

Paula Carvalho Barbosa

**A criança vítima de violência sexual intrafamiliar:
consultas terapêuticas em um ambulatório especializado**

Uberlândia

2020

Paula Carvalho Barbosa

**A criança vítima de violência sexual intrafamiliar:
consultas terapêuticas em um ambulatório especializado**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Miriam Tachibana

Uberlândia

2020

Paula Carvalho Barbosa

**A criança vítima de violência sexual intrafamiliar:
consultas terapêuticas em um ambulatório especializado**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Miriam Tachibana.

Banca Examinadora

Uberlândia, 07 de dezembro de 2020

Profa. Dra. Miriam Tachibana
Universidade Federal de Uberlândia – MG

Profa. Dra. Anamaria Silva Neves
Universidade Federal de Uberlândia – MG

Me. Layla Raquel Gomes da Silva
Universidade de São Paulo – SP

Uberlândia

2020

Agradecimentos

À minha orientadora Profa. Dra. Miriam Tachibana, agradeço pelo cuidado em toda a trajetória da graduação. No início como minha primeira supervisora clínica e ao encerrar como quem caminhou ao meu lado na leitura de um fenômeno que me marca tanto, sendo uma das mulheres que se estabeleceram como referência de um processo de construção singular.

À Profa. Dra. Anamaria Silva Neves, agradeço por me transmitir a arte: da escuta, da parceria; por me desafiar à presença e postura, mas principalmente, pelo laço que pude construir e ao qual os adjetivos são insuficientes.

À Profa. Me. Layla Raquel Gomes da Silva, agradeço por me transmitir o investimento, a coragem, o brincar, a poesia, o carinho. Perto ou longe você se fez presente nesse emaranhado de desafios e conquistas.

À minha mãe, a quem as palavras serão sempre insuficientes para descrever, agradeço por ser quem reúne toda a coragem da vida, a força de ser mãe/mulher, a voz que acalma, o abraço que marca, e o desafio de transmitir pelo olhar todo o amor. Por desbravar comigo as mudanças, e por me ensinar a costurar algumas aberturas. Ao meu padrasto, agradeço a sensibilidade e o suporte dia após dia.

Ao meu pai, agradeço a sabedoria de se aproximar do desconhecido, de se fazer próximo pela música e pelo sorriso. Ao meu irmão Matheus, agradeço o desafio de sermos irmãos, por me estender as mãos, por ser uma referência, e por quem guardo amor infinito. Aos meus irmãos Giovana, Júlia e Victor, agradeço a alegria de dividir tantos momentos.

Ao meu namorado, agradeço a sorte de um amor calmo e forte que vem se amarrando ano após ano desde o início da graduação. Pelo riso que fura o tédio e as dificuldades, e pelo abraço que acolhe o medo e inspira a coragem.

À Laís, aquela que eu localizo como irmã, agradeço pelo amor e pela torcida, por encarar de perto e ao meu lado cada conquista, representando o que a mim é família. Aos meus avós, agradeço o ensino, as orações, o amor que perpassa décadas.

Às minhas amigas de graduação, muito obrigada. É difícil significar em tão poucas linhas esses cinco anos. Em uma tentativa, agradeço a vocês pela presença e pelo afeto ao demonstrarem do que se trata, então, a amizade. Pela garra e insistência nessa luta que é nossa, da qual cinco anos são apenas o início. Vocês são mãos dadas no escuro de tantos desafios, localizadas em um tempo que eu chamaria eterno.

Ao ambulatório, à equipe e às crianças, agradeço por diariamente me apresentarem a revolução. Há, com certeza, uma Paula antes do ambulatório e outra que se apresenta agora.

Resumo

No campo da violência sexual infantil intrafamiliar, entende-se que diversos são os fatores que influenciam para que os casos sejam mantidos em segredo, entre eles a dificuldade da criança em denunciar uma figura familiar. Surge assim a preocupação de diversas áreas da saúde e, também, do Direito, em buscar a forma menos invasiva de escutar a criança sobre a violência sofrida, proporcionando-lhe um cuidado ao mesmo tempo em que ela está sendo solicitada a revelar o segredo familiar. No presente trabalho, esse fenômeno foi abordado segundo a perspectiva da Psicanálise, em especial das contribuições teórico-práticas de Winnicott. Assim, objetivou-se investigar o potencial clínico e investigativo de um enquadre clínico desenvolvido num ambulatório de violência sexual. Para tanto, apresentamos cinco entrevistas lúdicas, realizadas com seis crianças vítimas de violência sexual intrafamiliar. Após cada entrevista clínica, a pesquisadora que as conduziu produziu narrativas psicanalíticas dos encontros, a fim de: 1) reconhecer os campos habitados pelas crianças durante as entrevistas, a partir da Teoria dos Campos de Fábio Herrmann, e 2) investigar se houve transição entre os campos durante o primeiro encontro. Observou-se que as entrevistas lúdicas se revelaram potentes em termos interventivos e investigativos, já no primeiro encontro, com o brincar e o *holding* auxiliando as crianças tanto a retomarem a confiança no ambiente quanto a revelarem o que lhes havia ocorrido. Espera-se, a partir do conhecimento produzido, contribuir para que os profissionais da Rede especializada avancem no cuidado que vem sendo ofertado à essa população.

Palavras-chave: incesto; psicanálise; psicologia hospitalar; entrevista; brincar.

