

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA PEDIATRIA JUNTO A CRIANÇAS QUE SOFRERAM ABUSO SEXUAL: MUITO ALÉM DAS FERIDAS VISÍVEIS

ARISI, Bárbara Melli¹
MORAES, Thainan Roberta Rocha²
PARRAGA, Maria Beatriz Bastos³

RESUMO

Neste ensaio teórico, é pensada e debatida a atuação do psicólogo no contexto hospitalar, mais especificamente na pediatria, junto a crianças que sofreram abuso sexual. Leva-se em consideração o aporte teórico da Psicologia da Saúde e Hospitalar, protocolos, diretrizes, códigos, leis e resoluções que orientam a atuação desse profissional junto a crianças na busca pelo cuidado, prevenção de agravos e garantia dos direitos infantis. Para tal, foram consultados e examinados textos em formato de livros, cartilhas e periódicos que abordam a violência sexual infantil, a atuação psicológica nos hospitais, nas pediatrias e como a violência sexual interfere no desenvolvimento e na saúde da criança, articulando por fim reflexões sobre os deveres e a prática do psicólogo no manejo desse fenômeno complexo. De acordo com o estudo desenvolvido, foi identificado que o abuso pode gerar comprometimento da saúde mental e física da criança, desestruturação familiar, julgamentos, descrença, culpabilização, gravidez indesejada e a possibilidade de contrair infecções sexualmente transmissíveis. Muitos são os sintomas que podem ser desenvolvidos após a violência, tendo como destaque a baixa autoestima, comportamento sexualizado, dificuldade de relacionamento e ansiedade ou tristeza constante. No cenário da hospitalização a criança pode sofrer ainda um duplo trauma, visto que o ambiente hospitalar é conhecido como hostil. Nesse sentido, cabe ao psicólogo na pediatria acolher a criança, não revitimizar (e garantir essa não revitimização), escutar, dar lugar para a vazão dos sentimentos, reforçar à criança que sua fala é respeitada, que existem maneiras de existências e relações saudáveis, caminhando no sentido de empoderar o infante e mostrar-lhe que existem possibilidades de transformação a partir da desconstrução e, consequentemente, reconstrução. É preciso, também, que o psicólogo esteja em constante articulação com a rede, com os familiares e tenha participação ativa e crítica na sociedade, promovendo ações de sensibilização e conscientização sobre o tema.

Palavras-chave: Violência sexual infantil. Atuação psicológica nos hospitais. Atendimento psicológico com crianças.

ABSTRACT

In this theoretical essay, the role of the psychologist in the hospital context is considered and discussed, more specifically in pediatrics, with children who have suffered sexual abuse, considering the theoretical contribution of Health and Hospital Psychology, protocols, guidelines, codes, laws and resolutions that guide the work of this professional with children in the search for care, prevention of injuries and guarantee of children's rights. To this end, texts in the form of books, booklets and periodicals that address child sexual violence, psychological action in hospitals, pediatrics and how sexual violence interferes in the development and health

¹ Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG.

² Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG.

³ Professora orientadora do trabalho, docente do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG.

of children were consulted and examined, finally articulating reflections on the duties and practice of the psychologist in handling this complex phenomenon. According to the study developed, it was identified that abuse can compromise the child's mental and physical health, physical trauma, family breakdown, judgments, disbelief, blame, unwanted pregnancy and the possibility of contracting sexually transmitted infections. There are many symptoms that can develop after violence, highlighting low self-esteem, sexualized behavior, relationship difficulties and constant anxiety or sadness. In the hospitalization scenario, the child can also suffer a double trauma, as the hospital environment is known as hostile. In this sense, it is up to the pediatric psychologist to welcome the child, not revictimize (and guarantee this non-revictimization), listen, make room for the flow of feelings, reinforce to the child that their speech is respected, that there are ways of healthy existences and relationships, moving towards empowering the infant and showing him that there are possibilities for transformation based on deconstruction and, consequently, reconstruction. It is also necessary that the psychologist is in constant articulation with the network, with family members and has an active and critical participation in society, promoting awareness and awareness actions on the subject.

Keywords: Child sexual violence. Psychological action in hospitals. Psychological care with children.

1 INTRODUÇÃO

O termo “violência”, pelo dicionário, significa abuso da força, tirania, opressão, coação física ou moral, segundo a Rede de Proteção a Pessoas em Situação de Violência de Cuiabá/MT (RPPSV, 2016). No caso desse trabalho vamos debater especificamente a questão da violência sexual em relação a criança. No Brasil, uma das prioridades do Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância) é oportunizar a garantia do direito de cada criança sobreviver e desenvolver-se em sua totalidade, através dos investimentos governamentais na primeira infância fomentando projetos como o Brasil Carinhoso (2012), Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (PNEVSCA), Programa Presidente Amigo da Criança (Fundação Abrinq), Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro (PAIR) e Programa Escola Que Protege (PEQP), (ABRINQ, 2018). Esses programas são apenas alguns dos que temos no Brasil que visam a proteção da infância, já que os seis primeiros anos de vida são considerados fundamentais para o desenvolvimento integral do indivíduo.

Segundo o Relatório da Situação Mundial da Infância 2008, do Unicef, o país apresentou grandes avanços com relação à taxa de mortalidade infantil com queda de 46,9/1.000, em 1990, para 24,9/1.000, em 2006 – o que representa redução de 44,9%. Porém, apesar da redução da taxa de mortalidade nacional, houve um grande aumento nos índices desta

por causas externas. Essas, são compreendidas como “qualquer ação ou omissão que provoque danos, lesões ou transtornos ao desenvolvimento da criança e do adolescente, com caráter de intencionalidade (violências) ou não (acidentes)” (HIRSCHHEIMER E WAKSMAN, 2011, p. 14).

A violência sexual destaca-se entre as diferentes formas de violência que existem pelo intenso conteúdo moral e mesmo que não se constitua como a forma mais comum, cenários de violência sexual, normalmente, apresentam incertezas e imprecisões que afetam intensamente todos os envolvidos, e isso inclui a equipe de saúde. De acordo com a matéria do jornalista Janary Damacena (2021), para o jornal on-line Brasil 61, atualmente, segundo as estatísticas, mais de 95 mil denúncias de violência contra crianças e adolescentes foram registradas em 2020, sendo que mais de 14 mil (aproximadamente 14%) corresponderam a abuso sexual, estupro e exploração sexual.

A questão da violência sexual contra crianças tem recebido atenção de muitas áreas das ciências humanas e da saúde, justamente pela necessidade de acolher a criança vitimizada como medida profilática, pensando em favorecer o desenvolvimento de recursos para elaboração e reorganização do psiquismo desta (FRANÇA, 2017). Com a aprovação da Lei Federal 8.069/90, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Brasil foi um dos países pioneiros na implantação de uma legislação reconhecida internacionalmente como uma das mais avançadas em termo de proteção integral da criança e do adolescente (PLATT et al., 2017). Entretanto, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), todos os anos o abuso sexual infantil atinge milhares de crianças. Uma meta-análise com estudos internacionais, estimou uma dominância média de 20% de abuso sexual infantil para mulheres e 8% para os homens. No Brasil, estudos demonstram que a maioria dos casos de abuso sexual infantil acontece com meninas em idade entre 5 e 10 anos.

Uma das maneiras de conhecer melhor o tema é realizar uma incursão histórica sobre sua constituição, além da função patológica e repercussões na construção identitária das crianças. Tem-se a hipótese de que o abuso sexual infantil surge como problema juntamente com a infância sendo reconhecida como categoria de sujeitos que precisam ser protegidos, cuidados e preservados (MALTA et al., 2017). A infância tem sido alvo de violências ao longo do tempo em diversas culturas e em todas as classes sociais. A criança está sujeita a todo tipo de violência: psicológica, física, sexual, negligência, ausência da escola, de moradia e de assistência à saúde, sendo submetida a situações de abuso de poder (MALTA et al., 2017).

No século XII ao XVII, a infância tomou diferentes significados dentro do imaginário do homem nos aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos, de acordo com cada período

histórico. A criança era vista como substituível, um ser produtivo que tinha uma função utilitária para a sociedade, pois a partir dos sete anos de idade era inserida na vida adulta e tornava-se útil para a família, realizando tarefas, imitando seus pais e suas mães, acompanhando-os em seus ofícios e cumprindo, assim, um papel perante a coletividade. Eram seres sem qualquer valor e os pais não se apegavam carinhosamente aos filhos, pois como não tinham os devidos cuidados, muitas crianças morriam antes do primeiro ano de vida. Com o passar do tempo, no século XVII, a interferência dos poderes públicos juntamente com a preocupação da igreja (que não aceitava passivamente a forma como eram vistas e tratadas), as crianças passaram a ser preservadas e cuidadas, sendo um trabalho exclusivamente das mulheres: as amas e parteiras que agiam como protetoras dos bebês, criando uma nova concepção da vida infantil (ROCHA, 2002).

De acordo com Rocha (2002), por volta do século XX, percebe-se que surge um olhar crítico sobre o histórico da infância, na forma que era compreendida, as características e as necessidades específicas. Foi com o surgimento da escola que a criança passou a ser vista como diferente de um adulto e começou a ser estudada. No século XX, também iniciou a discussão acerca da violência sexual contra as crianças, com essa problematização feita a partir do surgimento dos conceitos da produção histórica da infância e da família, tendo a criança sendo vista como um cidadão com necessidade de proteção e direitos a serem garantidos (NASCIMENTO E CHRISTIANO, 2013).

O abuso sexual infantil é um problema universal que alcança aproximadamente 120 milhões de meninas com idade inferior a 20 anos. No Brasil, essa é a 4ª violação mais presente contra crianças e adolescentes. No primeiro trimestre de 2015, foram denunciados 4.480 casos de violência sexual infantil, o que demonstra um percentual de 21% das 20 mil demandas ligadas a violações de direitos da população infanto-juvenil, 85% do total de denúncias de casos são de abuso sexual infantil e tendo como principal autor o pai ou padrasto da criança, o que faz seus efeitos serem ainda mais nocivos (MARAFON E SCORTEGANA, 2017).

A violência é um ato muito complexo, resultante de desigualdades sociais, culturais e históricas, sendo sua defrontação decorrente do comprometimento dos governos e da sociedade. Em 2015, a ONU incluiu objetivos de enfrentamento a violência aos do desenvolvimento Sustentável (ODS), o que indica o quanto ainda precisa ser realizado na prevenção de violências contra crianças. Acabar com a violência infantil deve ser uma prioridade pública, para eliminar de vez a percepção de que seja algo aceitável (MALTA et al., 2017).

