelmente há uma especulação em torno dos culpados, questionamentos aos responsáveis pela criança e curiosidades em torno da autoria da agressão.

Se estamos munidos da teoria freudiana e das noções psicanalíticas sobre a constituição da sexualidade infantil, precisamos suspender a ideia de que a criança assume automaticamente o lugar da “vítima” ainda que estejamos cientes que, segundo nossa legislação, há algo de violento e criminoso na ação de violação dos direitos da criança. Convém trazer contribuição, segundo Gryner et al (2012), no estudo publicado pelo Núcleo de Atendimento a Violência -NAV,

(...) se uma criança ou um adolescente é fixado em lugar de vítima, dificilmente será escutado em sua ambivalência de sentimentos e comportamentos. Dito de outro modo, se o reduzimos à categoria de vítima, dificultamos que fale de outro lugar e que daí possa expressar outros sentimentos. É fundamental aceitar a complexidade da situação, ou seja, quando dizemos que a criança pode viver a situação sentindo-se beneficiada de alguma forma, isso não quer dizer que tal situação não seja violenta. Em relação àqueles que cometeram algum tipo de violência, chamá-los de autores de agressão, e não de agressores, é uma tentativa de que não sejam reduzidos ao seu comportamento violento. Ao contrário do que

pode parecer à primeira vista, eles podem se importar com o que fazem e com as consequências disso para a criança (p. 55).

O envolvimento de crianças em situações de violência sexual não implica necessariamente a garantia de um destino marcado por traumas e sofrimento, depende de cada caso, antecipar um caráter traumático nos impede de saber qual resposta a criança conseguirá dar a partir de então.

Quanto aos autores da agressão, os “culpados”, eles estão entre nós, são familiares, vizinhos, amigos, são pessoas que sustentam consigo seriedade, probidade, convívio social. muitos de seus delitos são cometidos em um momento de rompante de consciência, em que o culpado diz que não se reconhece de fato. A reflexão de Charles Melman, a partir de Lacan nesse sentido, retoma aquilo que está por detrás desse dispositivo de denegação, ou seja, denunciar como nós somos sujeitos divididos, entre uma parte que a gente pensa que é e uma parte em que a gente não pensa, está aí a clivagem própria à subjetividade humana.

Nesse mesmo texto intitulado “a propósito do incesto” Charles Melman (2004), destaca que as profissionais que estavam a frente nesse tipo de trabalho se mostravam muito engajadas, muito passionais, muito preocupadas que o culpado fosse punido. Considerando que nós profissionais da saúde somos fruto do caldo cultural, que por sua vez é formado por machismos, racismos, moralismos, isso também comparece na nossa prática, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, tenhamos nossos preconceitos.

Nesse ponto resgato a seguinte provocação,

Não há dúvida de que existem crianças que, pelo fato de terem ido denunciar seu pai e de terem contado a história aos juízes, vão ter uma vida impossível. Não é sem consequências! Será que isso quer dizer que, então, se deve deixar tudo isso tranquilo, deixar continuar? Claro que não! É preciso, mesmo assim, ter a dimensão humana do que nós fazemos. Somos máquinas ou bem somos sensíveis ao problema do que vai acontecer com essa criança? Vamos nos comportar diante dela de maneira tão embrutecida quanto o pai que foi capaz de violentá-la? Vamos agir da mesma maneira? (MELMAN, 2004, p.6).

Quando Melman (2004) denuncia esse “embrutecimento” humano ante ao sofrimento, me faz pensar nisso que é próprio do hospital, esse lugar onde muitas vezes não há espaços para a sensibilidade, mas aquele que leva uma criança ao hospital aposta que ali a criança receberá cuidados. É um ambiente que torna o nosso trabalho complexo, as demandas são diversas, no modelo de atuação multiprofissional as diferentes clínicas funcionam muito perto o que muitas vezes confunde a função de cada um. Mas há uma diferença entre os cuidados psicológicos e os cuidados médicos e ali o psicólogo é imprescindível na medida em que pela sua própria formação pode dar esse lugar de escuta, dar lugar a palavra.