Abstract

In the field of intrafamily child sexual violence, there are several factors that influence the cases to be kept in secret, including the child's difficulty in reporting a family figure. Thus, the concern of several areas of health and, also, of the Law, arises in seeking the least invasive way of listening to the child about the violence suffered, providing him with care at the same time that he is being asked to reveal the family secret. In the present work, this phenomenon was approached from the perspective of Psychoanalysis, especially from the theoretical-practical contributions of Winnicott. The objective was to investigate the clinical and investigate potential of a clinical setting, in an outpatient clinic specialized in sexual violence. To this end, we present five playful interviews, conducted with six children victims of intrafamily sexual violence. After each clinical interview, the researcher who conducted them produced psychoanalytic narratives of the meetings, in order to: 1) recognize the fields inhabited by children during the interviews, based on the Field Theory, and 2) investigate whether there was a transition between the fields during the first encounter. It was observed that playful interviews proved to be potent in interventional and investigative terms, already in the first encounter, with playing and holding helping children both to regain confidence in the environment and to reveal what had happened. It is hoped, based on the knowledge produced, to contribute for the professionals of the specialized network to advance in the care that has been offered.

Keywords: incest; psychoanalysis; hospital psychology; interview; playing.

Sumário

1. Introdução	3
1.1 Olhando para a criança vítima de violência sexual intrafamiliar	3
1.2 Escutando a criança vítima de violência sexual intrafamiliar	5
2. Método	7
2.1 Participantes	7
2.2 O enquadre clínico desenvolvido e investigado	8
2.3 Análise psicanalítica do material clínico	10
3. Apresentando o material clínico	11
3.1 “Caso Rodrigo: reconstruindo bases e torres”	12
3.2 “Caso Poliana: a casa de quem?”	14
3.3 “Caso Lis: o que os patinhos têm a nos contar?”	16
3.4 “Caso Fernanda: o dominó da infância”	17
3.5 “Caso Artur e Bianca: o afeto da comida”	19
4. Reflexões Clínico-Teóricas	20
4.1 Potencial Interventivo	20
4.2 Potencial Investigativo	27
5. Considerações Finais	33
6. Referências Bibliográficas	35

1. Introdução

1.1 Olhando para a criança vítima de violência sexual intrafamiliar

O interesse em torno da violência sexual contra crianças foi sendo construído ao longo da minha experiência na graduação, em especial a partir da minha entrada no Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual (NUAVIDAS), ambulatório especializado em violência sexual situado em Uberlândia. Vivenciei um espaço, anterior à minha entrada no ambulatório, em que me sentia nos bastidores, no sentido de estudar, mas ainda não conhecer realmente a atuação em um enquadre clínico com crianças vítimas de violência sexual. Apenas após fazer parte do ambulatório é que fui levada a refletir sobre as movimentações necessárias para garantir, sustentar e suportar um trabalho clínico sensível, que resistisse aos impasses e dificuldades desse fenômeno. Assim, parte da minha experiência prática no referido ambulatório acabou fomentando essa pesquisa, cujo ponto central de investigação refere-se à dúvida sobre como prestar um atendimento psicológico que favoreça a comunicação da criança sobre a violência sexual sofrida, mas que ao mesmo tempo não seja vivido como um encontro invasivo.

Entendo que, a partir da minha experiência clínica no referido ambulatório, acabei não apenas levantando um problema de pesquisa a ser investigado, mas, também, acabei vivenciando, enquanto estudante de Psicologia que está às vias de encerrar a graduação, uma transição de campos interessante. Afinal, fui migrando de um campo de incertezas, que me conduziram à inquietações e que, ao final, me levaram a um campo de descobertas.

Aqui já é possível delinear do que se trata o conceito de campo, conceito esse que foi adotado ao longo desse estudo. Falamos de campos a partir da teoria do psicanalista brasileiro Fábio Herrmann, que entende o psiquismo humano como composto por vários campos relacionais (Sanchez & Cardoso Júnior, 2006). Para esse autor, atravessado pelos campos, o sujeito representa a realidade/mundo externo, de modo que seria possível afirmar que os campos

seriam os determinantes lógico-emocionais responsáveis em reger as manifestações do indivíduo sobre a realidade (Herrmann, 2006). Desde essa perspectiva, entendo que vivenciei uma transição importante de campos, a partir do momento em que me tornei integrante do ambulatório NUAVIDAS. E abro o espaço para questionar como as crianças experienciam o NUAVIDAS, vale dizer, a partir de quais campos elas chegam ao NUAVIDAS e se é possível vislumbrar uma transição entre campos, nelas também, uma vez inseridas nesse ambulatório especializado.

O ambulatório NUAVIDAS não se restringe aos casos de violência sexual intrafamiliar, quando o autor da violência é alguém com laços afetivos ou parentais com a vítima, por vezes residindo conjuntamente com ela (Medeiros, 2013). Mas, como, na maioria das vezes, a violência sexual contra crianças é do tipo intrafamiliar, sendo praticada pelo pai ou padrasto (Mattos & Lima, 2012), no presente trabalho, foram focalizados os casos de violência sexual que se dão no meio intrafamiliar. Entendemos que a violência sexual intrafamiliar, além de ser mais frequente, poderia ter um impacto psíquico maior, uma vez que o agressor seria alguém que mantém relação de confiança para com a criança. Desse modo, para ela, seria difícil às vezes identificar, em meio às aproximações físicas, abraços, beijos, banhos conjuntos, as práticas incestuosas propriamente ditas. E justamente por essa dificuldade de discriminação, bem como o fato de o agressor ser ao mesmo tempo uma figura afetivamente próxima, nos casos de violência sexual intrafamiliar veríamos mais comumente a instauração do silêncio, tido como componente central para a continuidade da violência contra crianças (Vieira, 2015).