Frente a esses altos índices, nos mais diversos espaços de atuação, psicólogos se deparam constantemente com crianças que passam ou passaram por uma situação de abuso,

sendo o trabalho com esse público e com essa demanda em específico, um grande desafio na prática cotidiana, principalmente no âmbito da saúde. Este é um dos primeiros ao qual a criança chega após o abuso, sendo recomendado que a equipe de saúde, como um todo, possa efetivar os cuidados de profilaxia⁴, acolhimento e notificação com buscas para garantir a segurança e não revitimização da criança (MALTA et al., 2017). O processo de revitimização se dá quando o infante não é validado, escutado, quando é acolhido por profissionais despreparados e que o faça voltar e relembrar muitas vezes o fato traumático, revivendo o abuso. Esse processo é de muita violência, se configurando como mais uma pela qual a criança passa (VALVERDE, 2010).

Em certos casos, as autoras compreendem que pode haver, para a criança internada por abuso sexual, um duplo trauma: por vivenciar os impactos do abuso, e por permanecer internada em um hospital geral na ala pediátrica, que lhe pode parecer muito estranha, invasiva e insegura. Na qual, muitas vezes, permanece até que possa ser acolhida em uma instituição especializada e ter sua guarda definida pelo âmbito jurídico, quando se trata de um abuso intrafamiliar (VALVERDE, 2010). Então, a própria configuração da internação pode apresentar um potencial traumático na vida da criança, assim como o próprio abuso.

Neste ponto, verifica-se a importância de o profissional psicólogo estar preparado, capacitado, e engajado com as políticas públicas, redes intersetoriais, diretrizes e protocolos sobre o manejo de situações como a de acolhimento de crianças que passam por essa situação. Colaborando, dessa forma, em sua prática para uma psicoprofilaxia e minimização de agravamentos em relação aos possíveis efeitos da violência na vida dessa criança. Buscando assim, se apropriar de teorias e técnicas em psicologia que auxiliem no atendimento psicológico com vistas à ressignificação e reorganização frente ao possível trauma (FRANÇA, 2017).

No entanto, dificilmente se encontra uma literatura tão especializada sobre o tema, o que faz deste estudo relevante em sua abordagem. O interesse pela temática surge da necessidade de compilar, refletir e problematizar materiais que favoreçam uma direção para a prática de profissionais psicólogos inseridos no contexto da pediatria hospitalar e que podem se deparar com a complexidade desse cenário. O presente artigo se trata de um ensaio teórico em que foram consultados e examinados textos em formato de livros, cartilhas e periódicos que abordam a violência sexual infantil, como ela interfere no desenvolvimento e na saúde da

⁴Profilaxia - Área da saúde que atua nos fatores de prevenção de doenças no nível populacional, com foco na proteção e no desenvolvimento das espécies, são tomadas ações e medidas para que não exista interação de um agente infeccioso com o organismo, com objetivo de conter a inserção de doenças e, quando isso não é possível, realizar o controle para que as doenças não se disseminem (ALVES, 2018).

criança, como pode se dar a atuação psicológica nos hospitais, nas pediatrias e junto a crianças que passam por essa situação extrema. As leituras e as reflexões sobre os materiais reunidos pelas autoras se deram pela Psicologia da Saúde e Hospitalar, que propõem analisar fenômenos que interferem no processo saúde-doença, compreendendo que este inclui também um âmbito social e acesso a condições dignas de vida.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O abuso sexual infantil e seus efeitos na saúde e no desenvolvimento da criança

Segundo Hayeck (2009), a violência é complexa pela pluralidade do seu conceito, podendo ter vários sentidos, como o ataque físico, uso da força física ou até mesmo ameaça. Além disso, é possível categorizar vários tipos de violência, sendo elas definidas como patrimonial, psicológica, física e sexual (SILVA, 2016). Dessa forma, compreende-se que a violência é analisada e entendida por diversas óticas e nomenclaturas, sendo, no entanto, danosa e prejudicial em qualquer contexto. Neste estudo, colocamos em foco a violência sexual praticada contra a criança.

A violência sexual, segundo Hirschheimer e Waksman (2011), pode ser definida como qualquer tipo de atividade de natureza erótica ou sexual que desrespeita o direito de escolha de um dos envolvidos. O direito de escolha pode ser censurado por imaturidade, coação ou opressão, além disso, as situações de violência sexual contra crianças e adolescentes são, normalmente, praticadas por pessoas próximas, que possuem a confiança da criança e da família, ocorrendo por longos períodos de forma gradual e progressiva. O contato genital não é obrigatório para se considerar abuso, “carícias não genitais, beijos, exibicionismo, voyeurismo e exposição à pornografia podem ser tão danosos quanto as situações que envolvem contato genital” (HIRSCHHEIMER E WAKSMAN, 2011, p. 73).

De acordo com Maria de Fátima Araújo (2002), a violência sexual pode ser intra ou extrafamiliar. Na intra, o abusador e o abusado vivem e convivem no mesmo ambiente, sendo o abusador frequentemente um membro da família (pai, mãe, padrasto, madrasta, avós, tios ou primos). Normalmente, esse tipo de violência ocorre contra crianças, mulheres e idosos no mesmo contexto familiar. A violência sexual extrafamiliar é praticada por pessoas que não fazem parte da família, mas pode ocorrer, e normalmente ocorre, por parte de pessoa conhecida da vítima, sendo o tipo de violência sexual denunciada com maior frequência.

Para Lucânia, Miyazaki e Domingos (2008), embora qualquer pessoa possa ser vítima de violência sexual é no sexo feminino, principalmente entre adolescentes e mulheres jovens, que estão as vítimas mais frequentes. Nota-se também que alguns aspectos facilitam o abuso infantil, como a renda familiar, a falta de acesso à educação, a moradia fixa, a desestruturação familiar e a omissão parental, colocando a criança em um lugar de vulnerabilidade (AZEVEDO, 2001). É válido pontuar que essa desestruturação familiar se dá pelo descuido, negligência e desproteção pelas quais algumas crianças passam, fugindo do senso comum que compreende essa desestruturação como aquilo que se diferencia do modelo branco, burguês e heteroparental, com binaridade no sexo (JUNIOR, 2013).

Os efeitos do abuso infantil, segundo Lucânia, Miyazaki e Domingos (2008), envolvem problemas físicos e psicológicos, podendo ser imediatos ou tardios. Essas consequências múltiplas incluem comprometimento da saúde mental e física da criança, traumas físicos, desestruturação familiar, julgamentos, descrença, culpabilização, gravidez indesejada e a possibilidade de adquirir infecções sexualmente transmissíveis. Muitos são os sintomas que podem ser desenvolvidos após a violência, tendo como destaque a baixa autoestima, comportamento sexualizado, dificuldade de relacionamento, ansiedade e/ou tristeza. No cenário da hospitalização, conhecido como hostil (LUCÂNIA, MIYAZAKI E DOMINGOS, 2008), a criança pode sofrer ainda um duplo trauma quando submetida a procedimentos invasivos, próprios da rotina hospitalar, e quando revitimizada perante o abuso vivido.

Nesse sentido, cabe ao psicólogo na pediatria acolher a criança, não revitimizar (e garantir essa não revitimização), escutar, dar lugar para a vazão dos sentimentos, reforçar à criança que sua fala é respeitada, que existem maneiras de existências e relações saudáveis, caminhando no sentido de empoderar o infante e mostrar-lhe que existem possibilidades de transformação a partir da desconstrução e, conseqüentemente, reconstrução. É preciso também que o psicólogo esteja em constante articulação com a rede, com os familiares e tenha uma participação ativa e crítica na sociedade, promovendo ações de sensibilização e conscientização sobre o tema (LUCÂNIA, MIYAZAKI E DOMINGOS, 2008).

São muitas as teorias e abordagens da Psicologia que buscam explicitar os possíveis efeitos psicológicos para a criança que sofre uma situação de abuso, apesar de não ser objetivo das autoras explorar tais efeitos através das abordagens, julga-se importante trazer algumas dessas visões para melhor compreensão de como o fenômeno do abuso afeta a criança e a importância do auxílio psicológico nesse processo.

Pensando do ponto de vista do desenvolvimento e considerando o domínio psicossocial, que aborda o contexto e a rede de relacionamentos como enfoque, a criança que sofre o abuso,

de acordo com Siqueira, Arpini e Savegnago (2011), aparece duplamente vitimizada: pelos abusos sexuais e pela incredulidade dos adultos. Esse aspecto pode ser visto quando várias crianças são levadas e estimuladas pela própria família a negar o discurso já feito anteriormente às autoridades judiciais, muitas vezes pela pressão acerca do medo pelo rompimento dos vínculos ou até pelas razões econômicas, que comprometem a renda familiar pelo afastamento do provedor.

De acordo com a cartilha do Ministério da Saúde, Brasil (2010), alguns sinais consequentes ao abuso são vistos de forma frequente em crianças e adolescentes, como atitudes sexuais impróprias para a idade, demonstração de conhecimento sobre atividades sexuais superiores à sua fase de desenvolvimento, masturbação frequente e compulsiva (independente do ambiente em que se encontre), tentativas recorrentes de desvio para brincadeiras que possibilitem intimidades, a manipulação genital, a reprodução das atitudes do abusador, mudanças de comportamento e infecções urinárias de repetição. Ademais, o possível julgamento, descrença por parte da família e culpabilização de figuras importantes para a criança, são também consequências recorrentes do abuso sexual, que tendem a gerar insegurança, medo e afetar sua autoestima.

A abordagem cognitiva comportamental discorre sobre a questão da multigeracionalidade, que é entendida como o fato dos adultos vitimizados possuírem um padrão cognitivo comportamental de funcionamento inadequado, baseado na violência que foi vivida, praticada e aprendida na infância (SIQUEIRA, ARPINI E SAVEGNAGO, 2011). Assim sendo, a criança que vive situações traumáticas de violência familiar pode aprender a tê-la como intermédio de suas relações sociais, podendo transformar-se em agressor ou não conseguindo proteger seus filhos de uma figura agressiva, perpetrando, assim, a violência pela qual passou.

As crianças vítimas de violência sexual são mais vulneráveis a outros tipos de violência, transtornos sexuais, uso de drogas, prostituição, estresse pós-traumático, depressão, sentimento de culpa, ansiedade, isolamento, baixa autoestima e suicídio. Dentre esses problemas, estão também incluídas as dificuldades para compreender e responder adequadamente aos estímulos, como, por exemplo, distinguir os afetos positivos e negativos, as condutas sexuais e não-sexuais, problemas de comportamento (como enurese, encoprese, ataques emocionais como “birras e choros”), comportamento hipersexualizado e retraimento (LUCÂNIA, MIYAZAKI E DOMINGOS, 2008).

Ademais, é comum que crianças estimuladas sexualmente busquem a repetição desses estímulos, já que o contato sexual produz, geralmente, sensações físicas prazerosas. As

consequências na saúde são muitas e variadas, incluindo efeitos a curto e longo prazo no campo físico e emocional, além de poder haver um ciclo de repetição pelas pessoas que sofreram maus tratos (BOARATI, SEI E ARRUDA, 2009).