Nas instituições de saúde públicas, opera-se sempre no limite, são muitas insuficiências e estes fatores influenciam também em nossa prática. Mas atualmente no HUUFMA já a pediatria tem espaços específicas para as crianças, a brinquedoteca e a classe escolar dentro do hospital, lugar que fornecia a vivência escolar para as crianças ali internadas. São esses espaços que possibilitam, muitas vezes, transformar o ambiente hostil dos leitos em lugar mais lúdico e assim escutar o desejo da criança, muitas vezes sufocada pelos cuidados das famílias, pelos anseios da equipe.

Nesse trabalho pudemos perceber, através do percurso teórico construído, que a gravidade da situação não está no fato em si; o mais importante são as relações que se estabelecem a partir disso para cada família e cada criança, não é sem consequências. Mas diante das normas hospitalares, das obrigações legais, das prescrições médicas o psicólogo pode produzir algumas brechas e dar, através de seu trabalho, uma possibilidade à criança. A criança que está hospitalizada é, antes de qualquer história, uma criança.

Portanto, teorizar sobre os casos de abuso sexual infantil e responsabilizar os *sujeitos* nesse contexto é delicado na medida em que é uma situação cercada de complexidades é uma situação que necessita de intervenções que vá além da interrupção da violência, no nível da proteção legal, mas também um trabalho que atue na possibilidade de reconstrução de laços de socias e a presença de alguma referência de cuidado e proteção à infância.



## CONCLUSÃO

No Brasil os casos de abuso sexual contra criança, são cometidos predominantemente contra meninas que são violentadas, em sua maioria, ainda na primeira infância (BRASIL, 2018). Há uma predominância na incidência de casos no ambiente domiciliar, essas agressões acontecem geralmente depois de algum tempo de sedução por parte do adulto e são geralmente cometidas por homens que são muito próximos ou fazem parte da família da criança.

A nossa legislação (Lei nº 12.015) é categórica em criminalizar a prática de violência sexual e garantir às crianças apoio e atenção integral prioritária nas instituições de saúde, assegurando apoio psicológico nesses casos. O reconhecimento da gravidade dessa violência no âmbito da legislação, seja no código penal, seja nas normas e diretrizes do ministério da saúde é importante na tentativa de assegurar os cuidados de saúde física e mental no desenvolvimento da criança desde seus primeiros anos.

Os estudos (SOUZA et al., 2002; GARCIA et al., 2017) apontam que os hospitais e as instituições de saúde são a principal porta de entrada para o acolhimento dessas crianças em situação de violência sexual, dessa forma devem ser obrigatoriamente atendidas pelos profissionais de saúde em caráter de urgência promovendo atendimento integral a partir dos procedimentos descritos em políticas de cuidado previstas pelo ministério da saúde.

No processo de hospitalização, a criança passa por uma brusca mudança na sua rotina e de seus familiares. Os autores (SOUZA et al., 2002; GARCIA et al., 2017; MORETTO, 2019) apontam que há muitos desafios na realidade institucional, falta de local adequado para atendimento dessas crianças, falta capacitação profissional, falta equipe especializada e principalmente há muito estigma em torno da criança que recebe, inclusive dentro do hospital, um olhar de compaixão pela difícil situação a qual foi inserida.

O sistema de saúde delibera normas e linhas de atuação específicas para o atendimento dos casos de abuso sexual infantil para os profissionais que atuam nas instituições. Entretanto não há manual ou norma que consigam dar conta de tudo que opera em torno desses casos. Algumas coisas escapam à legislação, às políticas de saúde, já que há nesse cenário a gente conta com os sujeitos em relação. Esse é o ponto pelo qual o psicólogo apoia o seu trabalho.

É nesse sentido que um trabalho de orientação psicanalítica, o profissional submete-se a regra fundamental da psicanálise, firmando um único contrato com os pacientes, que eles falem livremente aquilo que lhe passam a mente, e do lado do terapeuta, o compromisso de escutá-los com igual atenção, tudo que eles dizem.

A prática clínica do(a) psicólogo(a), quando inserida no contexto institucional é uma ação, atuação construída entre discursos, ou seja, está amparada no campo da justiça, das políticas públicas e na teoria. A importância de uma escuta clínica que é perpassada pela psicanálise no atendimento ambulatorial está no movimento de questionar-se mutuamente de que forma aquilo que afeta um corpo reflete na constituição psíquica daquele paciente e como aquilo o afeta enquanto sujeito na sua singularidade.