Algo que também pode favorecer para a manutenção da violência sexual intrafamiliar é que, por vezes, os sinais que a criança pode apresentar em decorrência do vivido podem ser confundidos às questões advindas da própria infância. Exemplos disso seriam crianças com somatizações, enurese noturna e terror noturno, que são fenômenos não exclusivos dos casos de violência sexual infantil (Ferreira, 2002). Algumas alterações também podem ser percebidas

na escola, instituição com grande importância na revelação e no acolhimento dessa ocorrência, como a queda do rendimento escolar, medo e estranhamento na presença ou toque físico, agressividade no brincar e isolamento... (Woiski & Rocha, 2010), que tampouco se configuram como sinais que indicam especificamente episódios de violência sexual. Mas, independentemente de quais são os sintomas que a criança pode vir a apresentar, podemos pensar, na perspectiva psicanalítica, que estaríamos diante de uma situação potencialmente traumática.

Dentre os diferentes autores da Psicanálise que já discutiram sobre a experiência traumática, no presente trabalho, faremos uma interlocução próxima com o psicanalista inglês Donald W. Winnicott. Winnicott (1956/2000) teorizava sobre a importância de um ambiente suficientemente bom como condição necessária para o desenvolvimento psíquico saudável da criança. Fazia uso do termo “suficiente”, pois entendia que, inevitavelmente, o ambiente contém falhas; as falhas, entretanto, não poderiam ultrapassar o limite de suportabilidade do indivíduo, caso contrário, ele seria atravessado pelo trauma, isto é, por um sentimento de invasão ambiental que poderia gerar angústia de aniquilamento e interrupção da continuidade de ser (Boarati, Sei, & Arruda, 2009).

Winnicott (1969/1994) entendia o trauma como:

[...] aquilo contra o qual o indivíduo não possui uma defesa organizada, de maneira que um estado de confusão sobrevém seguido talvez de uma reorganização de defesas, defesas de um tipo mais primitivo do que as que eram suficientemente boas antes da ocorrência do trauma.

Embora não estejamos, numa perspectiva determinista, afirmando que necessariamente toda criança vítima de violência sexual intrafamiliar terá perturbações em seu desenvolvimento psíquico, entendendo que o olhar puramente psicopatologizante poderia inclusive nos afastar de uma escuta sensível sobre a criança, pensamos que a violência sexual intrafamiliar pode configurar-se como uma falha ambiental radical com tonalidade de experiência traumática.

1.2 A escuta da criança vítima de violência sexual intrafamiliar

Dada a compreensão de que a criança vítima de violência sexual demanda amplo cuidado, o fenômeno da violência sexual infantil tem sido alvo de atenção de diferentes áreas de especialidade numa parceria de trabalho (Platt, Back, Hauschild, & Guedert, 2018). O reconhecimento de que se faz necessário diferentes saberes para fazer frente à violência sexual é previsto inclusive através da Lei nº 12.845, de 2013, segundo a qual crianças e adolescentes vítimas de violência sexual devem ter assegurado “atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social” (Hora & Paiva, 2017). Assim, juntamente à atuação indispensável dos Conselhos Tutelares, Varas da Infância e da Juventude, Delegacias Especializadas e apoio jurídico às famílias, o Serviço Social, a Medicina, a Enfermagem e a Psicologia têm operado como representantes da área da saúde, que vêm realizando intervenções junto às crianças vítimas de violência sexual (Rossato, Santeiro, Barroso, & Scorsolini-Comin, 2018).

Em meio a essa dinâmica de trabalho envolvendo diferentes áreas de especialidade, vêm sendo levantadas questões metodológicas, dentre as quais qual seria o meio mais adequado de entrevistar a criança, obtendo a sua narrativa sobre a violência sexual sofrida e evitando que ela sofra uma vitimização secundária, que não raro vinha sendo produzida pelas próprias instituições responsáveis pelo seu cuidado, através de reiterados inquéritos, excessivos exames e perícias, dentre outros, caracterizando violência institucional (Melo, 2014). A partir da compreensão de que as delegacias e as salas de audiência eram problemáticas para a realização dessa escuta da criança, foi promulgada a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, determinando

que a criança e o adolescente devem ser ouvidos sobre a situação da violência sexual por meio de dois dispositivos: a escuta especializada¹ e o depoimento especial².

Vemos que o depoimento especial tem sido alvo de debate fervoroso entre as diferentes classes de profissionais envolvidos. Ao serem indagados a respeito, operadores do Direito entendem que a oitiva deve se dar por meio de técnicos especializados, em especial o psicólogo, uma vez que eles próprios não receberam o preparo para conduzir uma escuta de tamanha complexidade, que demanda tanta sensibilidade por parte do profissional (Giacomozzi, Eidt, Justo, & Alves, 2020). Mas, de outro, os profissionais da Psicologia entendem que vêm sendo convocados a colaborar através da adoção de um protocolo que seria o mais pertinente, aos olhos do Direito, mas que acaba fazendo com que o psicólogo, que poderia contribuir justamente com a sua capacidade singular de capturar a função simbólica das condutas, seja mal utilizado nesse enquadre (Gomes, 2018).

Na tentativa de responder como a Psicologia pode auxiliar o Poder Judiciário em relação ao depoimento de crianças vítimas de violência sexual, Eloy (2012), que estudou 51 processos judiciais e analisou o percurso da criança desde o momento em que faz a revelação, defende a escuta psicológica. Esta, se bem conduzida e já realizada logo no início desse processo, é entendida como o principal meio de evitar a vitimização secundária. Trata-se justamente do trabalho dos profissionais que compõem a equipe do NUAVIDAS, do qual eu faço parte que, ao ofertarem uma escuta especializada, vêm tentando conciliar o objetivo investigativo de ouvir

¹ Escuta especializada é o procedimento de entrevista sobre situação de violência com criança ou adolescente perante órgão da rede de proteção, limitado o relato estritamente ao necessário para o cumprimento de sua finalidade, conforme a Lei nº 13.431/2017.