A psicanálise entende essas repetições como um sintoma - expressão de um conflito que parte dessa experiência traumática: o abuso. França (2017) coloca que a coisificação do corpo e o entorpecimento dos afetos são consequências principais advindas do abuso sexual infantil. Outro ponto trazido pelas autoras, é que no abuso o gozo não é desejado, mas sim imposto pelo corpo, onde o sujeito não tem formas de representar o ocorrido. Essa vivência inesperada pode afetar a vida psíquica da criança, desorganizando as instâncias e sistemas do aparelho mental, e até mesmo as defesas do ego, que são responsáveis por encontrar um consenso entre o princípio de prazer e de realidade. Com a função egóica comprometida, a criança pode viver com base na soberania dos processos primários que buscam prazer, desarticulando a relação do sujeito consigo mesmo e com a realidade que o atravessa, “comprometendo todas as funções mentais responsáveis pelos processos secundários: o pensamento de vigília, a atenção, o juízo, o raciocínio e a ação controlada.” (FRANÇA, 2017, p. 7).

Como pontuado, as vítimas estariam “com o inconsciente a céu aberto”, ou vivendo como autômatos, sujeitos ‘ocos’, que atendem as exigências pulsionais imediatas. Isto posto, é entendido que a cena traumática poderá colocar a criança em uma situação de extrema fragilidade e desorganização, sem o limite imposto pelos processos secundários. Dessa forma, a repetição do ato, a masturbação compulsória, a objetificação do corpo e a dessensibilização são alguns exemplos dos resultados do abuso sexual (FRANÇA, 2017).

Assim sendo, podemos compreender e analisar como o abuso atravessa o pequeno indivíduo e pode, de maneira decorrente, marcar e macular parte da sua infância pela violência sofrida, se tornando não apenas uma prática momentânea, mas sim, uma agressão que se manifesta prolongadamente, com diferentes formas e contornos. Nesse sentido, nota-se a necessidade de a criança ser amplamente amparada e cuidada, entendendo que sua saúde pode ser afetada de forma intensa e complexa. Para auxiliar no atendimento às crianças em suas necessidades e possíveis demandas, que são consequências da situação pela qual passou ou passa, uma série de leis, protocolos e linhas de cuidado são instituídos em nosso país. Dentre essas leis e formulações jurídicas, temos o Estatuto da Criança e do Adolescente, a rede de Proteção a Pessoas em Situação de Violência e outros que serão abordados no tópico a seguir.

2.2 Marcos legais, diretrizes e protocolos sobre a atuação do psicólogo junto a crianças que sofreram violência sexual

O Estatuto da Criança e do Adolescente estabeleceu um marco legal em defesa da criança e do adolescente, que torna primordial a articulação da rede de atenção e proteção social. Toda a sociedade é responsável pelas ações de proteção das vítimas, porém, cabe aos governos a coordenação no processo de implementação de políticas que proporcionam o respeito, com o propósito de eliminar a violência e, assim, melhorar a condição de vida das crianças, colocando-as como prioridade absoluta (MALTA et al., 2017).

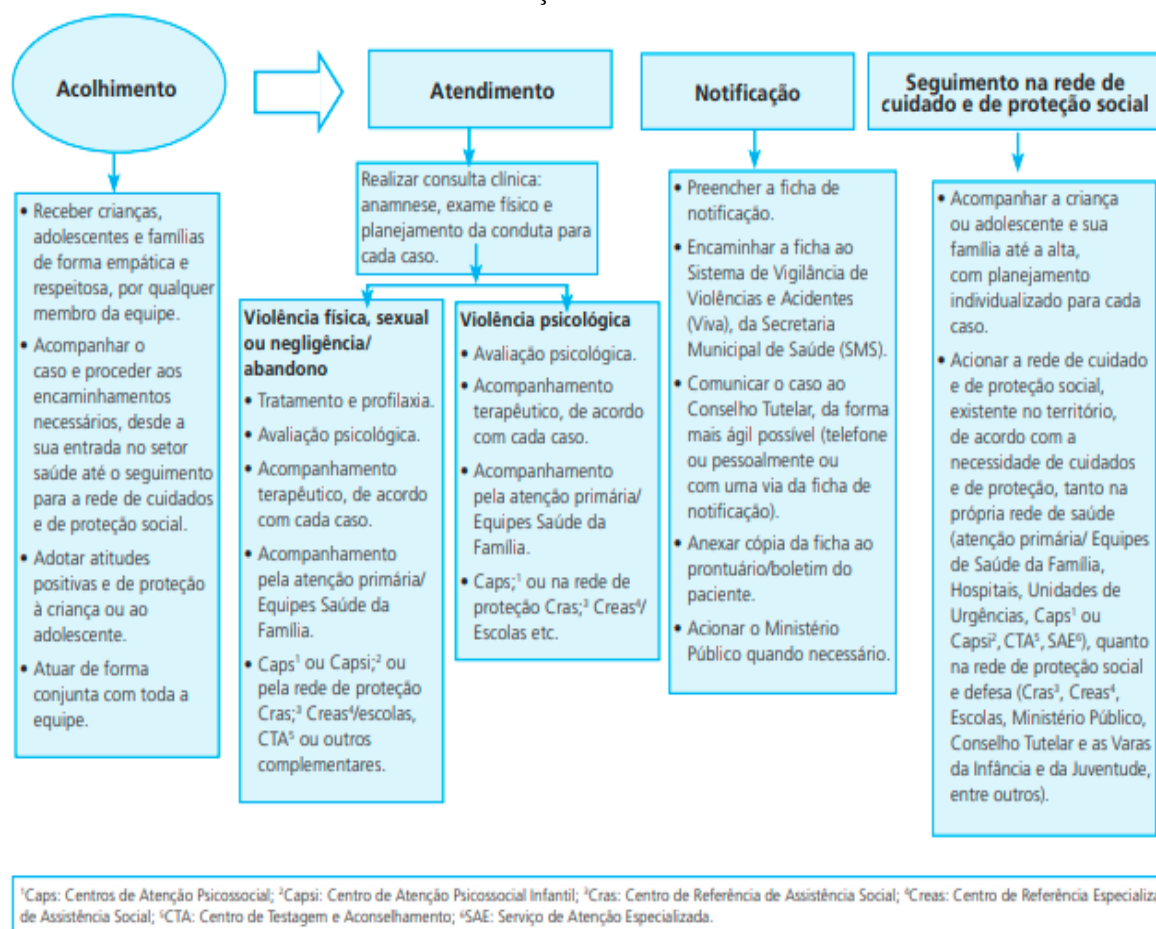
No Brasil, o atendimento às vítimas de violência interpessoal foi organizado por meio da Rede de Proteção a Pessoas em Situação de Violência, em 2016, e tem como base o atendimento às crianças e adolescentes em um fluxo intersetorial, que em Cuiabá - cidade de residência das autoras - opera em duas possibilidades. A primeira se dá quando o abuso ocorreu em até 72 horas da denúncia, com encaminhamento para o PAVVS/HUJM⁵, tendo o foco no tratamento de lesões, possíveis infecções, prevenção de ISTs e, se necessário, aborto legal. Além disso, as vítimas são encaminhadas ao Serviço de Assistência Especializada e ao Sistema de Garantia de Direitos, que inclui o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), podendo ofertar outros serviços, como Abordagem Social e Serviço para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias (BRASIL, 2010). Se a violência ocorreu após 72 horas da denúncia, as vítimas são encaminhadas para policlínicas, Unidade de Pronto Atendimento (UPAs), hospitais e para o Sistema de Garantia de Direitos (BRASIL, 2010).

É preciso ressaltar a confusão que existe sobre o âmbito jurídico e da saúde em questão. É possível que muitos pensem que a prioridade está em judicializar o caso e garantir a prisão do considerado abusador, no entanto, no primeiro momento, verifica-se que o foco principalmente para os profissionais de saúde, é justamente a garantia da proteção, da prevenção e restabelecimento da saúde dessa criança, identificando danos, promovendo planos de cuidado e estabelecendo terapêuticas pertinentes (BRASIL, 2010). Os profissionais da saúde desempenham papel essencial no levantamento da suspeita, confirmação, diagnóstico, tratamento das lesões e sequelas, além do acompanhamento e início das medidas legais de proteção de cada caso (ABRINQ, 2018). O fluxo de atendimento nacional às crianças se dá pelo acolhimento, atendimento, notificação, seguimento na rede de cuidado e de proteção social

⁵ PAVVS/HUJM - Programa de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual / Hospital Universitário Júlio Müller.

(BRASIL, 2010). Abaixo, a figura ilustra o passo a passo da linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.

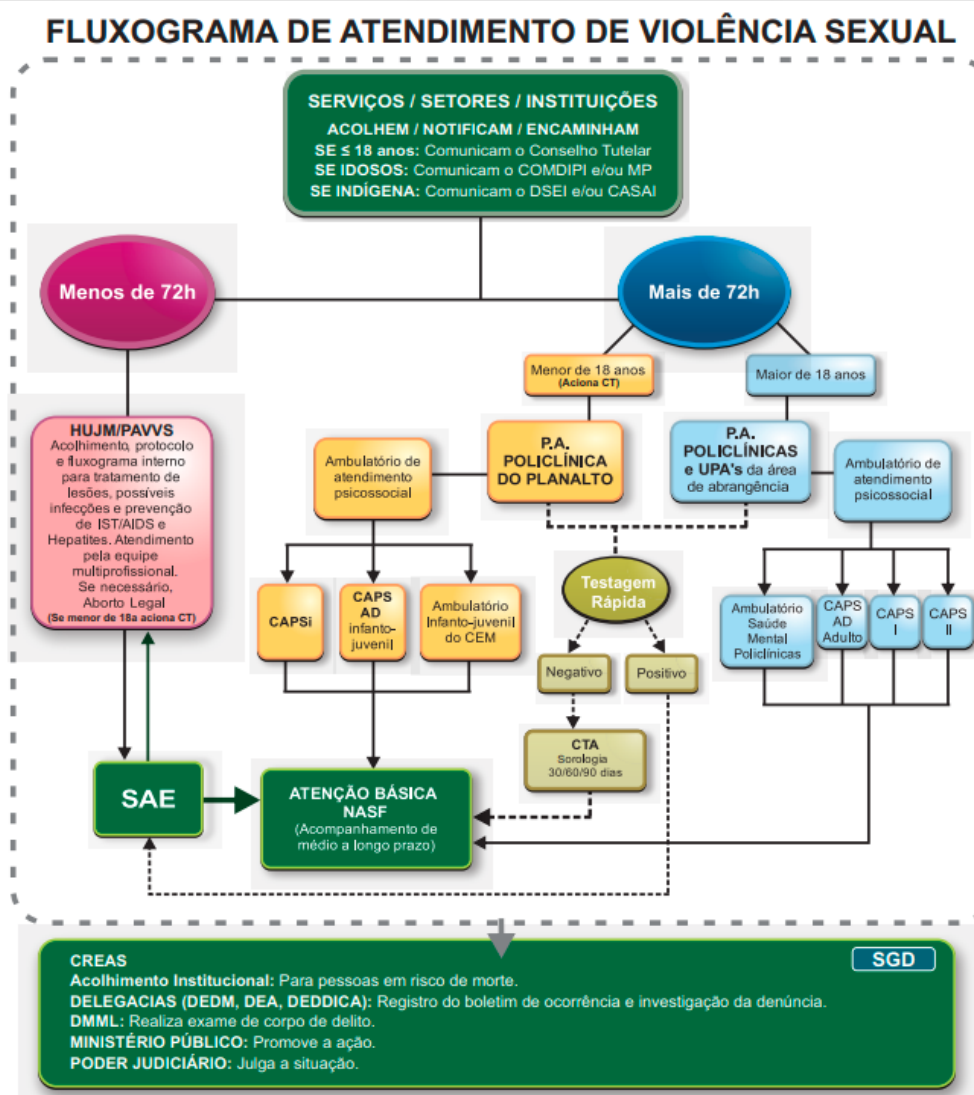
Figura 1 – Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências



Fonte: MAGALHÃES, 2011, p. 90

Em Cuiabá-MT, o Guia de Serviços é um material elaborado pela Rede de Proteção a Pessoas em Situação de Violência de Cuiabá/MT (RPPSV), com o objetivo de facilitar o conhecimento e o dialogar com a rede intersetorial local de atendimento a pessoas em situação de violência. Neste, a rede intersetorial local está mapeada com cada um dos serviços, programas, unidades e instituições que atuam com as situações de violência, contando com descrição, endereço, telefone e e-mail. Os serviços, setores e instituições acolhem, notificam e encaminham, abaixo de 18 anos, ao Conselho Tutelar. A seguir, o fluxograma mapeando o atendimento a pessoas em situação de violência sexual:

Figura 2 – Fluxograma de atendimento de violência sexual da Rede de Proteção a Pessoas em Situação de Violência (RPPSV) de Cuiabá-MT.



Fonte: Rede de proteção a pessoas em situação de violência de Cuiabá/MT

O documento que institui a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências (BRASIL, 2010), pontua que a atenção à saúde deve promover o tratamento para a violência sexual junto dos cuidados profiláticos. Os profissionais de saúde devem seguir as recomendações do Ministério da Saúde, estabelecidas no Guia de Serviço intersetorial local (promovido pelo Estado e podendo ser encontrado no endereço eletrônico de cada Estado) e na Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde (BRASIL, 2010). No SUS, o psicólogo atende crianças e adolescentes na Atenção primária em equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), nos prontos socorros hospitalares, nos ambulatórios especializados, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), enfermarias pediátricas e clínicas diversas, além de Centro de Referência em IST, Centro

de Atenção Psicossocial (CAPS) e unidades de reabilitação (CFP, 2020).

É de extrema importância assegurar que a criança seja acolhida nos atendimentos primários por uma equipe de saúde preparada e capacitada. Este atendimento possui características próprias por se tratar de um fenômeno complexo e com múltiplas variáveis. Por este motivo, é imprescindível que os profissionais atuantes nesta área tenham formação continuada e específica, além de supervisão frequente (LUCÂNIA, MIYAZAKI E DOMINGOS, 2008). Esse contato inicial conta também com a notificação, que deve ser realizada como um instrumento de proteção, sendo um direito da criança ou do adolescente “viver em um ambiente que promova o bem-estar físico, social e emocional livre de qualquer forma de violência, opressão ou negligência” (BRASIL, 2010). Além disso, os profissionais da saúde podem contribuir o/a encaminhando à Delegacia de Polícia, mesmo que esta não seja uma de suas atribuições, de maneira direta ou através do Conselho Tutelar (BRASIL, 2010).

As Referências Técnicas para atuação de psicólogos na Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em situação de violência sexual, produzidas no âmbito do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CFP, 2020), trazem à luz os seis eixos estratégicos que sistematizam as ações pretendidas para o enfrentamento da violência sexual infantil no Brasil. Estes, apresentam estratégias para a implementação de políticas públicas que concretizem ações referentes à análise da situação, mobilização e articulação, defesa e responsabilização, atendimento, prevenção e protagonismo infanto-juvenil. O Conselho Federal de Psicologia (2020, p. 30) coloca que “a prevenção e a proteção de crianças e adolescentes vai além das ações engendradas depois de uma ação violenta, com a finalidade de reparação de algum dano já causado”, pois, quando a violência já ocorreu, não apenas as vítimas diretas precisam de amparo, como também suas famílias.

Neste contexto da atuação com crianças que sofreram abuso sexual, a articulação e engajamento entre áreas da saúde e da justiça é inevitável. Por se tratar de um problema de saúde, o abuso sexual deve ser conhecido, pensado e discutido pelas disciplinas da área de saúde, porém, não é apenas ela que se envolve ou participa ativamente das intervenções, como também as da educação, da justiça e da assistência social, configurando esta problemática como uma questão interdisciplinar (CFP, 2020).

O terceiro eixo das referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na rede de proteção às crianças e adolescentes em situação de violência sexual do CFP (2020), propõe que o atendimento psicológico componha a atenção ofertada por órgãos e entidades do Sistema de Garantia de Direitos, em acordo com as orientações expressas na Resolução CONANDA nº 169/2014 em conformidade com a política nacional de atendimento da criança e do adolescente,

prevista nos artigos 86 e 87, incisos I a III do ECA.

Os Serviços de proteção à infância e adolescência precisam, segundo o CFP (2020), eliminar barreiras, ao passo que implementam estratégias para garantir a comunicação plena das crianças e adolescentes durante o atendimento. É necessário ainda, levar em consideração a diversidade étnica, linguagens variadas e as adaptações necessárias para garantir a acessibilidade nos atendimentos. Estes, quando na rede, envolvem uma abordagem intersetorial, interdisciplinar e interprofissional, considerando as áreas da saúde, assistência social, delegacias, judiciário ou Ministério Público. Além disso, o atendimento deverá incluir exames, medidas profiláticas contra infecções sexualmente transmissíveis, anticoncepção, orientações, além da coleta, da identificação, da descrição e da guarda de vestígios, com o propósito da não revitimização (CFP, 2020).

A Psicologia no âmbito da saúde se depara com essa demanda e necessita adaptar suas ações de acordo com as prerrogativas impostas pelo ECA, Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), Legislações vigentes, protocolos institucionais, linhas de cuidados e referências técnicas de atuação. Esta atuação, deve abarcar e considerar todos os membros da família, além dos impactos, características pessoais, o tipo da violência e o vínculo com o autor. Os objetivos da rede, dos eixos, protocolos e marcos legais são, como visto, realizar a prevenção primária e secundária, evitar quadros de sofrimento psíquico crônicos, o desenvolvimento de transtornos mentais, a revitimização, a negligência, identificar fatores de risco e garantir a proteção, realizando então, a intervenção nos primeiros sinais de estresse pós-traumático e manifestações do abuso/trauma sofrido (CFP, 2020). Mas, e quando esse abuso configura um tipo de consequência que torna necessário a internação dessa criança em um hospital geral?

2.3 A criança vítima de violência no hospital geral

O acolhimento da criança vitimizada acontece, como exposto anteriormente, seguindo uma linha e um fluxo intersetorial local, com as pautas direcionadas pelo ECA e legislações vigentes. Porém, quando o abuso coloca no pequeno sujeito marcas que necessitam do cuidado hospitalar, é entendível que o trauma passa a ser duplo: a violência sexual por ela mesma, com toda a sua capacidade destrutiva e corruptiva, e a revitimização dessa criança em um ambiente que, como Valverde (2010) pontua, é uma instituição que possui suas próprias regras e estrutura, projetada para tratar doenças no campo somático, nem sempre levando em conta o biopsicossocial do indivíduo.

Embora a palavra hospital venha da “hospitalidade”, muitos pacientes não o consideram como um local hospedeiro. Pensar no imaginário da criança ao ser afastada da sua rotina, amigos, atividades de lazer e ambiente familiar, é compreender também que as regras e normas inflexíveis favorecem um ambiente de solidão, sofrimento, ansiedade, medo, angústia e insegurança (VALVERDE, 2010). A internação, além de se associar à dor, sofrimento e morte, afasta as pessoas da sua relação com a vida como era conhecida, fazendo com que mais desestruturas aconteçam na vida da criança, para além das que são fisicamente visíveis.

Ademais, a família representa uma estrutura de um grupo organizado, e quando surge a doença com a necessidade de internação, que neste trabalho é evidenciado nos casos de abuso sexual, percebe-se a desestruturação desse grupo que se enxerga diante da perda de controle, incertezas e vulnerabilidades. Desse modo, entende-se que a internação é vista como uma ruptura da história do sujeito, que já não se percebe sendo o mesmo. Assim, pensar na violência com a hospitalização é compreender que ali se encontra um sujeito que teve seu ciclo de vida "quebrado" abruptamente, sendo invadido em sua singularidade (VALVERDE, 2010).

Outrossim, a dor deve ser compreendida como um fenômeno complexo que resulta da interação entre o físico e o psíquico, já que a intensidade desta será definida não só pela lesão orgânica, como também pela subjetividade do doente (KITAYAMA E BRUSCATO, 2008). Angerami-Camon, Nicoletti e Chiattonne (2010) colocam que a criança internada sofre pelo medo do desconhecido, como o leito, as roupas, exames, enfermaria, alimento, pessoas estranhas e falta de informação, que criam um clima de suspense, medos e fantasias. Além disso, sofre pela sensação de punição e culpa, pois relaciona o aparecimento da doença com algum erro próprio.

Dessa forma, a hospitalização constitui uma crise na vida da criança, que pode apresentar manifestações de ajustamento, como a perda de peso, inapetência, agressividade, desejo de fuga, falta de receptividade orgânica ao tratamento durante a internação, que poderá, conseqüentemente, afetar seu comportamento após alta hospitalar (VALVERDE, 2010). Assim, ao ver que o seu corpo, que é a construção da sua vida, está reduzido, invadido e afetado, pode não reconhecer a si mesma estando doente e machucada. Isso faz com que essa criança precise ser vista, reconhecida e aceita pelo olhar do outro, que neste caso são os familiares e os profissionais responsáveis pelo cuidado, para que, assim, possa aceitar o seu corpo enquanto necessitado de amparo médico.