Para a psicanálise (FREUD, 1905) o desenvolvimento da nossa função sexual não é qualquer coisa, todas as pessoas são afetadas pela sexualidade infantil. Esse sexual não é o ato sexual, mas algo que opera psiquicamente e constitui nosso aparelho psíquico enquanto uma energia que se desenvolve desde o começo da nossa vida a partir das relações que estabelecemos com o outro. Ao instituir a psicanálise, Freud pode nos dar notícia do funcionamento do aparelho psíquico e a respeito da sexualidade infantil, do trauma psíquico, do inconsciente, da pulsão e sobre a sobredeterminação do inconsciente na vida humana.

Nesse contexto, a pesquisa pôde apontar alguns direcionamentos à psicologia, nesses casos nosso trabalho deve estar comprometido em oferecer espaço de escuta à essas crianças, deixando que elas possam dizer como se relaciona com sua história, o que por si só representa muito. E estar atento as questões da família, por exemplo, como a família traduz o acontecimento para criança e como isso afeta a dinâmica familiar. Acolher as angústias e questão dos familiares para que possam ser trabalhadas fazendo surgir talvez questões de contribuições para reconstrução de laços no meio social dessa criança e fortalecendo seus modelos de referência.

Este trabalho buscou articular teoricamente os campos da política, da psicologia e da psicanálise a respeito do abuso sexual infantil, um tema delicado e controverso. Considero esta iniciativa importante na medida em que pode abrir caminhos para a realização de novos debates no meio científico, levantar reflexões e oportunizar a avaliação das ações e políticas públicas, de modo que isso retorne em forma de trabalho dentro das instituições de saúde promovendo maior implicação social de cada um que opere nesses lugares.

Outro ponto que considero relevante está no reconhecimento dos sentimentos que nos afetam nesse lugar de trabalho, de cada profissional de saúde que ocupa esse lugar. A partir deste trabalho de pesquisa, sugiro aos psicólogos de orientação psicanalítica o compromisso com sua análise pessoal, responsabilizando-se por aquilo que provoca angústias, questões, estranhamentos, apegos, para que possa abrir a possibilidade de um manejo clínico levando em conta o sujeito nessa operação em cada caso no trabalho instituição dentro das políticas públicas de cuidados e proteção à criança.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [recurso eletrônico]. – 9. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18/5/01 / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 528, DE 1º DE ABRIL DE 2013**. Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0528\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0528_01_04_2013.html) . Acesso em: 7 de Jun. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 1.968, DE 25 DE OUTUBRO DE 2001(\*)** Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de-maus-tratos contra-crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. 2001. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968\\_25\\_10\\_2001\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html). Acesso em 09 de Ago. 2020

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html). Acesso em 19 de Set. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z** : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p. : il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde 3 Volume 49. Nº 27. Jun. 2018.

BRASIL, Ministério de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Relatório 2019 – Disque Diretos Humanos**. 2020. Disponível em: [https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/mmfdh/disque\\_100\\_relatorio\\_mmfdh2019.pdf](https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/mmfdh/disque_100_relatorio_mmfdh2019.pdf) Acesso em 19 de Set. 2020

CONANDA. **RESOLUÇÃO Nº 113, DE 19 DE ABRIL DE 2006** - Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente. Disponível em: <https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPIJ/docs/res-113.pdf>. Acesso em: 05/10/2020.

CPF, Conselho Federal de Psicologia. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS**. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. — 1. ed. — Brasília: CFP, 2019.

FREUD, S. **Estudos sobre a Histeria. (1895)**. In.: op. cit., vol. II, 1893-1895. In: Obras Psicológicas Completas. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1950 (1892-1899).

FREUD, S. **O papel da hereditariedade e a etiologia das neuroses (1896)**. In Primeiras publicações pre psicanalíticas in Obras Psicológicas Completas. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora, (1893 – 1899).

FREUD, Sigmund. **A interpretação dos sonhos (1900)**. Nova Fronteira, 2018.

FREUD, S. **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912)**. In: Obras completas, XII (1911-1915[1914]). Rio de Janeiro: Imago. 1969.

FREUD, S. **A Dinâmica da transferência (1913)**. In: Obras completas, XII (1911-1915[1914] ). Rio de Janeiro: Imago. 1969.