² Trata-se de uma modalidade de escuta, em que é realizada uma oitiva da criança vítima, geralmente conduzida por psicólogos ou assistentes sociais. Esse procedimento é realizado numa sala privativa, porém munida de câmeras e de microfones, em que ficam presentes apenas a criança que vai depor e o técnico que a entrevistará. Esse, por sua vez, faz uso de um ponto eletrônico como via de comunicação com os profissionais que se encontram numa sala de audiência e que estão acompanhando pelo vídeo o que se passa no depoimento especial (Azevêdo & Amorim-Gaudêncio, 2019).

da criança aquilo o que ocorreu (auxiliando às vezes o caminhar jurídico do caso) com o objetivo interventivo de sustentá-la emocionalmente em relação ao ocorrido.

Assim, o objetivo desse trabalho foi o de investigar o potencial investigativo e o potencial interventivo das entrevistas clínicas realizadas no referido ambulatório especializado em violência sexual.

2. Método

2.1 Participantes

Foram participantes deste estudo seis crianças entre a faixa etária de seis a 11 anos, vítimas de violência sexual intrafamiliar, inseridas em um serviço ambulatorial do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU)³, o NUAVIDAS, que consiste em um serviço especializado de atendimento de vítimas de agressão sexual. Das seis crianças participantes, quatro eram do sexo feminino e duas do sexo masculino. Todas haviam sofrido violência sexual intrafamiliar, tendo apenas uma criança que sofrera, também, violência sexual extrafamiliar. Todas as crianças foram até o ambulatório acompanhadas de uma figura materna, fosse ela a mãe consanguínea ou a mãe da família acolhedora que estava provisoriamente cuidando daquela criança.

2.2 O enquadre clínico desenvolvido e investigado

Embora os pacientes desse ambulatório sejam, em média, acompanhados ao longo de seis meses, voltando para atendimento ambulatorial várias vezes, optamos por fazer um recorte metodológico e focalizar no primeiro atendimento de cada criança no NUAVIDAS. A escolha em relação à primeira entrevista repousa na compreensão de que ela equivaleria ao momento mais importante, posto que, nessa cena de abertura, tanto o paciente e o psicólogo, que ainda

³ Também estabelecemos como critério de inclusão a imprescindibilidade da assinatura dos responsáveis das crianças participantes, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para menores de 18 anos. Vale ressaltar que esse projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CAAE: 1 4576719.3.0000.5152).

não tiveram uma experiência real um com o outro, são atravessados pelo sentimento de desproteção, de incertezas, de desestabilização diante do desconhecido (Wegner, 2012).

Vale contextualizar ainda, que os atendimentos foram realizados em um ambulatório, cujo tempo é atravessado pela brevidade e pelo senso de transitoriedade, havendo de saída uma lógica de alta, de prazo de encerramento (Vilhena & Pinheiro, 2008). Assim, focalizar na primeira entrevista teve também a ver com a compreensão de que, em um ambulatório, é importante que cada momento – em especial o primeiro – seja maximamente aproveitado. Trata-se de algo que Winnicott, que trabalhava em hospital e, dado a esse contexto, tinha poucos encontros (na maioria das vezes apenas um) com seus pacientes, discorreu em seu livro “Consultas terapêuticas em Psiquiatria infantil” (Winnicott, 1971/1984). Em suas consultas terapêuticas junto às crianças, Winnicott recomendava que a primeira entrevista não fosse desperdiçada, pois, se bem conduzida, a criança experienciava uma eclosão de sentimento de confiança de poder vir a ser compreendida e ajudada efetivamente (Salles & Tardivo, 2017). Nesse sentido, inspiradas nas consultas terapêuticas winnicottianas, focalizamos no primeiro contato das crianças no NUAVIDAS, momento em que talvez elas estivessem receosas, uma vez que o hospital é muitas vezes referência de intervenções físicas invasivas, atreladas a dor e sofrimento.

É importante destacar que, para todos os pacientes entrevistados neste trabalho, houve leitura prévia dos seus prontuários no sistema eletrônico do ambulatório. Foi justamente a partir dessa estratégia que foi possível inclusive identificar que aquele caso potencialmente equivaleria a um dos casos desse estudo. Desse modo, havia certo conhecimento prévio sobre a história da criança, a sua constituição familiar e um breve relato da violência sexual sofrida. Vale salientar também que no NUAVIDAS existe um protocolo interno de atendimento em que, inicialmente, a criança e o seu responsável são atendidos conjuntamente, por pelo menos dois integrantes da equipe multidisciplinar, sendo um deles da Medicina e outro da Psicologia.

Após um breve período de apresentação, havendo o consentimento da criança e de seu responsável, é promovida uma escuta separada da criança. Assim, enquanto seu cuidador permanece na sala de atendimento com um dos integrantes da equipe, a criança é convidada para ir com alguém da Psicologia para outra sala no mesmo ambulatório. Era nesse momento em que a criança era convidada a estar com alguém da Psicologia, em outra sala, separada do responsável, que o atendimento, que foi alvo de investigação nessa pesquisa, era realizado.

A sala em que os atendimentos infantis foram realizados continha brinquedos variados. Embora haja a compreensão, por parte de alguns estudiosos sobre a entrevista com crianças vítimas de violência, que o ideal seria um ambiente sem distrações, como brinquedos, pois isso prejudicaria a sua capacidade de concentração (Benia, 2015), entende-se, a partir de diferentes teóricos da clínica psicanalítica infantil (Schmidt & Nunes, 2014), dentre os quais o próprio Winnicott, de que é através do brincar que a criança se comunica por excelência. Entretanto, mais do que nos apoiarmos no brincar para a realização do primeiro atendimento das crianças no ambulatório, fizemos uso do método psicanalítico, de modo que o tempo todo foi privilegiada a regra fundamental da associação livre (Zimmerman, 2007). Isso significa que as entrevistas não foram previamente organizadas a partir de um roteiro de perguntas a serem feitas ou mesmo de brincadeiras a serem realizadas, havendo inclusive a compreensão de que, caso a criança não se interessasse em brincar, esse movimento de recusa seria respeitado. Havia apenas dois questionamentos que sempre eram feitos às crianças, no início dos encontros, sendo eles: 1) “Você já conversou com alguma psicóloga antes?”; e 2) “Você sabe o motivo de estar aqui no hospital?”. Ao final da entrevista, a criança e a pesquisadora retornavam para a sala de atendimento onde se encontrava o responsável da criança, reintegrando a configuração inicial do encontro em que estavam todos juntos.