Portanto, pensar nessa hospitalização é considerar também a necessidade do acolhimento psicológico presente no tratamento multiprofissional dentro dos hospitais, sendo este atendimento indispensável para conduzir o processo de recuperação da criança e da família.

Essa atuação da Psicologia com as crianças se dá na pediatria e nas unidades pediátricas de tratamento intensivo.

2.4 A atuação da Psicologia no hospital com crianças e na pediatria

Altamira (2011) pontua que o início da Psicologia Hospitalar no Brasil, se deu com o trabalho de Matilde Neder, pioneira na área na década de 50, antes mesmo do reconhecimento da profissão de Psicólogo. O objetivo da Psicologia nesse âmbito constitui-se em compreender como os fatores biológicos, sociais e comportamentais influenciam a saúde e a doença (ALTAMIRA, 2011).

A hospitalização representa uma ruptura na rotina e vida de qualquer indivíduo, em especial a criança e o familiar, sendo o hospital um ambiente hostil, gerador de vários sentimentos que podem aflorar durante este período (SAMPAIO E OSÓRIO, 2008). O infante quando hospitalizado encontra-se frágil, porém, não se pode esquecer que é seu todo que é atingido. Dessa forma, faz-se necessário uma postura de cuidado especial, pois este possui desejos, sentimentos a serem ouvidos ante ao processo de hospitalização.

Em virtude disso, a atividade lúdica contribui no atendimento de crianças hospitalizadas, pois proporciona situações de tomadas de decisão e autonomia, transformando o ambiente hospitalar em um lugar mais agradável para a criança. Além disso, favorece o enfrentamento das dificuldades, como também aproxima o ambiente da realidade cotidiana (DUARTE et al., 2009). A área da pediatria atrelada à psicologia é tão importante quanto a área médica que lida com os efeitos das doenças físicas sobre o corpo. Na prática, a criança é atingida pelas manifestações orgânicas que podem evoluir para um quadro psicossomático que, se não for detectado e tratado, pode agravar o diagnóstico clínico durante a internação (WINNICOTT, 2013).

Para Almeida (2008) citado por Altamira (2011), é imprescindível na hospitalização infantil que todos os profissionais de saúde compreendam o choque que a enfermidade e internação trazem na vida da criança, além das repercussões de cada etapa do desenvolvimento. Essa autora afirma que para trabalhar de forma efetiva e consistente junto à criança hospitalizada, a atitude da equipe é vital, precisando transparecer confiança para permitir uma aproximação de segurança entre ambos.

Sem esse relacionamento baseado no respeito e cordialidade, o pequeno sujeito pode ter em seu processo mais efeitos malignos causados pela violência e pela doença, já que a forma com que a equipe de saúde executa seu trabalho no contexto hospitalar é um dos aspectos

fundamentais para a compreensão da realidade vivida e da elaboração dos efeitos traumáticos. Assim sendo, o trabalho do psicólogo em equipe multiprofissional com as práticas possíveis dentro do hospital é indiscutível para minimizar o sofrimento da criança no contexto hospitalar, oferecendo um ambiente menos hostil. (ALTAMIRA, 2011).

2.5 A atuação de psicólogos na pediatria junto a crianças que passaram por situação de abuso

A atuação do psicólogo na pediatria junto a crianças que foram violentadas, portanto, necessita de muitos aportes teóricos consistentes, estudo continuado, sensibilidade, humanização e práticas regulamentadas pelo Conselho Federal de Psicologia justamente por sua relevância na saúde (física e psíquica). O papel da psicologia na prevenção de agravos e humanização do cuidado conta com a questão do sigilo, respeito e novas perspectivas de atenção para além do que é validado apenas pelo campo somático/orgânico. Para Valverde (2010), o trabalho de um profissional de saúde, sendo um agente catalisador, é o de fazer as possibilidades e recursos de cada um emergirem, no sentido de conseguir simbolizar a experiência de adoecimento e refletir sobre possibilidades de enfrentamento. Assim, é necessário que o psicólogo se torne consciente de sua responsabilidade, utilizando-a de maneira adequada e em conjunto com a tecnologia que possui.

Como o atendimento infantil prioriza a articulação do acolhimento à família, o psicólogo pode orientar os cuidadores da criança hospitalizada, no sentido de mostrar-lhes a importância dessa participação no processo saúde-doença, a adaptação a rotina da instituição, explicar sobre os direitos e deveres, enquanto focaliza as necessidades e reações emocionais do pequeno ocasionadas pela hospitalização. Esse incentivo à família ser participante no suporte durante a internação da criança, faz com que seja facilitada a interação entre a equipe de saúde, paciente e familiares. Para tanto, o papel de interlocutor que o psicólogo assume pela família/paciente e equipe, visa despertar nos profissionais a atenção aos conteúdos emocionais, ao passo que orienta as condutas mais adequadas (relativas aos aspectos psicológicos), auxilia na identificação dos sentimentos e comportamentos dos pacientes, propondo a oportunidade de autorreflexão sobre o papel de todos os que estão envolvidos na instituição hospitalar (VALVERDE, 2010).

Um dos desafios enfrentados pela equipe é ajudar a criança violentada, que pode estar com sua capacidade lúdica embotada (por causa da culpa, do medo, da raiva, da apatia e dos sentimentos negativos ocasionados pelo abuso), a experienciar de modo ativo a violência

sofrida passivamente, dando vazão aos sentimentos que vivencia em decorrência do abuso sexual pela qual passou (FRANÇA, 2017). ‘Para isso, o oferecimento de oportunidades à criança para expressar estes, como a ansiedade, hostilidade e raiva, poderá fazer com que a mesma entenda e compreenda formas de viver essas situações, podendo voltar ao seu nível anterior de desenvolvimento psicossocial e intelectual (VALVERDE, 2010). Dessa forma, as implicações descritas por vários autores mostram os danos e sofrimentos trazidos pela hospitalização, sendo fundamental o desenvolvimento de mecanismos que ajudem a criança a enfrentar esse momento.

Por essa perspectiva, a brincadeira pode ser uma forma de enfrentamento dessa situação, sendo as atividades lúdicas estratégias de enfrentamento emocional, com o brincar essencial para a criança. Ele - o brincar -, faz parte de todo o desenvolvimento do infante, é imaginativo, se expressa pela curiosidade, imaginação e fantasias, ao passo que se relaciona com a realidade da criança. Consequentemente, o brincar na hospitalização com a finalidade terapêutica, possibilita a oportunidade de equilíbrio e reorganização, diminuindo os sentimentos negativos enquanto dão uma perspectiva para a criança (VALVERDE, 2010).

Como Valverde (2010) pontua, as crianças passam a expressar por meio das atividades lúdicas o momento que estão vivendo, criam situações parecidas com o que passaram e sentem apoio e escuta na sua maneira de dizer o que vivem. Ao brincar, a criança separa situações traumáticas, enquanto se situa no presente, passado e futuro, simbolizando, falando e representando conteúdos que a perturbam. Dessa forma, ela pode ser livre para descobrir novos significados em resposta às suas experiências, ao invés de reproduzir àqueles criados por outros.

Sendo assim, a criança expõe e que foi vivido não só pela palavra dita, mas também pela não dita, pelas brincadeiras, pelo comportamento e pelos sentimentos expostos. Nesse sentido, é de extrema relevância pontuar a questão da atenção à não revitimização e sigilo, considerando as novas perspectivas de cuidado. A atuação do psicólogo deve ir no sentido de acolher a criança vítima de abuso sexual sem vitimá-la mais do que as circunstâncias já o fizeram. Já a segunda vitimização diz respeito a violência institucional do sistema processual penal, que por muitas vezes inviabiliza o processo de superação do trauma sofrido através de agressivas e repetitivas inquirições às pequenas vítimas (KANEKO E TURELLA, 2016).

Essa revitimização acontece quando a criança é estimulada a relembrar muitas vezes o ocorrido, fazendo com que não seja respeitado seu processo, além de sentir que a escuta em sigilo não foi mantida entre ele e o responsável pela anamnese⁶. Essa segunda vitimização diz

⁶Anamnese -se trata de uma lembrança, o processo consiste em um registro de dados obtidos numa conversa inicial com o paciente. Esses dados são referentes à vida do sujeito e devem ter a maior quantidade de detalhes possível.

respeito a violência institucional do sistema de acolhimento que o separa de sua família, em casos por exemplo, de destituição de poder familiar (KANEKO E TURELLA, 2016).

O cuidado para não revitimizar a criança (com o respeito pelo que é dito por ela e pelo cuidado com a forma de manejo e troca) vão na contramão de manter o sigilo absoluto do que é dito para o psicólogo, já que muitas vezes, é para ele que a criança manifestará e evidenciará o que aconteceu, colocando em sua responsabilidade a atitude de não a deixar permanecer no contexto abusivo. Almeida (2005) defende que a queda do pacto do silêncio pelos profissionais que lidam com crianças vítimas de abuso foi um dos grandes passos legais no sentido do combate efetivo contra a violência intrafamiliar infantil, já que a ética profissional acontece com o comprometimento do profissional enquanto defensor da integridade física e mental da criança e/ou adolescente.

O abuso sexual sendo um problema que envolve diferentes âmbitos, faz com que seja necessária a interlocução entre os diversos campos do saber, principalmente da Psicologia e do Direito. O campo jurídico, que realiza a investigação/perícia, e o campo da saúde se diferenciam no método, objetivo e na abordagem de suas atuações. Quando a Psicologia Jurídica é chamada ao contexto judiciário, o foco se mantém na obtenção de informações por meio da palavra da vítima sobre as situações que ocorreram, sendo exatamente o que faz diferença para a resolução do processo judicial.

A importância da Psicologia se faz muito mais no sentido de confirmar a ocorrência da violência do que avaliar os impactos sofridos pela criança ou adolescente neste primeiro momento, enquanto a investigação e a perícia de outras áreas focam na busca pela garantia dos direitos propostos pelo ECA, como o afastamento do agressor, a busca pelas medidas cabíveis, a não reinserção da criança no ambiente abusivo e a proteção judicial (PELISOLI E DELL'AGLIO, 2015). Todavia, no contexto hospitalar, o psicólogo tem o foco de justamente avaliar os impactos da violência na saúde da criança, dando enfoque ao que no processo jurídico pode ter sido negligenciado.

O psicólogo da saúde, pode e deve, no entanto, contribuir com o esclarecimento dos fatos jurídicos sempre que for pertinente à não revitimização da criança, mas se voltando especificamente ao cuidado desta, centrando sua participação para além do enfoque do processo pericial, que se dá com viés punitivo e/ou avaliativo, e que por vezes desconsidera as

Essa etapa é extremamente importante para o tratamento do paciente, uma vez que orienta os profissionais de saúde acerca de qual a ordem de execução de exames, bem como a identificação de quais outras intervenções deverão ser feitas no tratamento. (IPTC, 2021)

subjetividades e singularidades da criança. Outro ponto que diferencia as áreas da saúde e jurídica, é que o sistema judiciário brasileiro enfoca o réu e sua punição (PASTANA, 2009), enquanto a área da saúde enfoca a vítima e estratégias de restabelecimento de sua saúde.