FREUD, S. **Conferências introdutórias sobre psicanálise (1916-1917[1915-1917])**, vol. XV. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

FREUD, Sigmund. **Três ensaios sobre a sexualidade (1905)**. In Três ensaios sobre a teoria da sexualidade análise fragmentária de uma histeria (“o caso Dora”) e outros textos. In Obras completas, v. 6. Edição Companhia das Letras. São Paulo, 2016.

FREUD, Sigmund. **Meus pontos sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses (1906)**. In.: Três ensaios sobre a teoria da sexualidade análise fragmentária de uma histeria (“o caso Dora”) e outros textos. In Obras completas, v. 6. Edição Companhia das Letras. São Paulo, 2016. Pág 348.

FREUD, Sigmund. **Sobre o esclarecimento sexual das crianças (1907)**. In.: Amor, Sexualidade, Feminilidade. 1. ed.; 2. reimp. -- Belo Horizonte: Autêntica editora, 2019. Obras incompletas de S. Freud. v. 7).

FREUD, Sigmund. **Sobre as teorias sexuais infantis (1906)**. In: Amor, Sexualidade, Feminilidade. 1. ed.; 2. reimp. -- Belo Horizonte: Autêntica editora, 2019. Obras incompletas de S. Freud. v. 7).

FREUD, Sigmund. **Desenvolvimento da libido e as organizações sexuais (1916)** (Conferências de Introdução à Psicanálise - Conferência XXI). In: Amor, Sexualidade, Feminilidade. 1. ed.; 2. reimp. - Belo Horizonte: Autêntica editora, 2019. Obras incompletas de S. Freud. v. 7).

GARCIA P. A.; MACIEIRA A. P.; OLIVEIRA D.E. **O trabalho da equipe multiprofissional com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidas na unidade hospitalar**. Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP/Marília. Ano 2017 – Edição 20 – Novembro/2017.

GRYNER, S. et al. **O NAV e a Violência doméstica. Lugar de palavra**. Projeto NAV- Núcleo de Atenção a Violência, p. 10, 2012.

LACAN, J. Proposição de 9 de outubro de 1967- Proposição sobre o psicanalista da Escola. In: **Documentos para uma Escola- Publicação da Letra Freudiana- Escola**. n 0 ed. Rio de Janeiro: Ano 1, 1967. p. 29–42.

LAMEIRA, V. M.; COSTA, M. C. DA S.; RODRIGUES, S. D. M. Fundamentos Metodológicos da Pesquisa Teórica em Psicanálise. **Revista Subjetividades**, v. 17, n. 1, p.

68, 2017.

LIMA, M. P.; FERNANDES, C. DE A. V. **A psicanálise e as crianças hospitalizadas.** **Anais do EVINCI**, p. 973–986, 2017.

MANNONI, Maud. **A criança, sua doença e os outros.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

MELMAN, Charles. **A neurose obsessiva.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. **Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde.** 1. Ed. – São Paulo: Zagodoni, 2019. 160.p.

MOURA, F. C. Direitos da Criança e do Adolescente sob os nos 53-53/2012 (Rio de Janeiro) e 031/0101-01 (Nova Iguaçu). **Revista NAV - Núcleo de Atenção à Violência.** Rio de Janeiro: Ed. Petrobras pelo Programa Petrobras Desenvolvimento e Cidadania, na linha de atuação de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente. 2012.

PLATT, Vanessa Borges et al. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 4 [Acessado 1 Junho 2021] , pp. 1019-1031. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.11362016> Acesso em: 05/10/2020.

SOUZA, Edinilsa Ramos de. Estratégias de atendimento aos casos de abuso sexual infantil: um estudo bibliográfico. **Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz.** Av. Brasil, 4036, sala 700. Manguinhos. Rio de Janeiro, Brasil. CEP 21.040-361 3 Universidade Federal do Rio de Janeiro

SOARES, Larissa Karla Dias. **Abuso sexual contra crianças e adolescentes: estudo dos casos notificados no hospital universitário do Maranhão em 2016.** 2017.

TRUCHARTE, Fernanda Alves Rodrigues. **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática/** Valdemar Augusto Angerami-Camon (organizador). -- 2. ed. -- São Paulo: Pioneira, 1995 (Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais. Psicologia).

UNICEF. **Declaração Universal dos direitos da criança.** 20 de novembro de 1959. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_universal\\_direitos\\_crianca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf). Acesso: 10 de Out. de 2020.