2.3 Análise psicanalítica do material clínico

A análise do material foi constituída de duas etapas: 1) procedimento de registro dos atendimentos clínicos no formato de narrativas psicanalíticas; e 2) análise das narrativas psicanalíticas à luz da Teoria dos Campos. Em relação à primeira etapa, após cada atendimento, foi redigida uma narrativa por parte da pesquisadora que realizou a entrevista, contendo toda a dinâmica lúdica vivenciada, as associações livres da criança e as reações contratransferenciais produzidas na pesquisadora. Isso porque, como se trata de uma pesquisa baseada no método psicanalítico, as reações contratransferenciais que são produzidas na figura do pesquisador durante o encontro vivido compõem material importante para análise do fenômeno (Ramos & Ramos, 2016). Afinal, como afirma Heimann (1950), a contratransferência orienta o profissional a uma compreensão mais ampla do inconsciente do seu paciente, uma vez que o inconsciente de ambos entra em sintonia.

A escrita de narrativas psicanalíticas é importante porque é através dela que se torna possível a retomada daquilo o que foi experienciado no atendimento, viabilizando reflexões clínico-teóricas acerca do que foi manifestado pelas crianças atendidas, já que, no momento dos atendimentos propriamente ditos, a pesquisadora não estava preocupada em intelectualizações, adotando uma postura que favorecesse a sua atenção flutuante (Tachibana, 2011).

Já na segunda etapa metodológica, o conjunto das narrativas psicanalíticas foi analisado psicanaliticamente, sendo organizado à luz da Teoria dos Campos, desenvolvida por Fábio Herrmann. Conforme destacado previamente, através da Teoria dos Campos, faz-se possível produzir um saber sobre como se dá a constituição psíquica do indivíduo, em termos de campos, entendidos como os determinantes das suas ações frente ao ambiente (Herrmann, 2006).

Vale destacar que Herrmann desenvolveu a Teoria dos Campos dada a preocupação com o fato de haver diferentes escolas psicanalíticas, operando segundo técnicas e conceitos tão variados entre si (Herrmann, 2007). Com o intuito de encontrar o que haveria em comum entre elas, chegou à teorização de que todo psicanalista, independentemente da escola com a qual

mais se identifica, busca identificar os campos mais patológicos habitados pelos seus pacientes e promover rupturas (Herrmann & Herrmann, 2012).

Embora Herrmann não tenha desenvolvido a Teoria dos Campos pensando na questão da potencialidade clínica do enquadre, um grupo de pesquisadores winnicottianos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, liderado pela Profa. Livre Docente Tânia Aiello Vaisberg, vêm desenvolvendo pesquisas (Ambrosio, 2013; Camps, Barcelos, & Aiello-Vaisberg; Mencarelli, Baptista, & Aiello-Vaisberg, 2017) com o objetivo de investigar os benefícios de enquadres clínicos psicanalíticos, fazendo uso da Teoria dos Campos numa articulação teórica com a obra de Winnicott.

Inspiradas nos trabalhos sobre potencial clínico desenvolvidos nesse grupo de pesquisa, no presente trabalho, também nos apropriamos da Teoria dos Campos para investigar se os atendimentos clínicos realizados com as crianças no ambulatório se revelaram potentes em termos clínicos e investigativos. Assim, a partir da leitura das narrativas psicanalíticas, objetivamos: 1) identificar quais lugares/campos inconscientes essas crianças se apresentavam inicialmente; e 2) identificar se, ao longo do primeiro encontro, algumas crianças transitaram em relação a esses campos inicialmente apresentados.

3. Apresentando o material clínico

A seguir, apresentamos as narrativas psicanalíticas derivadas das entrevistas clínicas. Serão apresentadas cinco narrativas, pois foram realizadas cinco entrevistas, já que, em uma delas, foi realizado o atendimento conjunto de duas crianças, que eram irmãs entre si.

3.1 “Caso Rodrigo⁴: reconstruindo bases e torres”

⁴ Todos os nomes utilizados nas narrativas são fictícios para evitar reconhecimento da criança entrevistada.

Rodrigo tem 11 anos e sofreu tanto violência sexual extra quanto intrafamiliar. Os agressores teria sido, respectivamente, um adolescente e o seu pai. Ele foi até o ambulatório acompanhado da mãe. Como de praxe, enquanto estávamos no atendimento conjunto, convidei-o para estar em atendimento separado comigo, o que ele aceitou. A entrevista lúdica foi realizada em uma sala do ambulatório, onde estavam dispostos brinquedos como bonecos de super-heróis, dominó e UNO. Nos sentamos no chão. Ele aparentava tristeza e estava com roupas que tampavam todo o corpo, apesar do calor que fazia. Me apresentei novamente e perguntei se ele já havia conversado com algum psicólogo antes. Ele apenas me respondeu de forma afirmativa, mas mantendo-se cabisbaixo.