O contato inicial com a criança no hospital, então, conta com a fala acolhedora, que garante o estabelecimento do vínculo e a escuta não apenas para o trauma, com o trabalho para o restabelecimento da saúde (não pericial), não revitimização - como exposto acima, e a condução da escuta especializada. Para isso, no contexto hospitalar existem práticas científicas possíveis e necessárias. Dentre essas, tem-se a psicoprofilaxia, que é toda atividade que, com base em um plano de análise psicológica e com emprego de recursos e técnicas de psicologia, procura promover o desenvolvimento das potencialidades do ser humano (BOHOSLAYKY, 1998). A psicoeducação, sendo uma técnica que relaciona os instrumentos pedagógicos e psicológicos com objetivo de ensinar o paciente e cuidadores sobre a patologia física e/ou psíquica, além do seu tratamento (LEMES E NETO, 2017). Também tem o holding, como suporte e sustentação (MEDEIROS E VAISBERG, 2014), protocolo NICHHD de entrevista, que busca estimular a competência da criança em ser informativa (CFP, 2017) e os cuidados primários psicológicos. Essas técnicas quando utilizadas pelos psicólogos na atuação com crianças hospitalizadas, consistem, principalmente, em dar espaço e vazão para os sentimentos e angústias.

Outrossim, as ações praticadas visam garantir um cuidado, amparo e sustentação efetivos para o infante, construindo novas possibilidades de existência para além da dor, do abuso e do trauma. A Linha de Cuidado, segundo o Ministério da Saúde, Brasil (2010), é uma estratégia para a ação, um caminho para alcançar a atenção integral, um dos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde), que disponibiliza este cuidado desde a atenção primária até “o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas de garantia de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes” (BRASIL, 2010, p. 49).

Porém, essa reestruturação proposta pelo cuidado integral enfrenta diversas dificuldades, já que, como citado, a criança possui sua vivência subjetiva com marcas decorrentes do abuso. Estas, aparecem como demanda e necessitam de cuidado, atenção e trabalho por parte do psicólogo atuante na pediatria. Como exemplo de marcas traumáticas, tem-se a dificuldade da criança de se sentir segura, desenvolver vínculos e interagir socialmente de maneira saudável. Para Sampaio e Osório (2008) a atuação do psicólogo na pediatria é direcionada por um âmbito multidisciplinar no universo da criança, da família e da equipe, atuando dentro desses três níveis. Vale ressaltar que esse tríplice âmbito mostra a exigência de humanização relacionada a esse cuidado, tendo cada criança, a partir de suas singularidades,

abordagens específicas e direcionadas, que deverão envolver também sua família e outras pessoas significativas do seu meio social.

Ainda sobre as demandas decorrentes do abuso e a atuação psicológica, tem-se o medo em relação à saída do hospital e o significado desta alta hospitalar para o todo. Quando o abuso acontece fora do seio familiar, a criança pode - e normalmente apresenta - anseio sobre o olhar que receberá dos que estão ‘do outro lado da porta’, podendo se sentir ‘suja, errada e culpada’. O hospital, ao mesmo tempo que se apresenta como um ambiente outro que inicialmente, é um espaço invasivo com lógicas diferentes, após a internação pode ser visto como refúgio e segurança. Assim, a criança ao se ver ocupando um novo espaço de sujeito (sabendo que aquela que existia antes do abuso não vive mais), pode vivenciar um processo de luto e negação acerca da realidade (FLORENTINO, 2015).

Isso inclui, dentre vários comportamentos, a insegurança de voltar para ‘o mundo real’, e o desejo de permanecer dentro da instituição hospitalar. Florentino (2015) pontua que o abuso sexual infantil é facilitador para o aparecimento de consequências e psicopatologias graves, prejudicando a evolução psicológica, social e afetiva do sujeito, podendo os efeitos do abuso na infância se manifestar de várias maneiras, em qualquer idade da vida.

Já quando a violência sexual é intrafamiliar, o medo em relação ao desconhecido se torna, normalmente, mais intenso. Perguntas acerca da moradia, dos cuidadores, das figuras que lhe eram importantes, o desejo de retornar a rotina como era antes da violação e o sentimento de culpa pelo contexto podem emergir. Para Cogo et al. (2011), a devastação pelo abuso intrafamiliar é maior do que as violências sexuais não incestuosas contra a criança, porque este se insere na história das emoções e dos conflitos familiares. Não é um estranho do qual possa fugir, e não há uma casa para onde escapar.

A criança, dessa forma, não se sente mais segura em seu lar, sendo obrigada a aprender a conviver com o incesto até o momento da retirada da mesma desse ambiente, abalando a totalidade do seu mundo subjetivo e objetivo. Assim sendo, o abuso se caracteriza como trauma, fazendo com que a atuação do psicólogo hospitalar tenha como norteadores de sua prática formas de auxiliar a criança a desenvolver recursos e encontrar suporte, sustentação para ressignificar e se reestruturar frente ao trauma.

Essas práticas, quando o abuso é intrafamiliar, consistem em dar voz à criança e a tirá-la deste lugar de medo e insegurança, sustentando a palavra enquanto fornece o apoio necessário. Para isso, o psicólogo, mesmo sendo hospitalar e atuando na área da saúde, precisa estar em articulação com o setor socioassistencial jurídico. Para Almeida (2005), considera-se o abuso sexual intrafamiliar como um sintoma de uma crise estrutural da família, nas quais

existe uma colaboração, consciente ou inconsciente, dos outros membros familiares. Dessa forma, o papel da psicologia no contexto hospitalar é também validar a fala da criança enquanto trabalha o lugar do abuso e abusador, compreendendo que, “apenas” tirar o agressor do convívio da vítima não efetivará a proteção. Nessa família, pode ocorrer a desordem dos membros familiares, normalizando a relação incestuosa e perpetuando-a por outros que estão em contato com a criança. Para Butler (1978), citado por Almeida (2005), se os padrões de comportamento dos membros em casos de abuso sexual intrafamiliar não forem trabalhados e possivelmente modificados, a família onde ocorreu abuso pode continuar, por várias gerações, sem amparo e sem saúde.

Para efetivar esse cuidado, o psicólogo deve seguir as diretrizes propostas pelo ECA, como já citado neste artigo, preenchendo os documentos psicológicos, os protocolos e notificações, buscando sempre atender a criança e a família em sua totalidade, respeitando-a e dando vazão ao fato traumático. Porém, os desafios dessa atenção são, muitas vezes, potencializados pela não continuidade do tratamento após a alta hospitalar, onde o acompanhamento psicológico e da rede intersetorial local não são efetivados por falha estatal e, em alguns casos, por negligência ou incompreensão da família da criança acerca da importância da continuidade do suporte.

A pessoa agredida sexualmente, após ser atendida em situação de emergência no hospital, deverá ser encaminhada para continuidade do cuidado em uma unidade de atenção primária à saúde ou outro serviço da rede de atenção conforme a necessidade apresentada. Esse encaminhamento tem por intuito garantir a proteção da vítima, o atendimento intersetorial e o acolhimento da família. Sabe-se, no entanto, que somente o encaminhamento pode não ser efetivo, é preciso que haja também uma sensibilização dos dispositivos aos quais a criança está sendo encaminhada, assim como da família envolvida. Além disso, para que a continuidade da assistência à criança se dê, a rede deve dispor de condições para efetivar o que consta nas políticas de proteção integral à criança, ou seja, profissionais em quantidade suficiente para o trabalho requisitado, capacitados, com uma estrutura (física, carros, etc) e materiais que possibilitem os atendimentos esperados.

Após a alta hospitalar, cabe ao psicólogo encaminhar e agendar a consulta da criança para a continuidade da atenção integral no âmbito primário. A saída da criança do hospital somente deve ser autorizada na companhia dos pais ou responsáveis, sendo que, na ausência destes, é necessário notificar o Conselho Tutelar, informar a Promotoria Pública ou a Vara da Infância e da Juventude, a Delegacia da Criança e do Adolescente ou outra autoridade policial existente (ABRINQ, 2018).

Para dar continuidade ao acompanhamento, é preciso que os serviços de saúde e os profissionais estejam capacitados para os cuidados clínicos e psicológicos de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, com protocolos e fluxos definidos e rede de saúde organizada. A estrutura do serviço pressupõe a existência de fluxo interno de atendimento, formas de encaminhamentos, agendamentos de interconsultas, frequência dos retornos, realização e avaliação dos resultados de exames complementares, reuniões da equipe de saúde e intersetorial para avaliar a evolução e o prognóstico clínico e social do caso, entre outras ações para as crianças/adolescentes/família, para garantir eficácia nas ações de proteção, de cuidados e de prevenção (BRASIL, 2010).

Sendo assim, de acordo com Brasil (2010), durante todo o acompanhamento do caso, as discussões em equipe são fundamentais para:

- Avaliar a adesão/aceitação da família aos atendimentos feitos pelos diferentes serviços e profissionais; Analisar as necessidades específicas de cada caso e elaborar as estratégias indicadas; Favorecer a capacitação da equipe de saúde para abordagens e intervenções; Definir as responsabilidades na divisão de tarefas entre os profissionais; Contribuir para o processo de análise dos dados das entrevistas compartilhando impressões; Promover a articulação com profissionais de outros setores ou instituições engajadas na defesa dos direitos da criança e do adolescente e planejar a alta do acompanhamento; Planejar a organização de grupos de acolhimento e de orientação aos pais e responsáveis, contribuindo para otimizar a atenção; Fortalecer os vínculos dos serviços com as famílias, possibilitando que os retornos possam coincidir com outras atividades e ações programadas para as crianças, os adolescentes e suas famílias, evitando o abandono do tratamento e a descontinuidade dos cuidados (BRASIL, 2010, p. 74).

O apoio da rede intersetorial é de suma importância, pois ajuda na avaliação e evolução clínica e social do caso para garantir eficácia nas ações de proteção, de cuidados e de prevenção. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com Brasil (2010, p. 84), “dialoga com os sistemas de proteção social, justiça e direitos humanos, segurança pública, entre outras políticas, a fim de planejarem, conjuntamente, as ações que melhor atendem às necessidades desse público”. Há alguns dos equipamentos que compõem a rede intersetorial no território que atende crianças e adolescentes, tais como, SUAS, CREAS, CRAS, Conselho Tutelar, entre outros (BRASIL, 2010).