Rodrigo disse que estava muito triste, imaginando que se ele não existisse nada disso teria acontecido, falando sobre um desejo de morte. Pedi que ele me explicasse mais sobre isso, e ele disse acreditar que, se morresse, não se sentiria mais tão mal. Acolhi Rodrigo, dizendo que compreendia o seu sofrimento e perguntei se ele gostaria de brincar. Ele aceitou o convite, manuseando a caixa de dominó que estava entre nós dois. Enquanto isso, foi me contando alguns episódios de automutilação (mordidas, arranhões, apertos fortes) e me mostrou vários roxos ao longo dos braços. Perguntei o que se passou em seus pensamentos nos momentos em que fizera isso, e logo ele me respondeu que o motivo era o retorno de cenas dos episódios de violência em seus pensamentos. Enquanto ele dizia isso, dispunha as peças de dominó no chão e construía uma torre com elas. Eu o acompanhei também construindo uma torre, espelhando-o num movimento espontâneo. Rodrigo comentou então sobre como era importante que as torres tivessem bases fortes para sustentarem a estrutura, mas que às vezes uma peça caía. Ele até diz sobre a criação de um “forte”.

Em um momento, uma peça da torre caiu no chão e ele fez contato visual comigo. Ele considerou que a torre que construía era ele mesmo, dando a ela o seu próprio nome. Ele perguntou se eu gostaria de nomear a minha com o meu nome, e eu aceitei. Brincamos por um

tempo sobre construir torres, sendo que, às vezes, ele alcançava a maior altura possível até tudo desmoronar. Nessa dinâmica, ele contou que antes tinha o sonho de ser cantor, mas que desistiu, pois no momento pensava mais em ser policial para salvar vidas.

Eu disse que me interessava por sua história. Em seguida, e com aparente sofrimento, Rodrigo começou a narrar a existência de vários episódios de violência, configurando tanto extra quanto intrafamiliar. Enquanto ele narrava, por vezes as peças de dominó caíam e ele retornava a reorganizá-las em forma de torre. Em meio a essa narrativa, ele me trouxe algumas questões, como, por exemplo, “o que é esperma”, ao que eu respondi.

Rodrigo então perguntou se poderia narrar um sonho recorrente. Ele se aproximou de mim, perguntando se poderia se sentar próximo. Disse-me que nesse sonho existe um super-herói com vários superpoderes. A partir daí, o contato visual entre nós dois já era maior e ele já usava gestos para contar, com maior ânimo. Narrou que os superpoderes seriam: super força, invisibilidade, superinteligência, raio mortal, entre outros. Me chamou a atenção o poder de invisibilidade e perguntei se ele poderia me contar mais sobre. Rodrigo então me explicou que, quando alguém tenta machucar o super-herói, o atravessa, e então não consegue encostar nele. Perguntei se ele se identificava com o personagem, e ele me respondeu que ele seria o próprio super-herói.

Após a narrativa do sonho, o paciente quis me contar algumas piadas de cunho simplório, e pediu que eu também contasse, alternando momentos de aparente tristeza quando se lembrava o motivo de estar ali, com outros de alegria. Compreendi que já havia sido bastante conteúdo para aquele encontro lúdico, e então, caminhei junto dele ao encontro de seu responsável em outro consultório. Ele retornou a uma postura mais retraída, mas manteve contato visual comigo, agradecendo nosso momento de brincar.

3.2 “Caso Poliana: a casa de quem?”

Poliana é uma criança de oito anos, que havia sido violentada por seu tio materno. Convidei a criança para estar em atendimento separado comigo. Ela estava bastante tímida, mas aceitou. Ao chegarmos à sala lúdica, ela se sentou no tapete de EVA, sem manusear nenhum brinquedo. Ela permaneceu calada, apenas observando o ambiente. Perguntei se ela lembrava meu nome, pois muitos profissionais haviam se apresentado durante o atendimento conjunto. De forma bastante tímida, ela disse que não. Então eu me apresentei novamente e perguntei se ela sabia o motivo de ter ido ao ambulatório naquele dia, ao que ela me respondeu acenando a cabeça de forma negativa. Expliquei a ela que, bem como as outras crianças e mulheres que estavam na sala de espera do ambulatório, ela também seria atendida por ter passado por uma violência sexual. Continuei dizendo-lhe que me dispunha a escutá-la, e, também, a brincar, caso ela desejasse. Percebi que ela queria brincar, pois olhava para a sala e retornava o olhar a mim, mas ainda assim ela se mostrava receosa em pegar algum brinquedo. Como a casa de madeira estava próxima, propus que ela me contasse como é sua casa, a partir da casa de brinquedo. Ela se animou e começou a falar, descrevendo os cômodos e dispendo os bonecos da família terapêutica negra neles.

Poliana espalhou os bonecos pela casa, colocando seus irmãos no quarto do casal, brincando; colocou sua mãe junto de sua avó na cozinha, fazendo um almoço; e dispôs seu padrasto e o marido de sua avó na sala vendo TV. Comentei que faltava uma pessoa na casa: ela própria. Poliana me disse que não tinha mais boneco e que, mesmo que ela pudesse se localizar, ficaria no único cômodo onde não pôs ninguém, pois é como ela se encontra na maioria das vezes: sozinha. Disse-lhe que me interessava por suas histórias e ela começou a me contar que na sua casa é ela quem cuida dos irmãos, em termos de higiene pessoal, e a sua própria é a última a ser cuidada. Inclusive, em uma das vezes em que deu banho na irmã, de idade aproximada a sua, é que percebeu que ela tinha um corte na vagina, e comparou ao que ela tem no mesmo local. Foi interessante perceber que, diferentemente de outras crianças,

Poliana falava sobre o corpo com uma linguagem mais adulta, no sentido de não atribuir nomes fantasiosos às partes do corpo, em especial à genitália. Destaquei, assim, que ela tinha uma fala mais observadora, usando algumas palavras mais “complexas”, e que parecia que ela realmente tinha que tomar muitas responsabilidades em casa. E então perguntei se ela se sentia cuidada por alguém. Ela pensou um pouco e, como primeira referência, falou de sua avó materna. Mas logo trouxe sentimentos de raiva em relação a ela, que estaria encobrindo a situação de violência sexual que o próprio filho cometera contra ela. Me disse que foi sua avó quem a levou a um serviço de saúde quando soube que ela não estava bem, mas que também ela a tirara de lá quando foi levantada, pela equipe, a suspeita de violência sexual infantil, com possibilidade de doença sexualmente transmissível. Poliana trouxe que quem a estava acolhendo nessa história era a sua mãe, que até então não havia aparecido como figura de cuidado.

Perguntei à Poliana o que ela achava desses sentimentos ambivalentes que tem com a avó, e ela disse que a avó, ao menos, é a única que se preocuparia com ela. Ela disse também que esperava deste atendimento uma ajuda, tanto para que seu tio agressor respondesse criminalmente, quanto para que ela pudesse se sentir cuidada e ser feliz com a sua família. Novamente percebi uma linguagem mais complexa, quando ela citou um possível processo criminal contra o tio. Percebi que, ao final da entrevista, Poliana estava mais solta. Ela havia tirado o tênis e se deitado no EVA, dizendo que não gostaria que o atendimento se encerrasse. Retornamos à sala de atendimento conjunto e logo ela voltou a apresentar a mesma postura do início do atendimento, mais tímida. Nos despedimos e ela pediu que pudessemos nos ver e brincar na consulta de retorno.

3.3 “Caso Lis: o que os patinhos têm a nos contar?”

Lis tem nove anos e compareceu ao serviço por ter sofrido violência sexual da parte de seu pai. Quando estávamos em atendimento conjunto, notei que ela apresentava fala leve, com

muitos risos. Ela estava acompanhada de sua mãe e percebi que as duas tinham falas parecidas, como se fossem duas adultas conversando. Convidei a criança para estar em atendimento separado, o que ela aceitou. Na sala lúdica, iniciei um diálogo enquanto ela montava as peças do tapete de EVA, pedindo para que me contasse um pouco mais sobre si mesma e com o que gostava de brincar. Lis logo me disse que não brinca mais, pois seus brinquedos haviam sido doados por sua mãe. Comentei que poderíamos brincar ali, mas ela observou os brinquedos e não pegou nenhum. Perguntei à ela se sabia o motivo de sua ida ao ambulatório naquele dia, e ela disse que sabia que tinha a ver com algo que seu pai havia feito, propondo que eu poderia levá-la a uma outra sala onde ela me narraria toda a história de violência. Como havia outra criança na sala, na presença de outra psicóloga⁵, Lis disse que não gostaria de “estragar a infância dela” com uma história tão pesada. Eu disse que não precisávamos sair da sala e que poderíamos continuar ali brincando, por enquanto.

Propus, então, que inventássemos uma história em que cada uma pudesse ir acrescentando uma parte na história da outra. Ela então tomou iniciativa e disse que a história seria sobre uma família. Pegou uma família de brinquedo de três patinhos e uma galinha maior para começar dando o mesmo nome aos filhos “Donald”, diferenciando-os apenas por ordem numérica (o número 1, o número 2 e o número 3). Iniciou a história dizendo que a mãe havia levado o Donald 1 (filho mais novo) ao hospital devido a um resfriado. Fiz pequenas contribuições nas minhas vezes, para escutar quais direcionamentos ela dava à história, dizendo apenas que a mãe estava preocupada em saber o que havia acontecido. Lis seguiu narrando, trazendo para a cena um quinto boneco, representando o pai dessa família. Ela disse que ele estava preocupado com a situação e cuidava dos dois outros filhos, em casa, enquanto o caçula estava no hospital com a mãe. A criança também incluiu na cena um sexto boneco,

⁵ A presença de outra psicóloga acompanhando outra criança na mesma sala em que realizávamos a entrevista foi um acontecimento excepcional. Dada a condição de aprimoramento do serviço ambulatorial, foi necessário, neste momento, dividir a sala para a realização de atendimentos diferentes.

representando um primo das três crianças Donald, a quem, ao longo da criação da narrativa, Lis disse que teria sido o responsável por praticar um “mal” ao Donald 1, culminando em sua ida ao hospital. A criança disse que esse filho mais novo teve dificuldades de contar à mãe o que tinha acontecido, mas que, depois que houve a revelação do ato ruim por parte do primo, isso teria resultado na expulsão desse agressor, por parte de seu pai, da casa onde vivem. Lis usou de força física para encenar a expulsão do boneco do primo da cena, a partir do boneco pai.

A partir dessa história, perguntei a ela onde morava o seu pai. Ela me contou que ele mudara de cidade e de um não desejo seu em reencontrá-lo, nem mesmo pelo telefone. Agradei sua resposta e não fiz mais questionamentos. Em seguida, Lis propôs que brincássemos de “telefone sem fio”, dando muitas risadas quando percebia que a comunicação era falha. Ela usava de ditados populares, mas os distorcia comicamente. Após a brincadeira, fomos ao encontro de sua responsável em outro consultório, mas Lis pedia constantemente que voltássemos à sala de brinquedos. Nos despedimos.

3.4 “Caso Fernanda: o dominó da infância”

Fernanda tem oito anos e veio encaminhada ao ambulatório por ter sido vítima de violência sexual intrafamiliar, sendo o agressor o tio materno. Ela estava acompanhada de sua mãe, quando a convidei para estar em atendimento separado, o que ela aceitou, apesar da timidez. Na sala lúdica, Fernanda logo se interessou pela montagem das peças de EVA, ficando, a partir daí, mais comunicativa. Perguntei à Fernanda se ela sabia o motivo de ter ido até o ambulatório naquele dia. Ela observou a sala, me olhou, e depois de alguns minutos começou a narrar a história de que seu tio havia mexido “lá”, apontando com a mão para sua região genital. Ela brincava de encaixar as peças de bichos nos moldes de EVA e, com poucas perguntas da minha parte, ela me relatou que estava na casa de familiares, brincando com

outras crianças, quando o tio pediu que todas fossem comprar doces em uma mercearia, com exceção dela.