O SUAS é um Sistema, assim como o SUS, que tem como equipamentos constituintes o CREAS e CRAS. Além disso, os serviços de Acolhimento que, em muitos casos, acolhem provisória ou permanentemente a criança que estava em situação de violência, também se constituem no SUAS (BRASIL, 2010). Nesta rede, torna-se de igual importância a educação, com os processos orientativos sendo concretizados nas escolas e instituições educacionais. Além disso, outras instituições não governamentais existentes no território da criança, como

ONGs, espaços de cultura e lazer, são potentes espaços fortalecedores de vínculos, como também mediadoras da reinserção social e comunitária da criança (SFAIRS et al., 2015).

Portanto, a educação em sexualidade e direitos é muito importante na prevenção de casos de violência sexual, pois crianças que conhecem seu corpo e sabem reconhecer quando sua privacidade é violada têm mais chances de relatar situações de abuso a um adulto de confiança. Infelizmente, ainda existem muitos obstáculos que dificultam a abordagem do tema por educadores e pais, principalmente o tabu em torno deste assunto. O trabalho com a temática da sexualidade na escola está garantido em diversos documentos nacionais e internacionais, todavia, os desafios decorrem tanto de sua inerente complexidade, dada pela exigência de mudanças em percepções, padrões culturais e visões de mundo (SFAIRS et al., 2015).

3 UMA REFLEXÃO DAS AUTORAS

As autoras escolhem trazer aqui uma experiência vivenciada em um setor público hospitalar, a partir de um serviço voluntário, que chama a atenção para a questão central do trabalho. Na situação em foco, uma das autoras deparou-se com uma criança de cinco anos internada na pediatria de um hospital geral, devido a condição decorrente de um abuso sexual por parte do tio materno. O ato havia se dado na ausência da mãe que necessitou se ausentar para cuidar de outro filho. Em resumo, a violência deixou marcas profundas em seu corpo físico e somático, fazendo com que a pequena se fechasse para o exterior. Não falava, não comia, não sorria, não brincava, não andava. O único caminho possível que ela encontrava no meio de tanta dor, era o sono. Dormia o dia todo, e quando estava acordada, se mantinha de olhos fechados.

A infância, costumeiro palco de tanta alegria, não estava sendo vivenciada por ela dessa forma desde o abuso. Por algum tempo, a garotinha permaneceu sem aceitar a presença da mãe (que, para ela, foi responsável pela desproteção, já que no momento cuidava do irmão recém-nascido), sem querer vínculos ou desejar sair do sono que buscava diariamente, até que a psicóloga responsável pela pediatria chegou e começou um atendimento transformador. Pintavam bastante, até que, perto do dia das mães, a psicóloga levou palhas, cola, barbante e fios. Juntas, fizeram um ninho de passarinho. Durante essa produção, conversavam sobre confiança, sobre a função do ninho, sobre a fragilidade dos ovos, as outras demandas do papai-passarinho e mamãe-passarinho para além daqueles ovinhos e sobre a existência de transformações. Por meio de brincadeiras, conversas, silêncios, olhares, sorrisos e afeto, a

pequena voltou a ter cor. A vibrar, a falar mais alto, a rir, a chorar, a pedir pelo outro. E, no fim, no dia das mães, a querer a mãe.

O ninho foi dado de presente para a mãe, a criança foi acolhida por meio de toda a ludicidade, sutileza e delicadeza que sustentavam o conhecimento teórico da psicologia. Esse renascimento foi facilitado e estimulado pela ciência psicológica, pela humanidade da terapeuta, e pela importância de olhar a criança pela ótica a qual ela pertence. Assim como Manoel de Barros fala em seu poema “O menino que carregava água na peneira”:

Tenho um livro sobre águas e meninos. Gostei mais de um menino que carregava água na peneira. A mãe disse que carregar água na peneira era o mesmo que roubar um vento e sair correndo com ele para mostrar aos irmãos. A mãe disse que era o mesmo que catar espinhos na água. O mesmo que criar peixes no bolso. O menino era ligado em despropósitos. Quis montar os alicerces de uma casa sobre orvalhos. A mãe reparou que o menino gostava mais do vazio, do que do cheio. Falava que vazios são maiores e até infinitos (BARROS, 2006, p. 1).

A infância deve ser respeitada e amparada focada não em preencher os vazios com o nosso “conhecimento” (científico ou empírico), mas sim trocar com a criança e se permitir olhar, independente de todo conhecimento possuído, enxergando as suas próprias realidades, construções e subjetividades, pensando assim em formas efetivas de garantir a saúde e segurança dos pequenos. O caso ilustrado ressalta a importância da técnica, e como a Psicologia pode muito colaborar para uma elaboração do trauma, para a validação da experiência e simbolização dada pela criança ao evento ocorrido, além da própria relação favorecer a ressignificação do contato com o outro. No entanto, a temática requer um pensamento crítico também da prática psicológica. Verifica-se, de acordo com o que foi levantado ao longo desse ensaio teórico, que a violência sexual contra a criança se encaixa no que Minayo (1994) chama de violência estrutural e cultural.

A violência, segundo Minayo (1994) pode ser classificada como estrutural, cultural e delinquência. A estrutural se manifesta na estrutura da família ou do sujeito, passada e incentivada pelas desigualdades econômicas, culturais e políticas, nega as conquistas enquanto sociedade e naturaliza esse ciclo conforme o que foi perpetuado. Cultural, sendo àquela que é passada através da cultura do local, sociedade ou família; e a Delinquência, sendo esta aquela que se manifesta nas ações que fogem da lei socialmente validada. Ou seja, podemos tomar a violência sexual contra a criança como algo que precisa ser trabalhado a um nível macro, porque ela reproduz ideologias, modos de relação naturalizados e não questionados.

No caso do abuso sexual infantil, além de uma violência estrutural, cultural, e delinquencial, nota-se o que a OMS denomina de Violência Interpessoal, sendo esta aquela que acontece por parte de quem a criança mais confia no próprio núcleo familiar (BRASIL, 2016).

Desse modo, fica nítido que, apesar do avanço das políticas e das leis no sentido de almejar a proteção integral à criança, ainda existe uma naturalização da violência contra esta, que se encontra muitas vezes tomada culturalmente como seres submissos, que sofrem coerção e uma série de abusos psicológicos (e em certos casos também físicos) sob o preceito de receber educação. Nota-se, nesse sentido, que o trabalho do psicólogo necessita ir além da técnica em si com a criança que sofre o abuso, mas também deve se voltar à conscientização e sensibilização das famílias, da comunidade e da sociedade como um todo, para que mudanças culturais e sociais possam de fato ocorrer.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa se constitui um ensaio teórico sobre a prática e atuação da psicologia hospitalar atendendo crianças hospitalizadas em situação de abuso sexual. A pesquisa se deu através de leituras das obras e produções científicas acerca desse tema, validando e compreendendo a necessidade real da prática psicológica no acolhimento das crianças violentadas. Em síntese, o abuso sexual infantil instala efeitos na saúde e no desenvolvimento da criança, colocando o trauma como uma possibilidade de consequência dessa violação sobre o corpo e psiquismo desta. É necessário ressaltar que esse abuso se dá de formas variadas, não sendo exclusivamente concretizado apenas quando deixa marcas no corpo físico e somático do infante com feridas visíveis.

Neste sentido, verifica-se que as feridas decorrentes da violência sexual são para além daquelas que os olhos enxergam no campo orgânico, decorrentes da desproteção social, da dor, do medo, do desamparo, da desorganização, da desassistência do estado, da desestruturação familiar e da naturalização cultural do abuso. Os aspectos apresentados foram relevantes para a compreensão do abuso, de como as circunstâncias familiares, a desestruturação contextual, os tipos de violência, a vulnerabilidade social, o lugar de descrédito da criança perante o abusador e a perpetuação da violência quando não trabalhada, tratada e modificada dentro do contexto familiar e cultural a afetam, gerando impactos em sua saúde física e mental.

Os marcos legais, diretrizes e protocolos sobre a atuação do psicólogo junto a crianças que sofreram violência sexual no Brasil, são de extrema importância para a garantia de proteção e dos direitos cabíveis a elas. Essa atuação conta com vários aparelhos para assegurar um acolhimento efetivo, como a escuta ativa, a psicoprofilaxia, a psicoeducação, cuidados

primários psicológicos e técnicas específicas para trabalhar a situação do abuso. Pensar no acolhimento dessa criança, é refletir sobre a humanização e educação em direitos em todos os âmbitos que a recebem e a acolhem, articulando com os profissionais e sujeitos que atuam diretamente com a mesma. A equipe multiprofissional, a família e o ambiente são fundamentais para concretizar esse cuidado humanizado, aproximando a criança das possíveis transformações que podem acontecer, a colocando novamente no lugar de proteção, de respeito, de olhar, de fantasia e de brincar que pertencem e são inerentes à infância.

Além disso, a alta hospitalar é um fator determinante para o processo de tratamento e busca pela saúde, já que é nesse momento que a criança se deparará com o afastamento da realidade antiga, com a angústia do afastamento da instituição hospitalar e do que ela imagina que a espera lá fora, sendo necessária uma preparação da rede e da criança. Nesse acolhimento, a criança poderá manifestar comportamentos que sugerem mais sofrimento, já que o hospital se caracteriza, normalmente, como um ambiente outro com lógicas muito diferentes da que a criança é acostumada em sua rotina. Dessa forma, esse trabalho se fez necessário por pensar em manejos e práticas efetivas que diminuam os efeitos desse duplo trauma.

Porém, quando a criança não é levada pela família a continuar esse tratamento fora do hospital, quando a busca ativa por parte da equipe que recebeu o encaminhamento não acontece, ou o sistema apresenta falhas que impossibilitam este de ocorrer, os cuidados e proteção também não são efetivados. Sendo assim, apesar de um olhar extremamente cuidadoso e atento para a infância por parte da Psicologia dentro dos hospitais e nas redes de proteção, outros fatores, se não considerados e trabalhados, podem contribuir para a reprodução das situações de abuso, tais como: falta de acesso à educação sexual, a educação em direitos, o estereótipo acerca da família (como constructo social de proteção inerente à criança), e a naturalização construída pela sociedade sobre o abuso sexual infantil. O tabu sobre a sexualidade afasta a criança do lugar de fala e potencializa a perpetuação da violência sexual, com o “segredo” mantido pela mesma. Além disso, esse segredo funciona também para manter a fantasia da família como lugar seguro, repassando o imaginário que reforça que “problema de família, fica dentro da família”.

Dessa forma, o papel da Psicologia dentro das pediatrias é acolher, não revitimizar (e garantir essa não revitimização pelo espaço), escutar, dar lugar para a vazão dos sentimentos, reforçar à criança que sua fala é respeitada, que existem maneiras de existências e relações saudáveis, caminhando no sentido de empoderar o infante e mostrar-lhe que existem possibilidades de transformação a partir da desconstrução e, conseqüentemente, reconstrução. Assim, vemos como é de extrema relevância mais estudos e publicações acerca desse tema tão

delicado e complexo, garantindo aos profissionais que lidam com a infância dentro dos hospitais mais ferramentas e tecnologias de proteção, maior conhecimento sobre os manejos e possibilidades de atendimento, e mais espaços que debatam, pensem e reflitam sobre o abuso sexual. Por consequência, será oportunizada a ampliação da compreensão acerca dessa violência, garantindo mais profissionais efetivamente qualificados para trabalhar com as crianças e implementar programas de promoção da saúde. Como também, debater com a comunidade fenômenos diversos que afetam o processo saúde-doença, dentre eles o próprio abuso, assim contribuindo para uma sensibilização da sociedade como um todo.

5 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Elisa de Souza. **Abuso sexual infantil intrafamiliar**. 2005. 39 f. Trabalho de conclusão de curso - Faculdade De Ciências Da Saúde – FACS, Brasília, 2005. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/123456789/2955/2/20260305.pdf>. Acesso em: 02 de nov. de 2021.

ALTAMIRA, Lorena Leos. **A criança hospitalizada: um estudo sobre a atuação do psicólogo hospitalar**. 2010. 33 f. Trabalho de conclusão de curso - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Arcos, 2010. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/a-crianca-hospitalizada-um-estudo-sobre-a-atuacao-do-psicologo-hospitalar/56348>. Acesso em: 12 de mai. de 2021.

ALVES, Luiz de Oliveira. Profilaxia. **Infoescola**. 2018. Disponível em: <https://www.infoescola.com/saude/profilaxia/>. Acesso em: 15 de mai. de 2021.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto; NICOLETTI, Edela Aparecida; CHIATTONE, Heloisa Benevides de Carvalho. **O doente, a psicologia e o hospital**. 3ª ed. Cengage Learning. 2010.

ARAÚJO, Maria de Fátima. Violência e abuso sexual na família. **Psicologia em estudo**. Maringá, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/QJpLxjnNg6J3H4skJLgW3mf/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 01 de nov. de 2021.

AZEVEDO, Elaine Christovam de. Atendimento psicanalítico a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. **Psicologia: ciência e profissão**. Assis, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/zN57XFHxwPLnjZXYwqSCLJN/?lang=pt>. Acesso em: 15 de out. de 2021.

BARROS, Manoel de. **O Menino que Carregava Água na Peneira**. 2006. Disponível em: <https://poetriz.wordpress.com/2006/01/11/o-menino-que-carregava-agua-na-peneira/>. Acesso em 16 de out. de 2021.

BOARATI, Maria Cristina Brisighello; SEI, Maíra Bonafé; ARRUDA, Sérgio Luiz Saboya. Abuso sexual na infância: a vivência em um ambulatório de psicoterapia de crianças. **Revista**

Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, v. 19, n. 3, p. 426-433, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000300008. Acesso em: 17 de out. de 2021.

BRASIL. Ministério da 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**. Brasília, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/>. Acesso em: 25 de out. de 2021.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. Brasília, 2016.

BREZOLIN, Renan de Lima; PINHEIRO, Nadja Nara Barbosa. Construção, interpretação e holding: reflexões a partir de um acontecer clínico. **Cadernos de Psicanálise**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://cprj.com.br/imagenscadernos/caderno25_pdf/21_CP_25_CONSTRUCAO_INTERPRETACAO_E_HOLDING.pdf. Acesso em: 04 de nov. de 2021.

COGO, Karine Suély et al. Consequências psicológicas do abuso sexual infantil. **Unoesc & Ciência-ACHS**. Joaçaba, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) na rede de proteção às crianças e adolescentes em situação de violência sexual. **Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas**. 2ª ed. Brasília, 2020.

DAMACENA, Janary Bastos. Brasil registrou 14 mil denúncias de abuso sexual infantil em 2020. **Brasil 61**. Brasília, 10 de mai. de 2021. Disponível em: <https://brasil61.com/n/brasil-teve-14-mil-denuncias-de-abuso-sexual-infantil-em-2020-bras214905>. Acesso em 03 de nov. de 2021.

FLORENTINO, Bruno Ricardo Bérghamo. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, p. 139-144, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/dPY6Ztc8bphq9hzdhSKv46x/?lang=pt>. Acesso em: 12 de set. de 2021.

FRANÇA, Cassandra Pereira. Um corpo maculado na infância: a necessidade de intervenção precoce dos profissionais de saúde. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**. São João Del Rei, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v12n3/07.pdf>. Acesso em: 15 de set. de 2021.

FRANCISCO BELTRÃO, Prefeitura Municipal de. **Protocolo de atendimento às crianças e adolescentes em situação de violência sexual**. Francisco Beltrão, 2018.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **Guia de programas da infância e adolescência do governo federal**. 1ª ed. São Paulo, 2018.

HAYECK, Cynara Marques. Refletindo sobre a violência. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. Rio Grande, 2009.

HIRSCHHEIMER, Mário Roberto; WAKSMAN, Renata Dejtiar. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência**. Brasília: CFM, 2011. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/manual%20atendimento%20crianca%20adolescente.pdf>. Acesso em: 28 de out. 2021.

JUNIOR, Renê Carlos Schubert. **Os direitos humanos e a proteção da criança e do adolescente no Brasil**: a desestruturação familiar e sua contribuição para a prática do ato infracional. Ijuí-RS. 2013. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/1922/Rene%20Carlos%20Schubert%20Junior.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

KANEKO, Adriana Yuri; TURELLA, Rogério. A violência sexual intrafamiliar: a revitimização da criança e do adolescente vítimas de abuso. **Revista jurídica direito, sociedade e justiça**. 2016.

KITAYAMA, Marcela Mayumi Gomes; BRUSCATO, Wilze Laura. Abordagem psicológica da dor no paciente grave. **Psicologia e Humanização**. 2008. Disponível em: <https://docplayer.com.br/70049894-Abordagem-psicologica-oa-oar-no-paciente-grave.html>. Acesso em: 10 de out. de 2021.

LEMES, Carina Belomé; ONDERE NETO, Jorge. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. **Temas em Psicologia**. Porto Alegre, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100002. Acesso em: 27 de out de 2021.

LUCÂNIA, Eliane Regina; MIYAZAKI, Maria Cristina de Oliveira Santos; DOMINGOS, Neide Aparecida Micelli. Projeto Acolher: caracterização de pacientes e relato do atendimento psicológico a pessoas sexualmente vitimadas. **Temas em Psicologia**. Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2008000100006. Acesso em: 02 de nov. de 2021.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Fatores associados a violências contra crianças em Serviços Sentinela de Urgência nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qjrvy99LMpdCWK7dmNBxvmH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 de out. de 2021.

MARAFON, Patrícia; SCORTEGAGNA, Silvana Alba. Suporte materno mediante o abuso sexual infantil: revisão de literatura. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**. Passo Fundo, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072017000100008. Acesso em 22 out. 2021.

MEDEIROS, Clarissa; AIELLO-VAISBERG, Tania Maria José. Reflexões sobre holding e sustentação como gestos psicoterapêuticos. **Psicologia Clínica**, vol. 26, núm. 2, pp. 49-62 Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. RJ, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dgQ85GcNMfTCPByHzZTK6CM/?lang=pt>. Acesso em: 13 de jul. de 2021.

NASCIMENTO, Francielle Pereira; CHRISTIANO, Ana Priscilla. A produção histórica da violência sexual contra crianças. **Educere**. Londrina, 2013. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/19591_9877.pdf. Acesso em: 12 abr. 2021.

OLIVEIRA, Lecila Duarte Barbosa et al. A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p. 306-312, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v19n2/11.pdf>. Acesso em: 22 de out. de 2021.

O que é anamnese? Saiba como é e como funciona. **IPTC, Instituto paranaense de terapia cognitiva**. 2021. Disponível em: <https://iptc.net.br/o-que-e-anamnese/>. Acesso em: 04 de nov. 2021.

PASTANA, Débora. Justiça penal autoritária e consolidação do estado punitivo no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**. Curitiba, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/wgJXpCKYqGDKFVJRsvF8Qrf/?lang=pt>. Acesso em: 04 de ago. de 2021.

PELISOLI, Cátula da Luz; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Práticas de profissionais de Psicologia em situações de abuso sexual. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Porto Alegre, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672015000100005. Acesso em: 12 de jun. de 2021.

PLATT, Vanessa Borges et al. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. **Ciência & Saúde Coletiva**. Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hTR8wBZKQNrYLM4HB6p849c/?lang=pt>. Acesso em 15 de jul. de 2021.

PROTOCOLO NICHED. **Conselho Federal de Psicologia**, 2017. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/?evento=protocolo-niched>. Acesso em: 29 de novembro de 2021.

REDE DE PROTEÇÃO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DE CUIABÁ/MT. **Guia de serviços da rede intersetorial local de atendimento a pessoas em situação de violência interpessoal e autoprovocada**. Cuiabá, 2016.

ROCHA, Rita de Cássia Luiz. História da infância: reflexões acerca de algumas concepções correntes. **Analecta**. Guarapuava, 2002. Disponível em: <https://docplayer.com.br/54737409-Historia-da-infancia-reflexoes-acerca-de-algumas-concepcoes-correntes.html>. Acesso em: 14 de jun. de 2021.

SAMPAIO, Sabrina Emanuele; OSÓRIO, Mônica. Breves Considerações Sobre o Papel do Psicólogo Hospitalar na Pediatria. **Com Texto**. Olinda, 2008. Disponível em: <https://docplayer.com.br/18873637-Breves-consideracoes-sobre-o-papel-do-psicologo-hospitalar-na-pediatria.html>. Acesso em: 22 de out. de 2021.

SFAIR, Sara Caram; BITTAR, Marisa; LOPES, Roseli Esquerdo. Educação sexual para adolescentes e jovens: mapeando proposições oficiais. **Saúde e Sociedade**. São Carlos, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Bwt8JnymQL5zc9PHRrj6P4y/?lang=pt>. Acesso em: 12 de abr. de 2021.

SIQUEIRA, Aline Cardoso; ARPINI, Dorian Mônica; SAVEGNAGO, Sabrina Dal Ongaro. Família e abuso sexual na perspectiva de adolescentes em situação de vulnerabilidade social. **Aletheia**. Canoas, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000100009. Acesso em: 29 de jul. de 2021.

VALVERDE, Dayana Lima Dantas. **O suporte psicológico e a criança hospitalizada: o impacto da hospitalização na criança e em seus familiares**. 2010. 37 f. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Tecnologia e Ciências de Feira de Santana, Feira de Santana, 2010. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0229.pdf>. Acesso em: 20 de ago. de 2021.

WINNICOTT, Donald W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins, 1993. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2017/10/winnicott-fami%cc%81lia-e-o-desenvolvimento-individual.pdf>. Acesso em: 11 de ago. de 2021.