Durante esse tempo, segundo a criança, ele teria cometido a violência sexual, pela via oral e por manipulação genital. Durante os atos de violência, Fernanda disse que ficou com o rosto tampado, tentando evitar. Imitou o jeito como ficou com o rosto tampado para me mostrar. Fernanda descreveu o agressor como uma pessoa feia e, com bastante raiva, disse que sabe que o que ele cometeu foi errado. Perguntei a ela como foi o processo de contar para a sua mãe sobre a violência. Ela disse que demorou, por medo de que fosse ser repreendida pela mãe, mas que, pelo contrário, ela a acolheu. Com bastante detalhes, Fernanda se lembra de que a mãe sofreu com a revelação, tomando todas as medidas necessárias de cuidado a ela e de punição do agressor. Nessa hora, entretanto, notei que havia uma diferença entre a fala da mãe e a fala da criança sobre como se dera a revelação para a mãe: segundo a mãe, teria sido a sobrinha, prima de Fernanda, que contara o acontecimento a ela. Mesmo assim não a confrontei em relação a essa divergência de informações.

No momento de retorno até a sala de atendimento onde sua mãe estava, Fernanda quis levar um dominó, dentre todos os brinquedos que estavam ali na sala lúdica, o que eu aceitei. Quando retornamos ao atendimento conjunto, enquanto a sua mãe conversava com uma profissional da Medicina e uma estudante da Psicologia, Fernanda me pediu para nós duas ficarmos jogando dominó. Surpreendentemente, num determinado momento, sua mãe pediu para brincar com a gente, de modo que formamos duas duplas: eu e a criança; a estudante da Psicologia e a mãe de Fernanda. Enquanto brincávamos as quatro, a mãe de Fernanda falava sobre a diferença de como em outra região do país, onde ela passara a infância, ela aprendera a brincar de dominó diferentemente. Ao me despedir da criança, ela questionou se nos veríamos logo e, quando disse que na verdade haveria um tempo ainda até que pudéssemos nos ver de

novo, ela ficou triste por ser tempo demais, mas disse que esperaria pelo dia em que pudéssemos brincar novamente.

3.5 “Caso Artur e Bianca: o afeto da comida”

Artur e Bianca, que são irmãos, têm respectivamente sete e seis anos. A queixa de ambos se apresentava como violência sexual intrafamiliar, sendo o agressor um irmão mais velho deles. Eles estavam acompanhados da figura materna da família acolhedora. Convidei as crianças para estarmos em atendimento separado dela, o que eles aceitaram com bastante entusiasmo. Ao chegarmos na sala onde seria realizada a entrevista lúdica, nos sentamos no chão e logo Bianca se interessou pelos utensílios domésticos, brincando de fazer comida. Enquanto isso, Artur se interessou pela massa de modelar. Entretanto, como que se incluindo no brincar de Bianca, de forma metódica, Artur começou a modelar a massinha para fazer comida com ela. Após Artur fazer um sanduíche, decidiu que, na verdade, a comida seria um bolo de aniversário para mim. Aceitei o presente. Notei que, quando um deles precisava de algum utensílio que o outro estava usando, havia um perceptível companheirismo, sem receio de que os objetos fossem compartilhados. Além disso, foi possível observar também uma nomeação entre eles com apelidos carinhosos.

Aproveitei que estávamos brincando de cozinhar e perguntei a ambos qual era a comida favorita deles. Depois de me responderem a essa pergunta, eles me contaram associativamente que a mãe deles fazia uma comida muito gostosa. Perguntei então se foi com ela que eles aprenderam a cozinhar, o que eles confirmaram. A partir daí, eles me disseram sentir falta da mãe, que estavam aguardando visitar. Perguntei se eles não a veem mais, e eles disseram que agora moram em outra casa, pois não podem morar com ela mais devido ao que o irmão mais velho teria feito com eles.

Percebi, nesse momento, que Artur ficou triste; já Bianca apresentava narrativa livre sobre os assuntos, não se mostrando incomodada. Quando perguntei às crianças se elas

desejavam conversar sobre o motivo de terem sido levadas até o ambulatório. Artur se negou a falar sobre, evitando contato visual comigo, o que acolhi; Bianca me disse que o irmão mais velho teria mexido em suas partes íntimas, reclamando também que esse agressor constantemente fazia uso de nomes pejorativos com eles, referindo-se a eles como “capetas”. Acolhi a fala dela dizendo que de fato são nomes ruins e que entendia porque eles sofriam com isso. Ao final da entrevista lúdica, Bianca me ofereceu sua comida produzida imaginariamente com os utensílios domésticos. Aceitei brincando de comer a comida dela. Houve muita dificuldade para encerrar essa entrevista, com as crianças apresentando choros e pequenas fugas, tentando retornar para a sala de entrevista lúdica constantemente.

4. Reflexões Clínico-Teóricas

Visualizamos os potenciais interventivo e investigativo do primeiro atendimento prestado no ambulatório em todas as entrevistas lúdicas. No entanto, escolhemos focalizar em alguns casos para discorrer sobre o potencial interventivo, e em outros para ilustrar o potencial investigativo.

4.1 Potencial Interventivo

Dos cinco casos atendidos, em três deles foi possível notar uma mudança significativa já na primeira entrevista lúdica. A partir da Teoria dos Campos, identificamos que Rodrigo, Lis e Poliana pareciam habitar um campo que poderíamos intitular de “Sete minutos depois da meia-noite”⁶. Atravessados por esse campo, cada um deles, a sua maneira, demonstrava uma maior dificuldade de abertura para o mundo, assumindo uma postura de retraimento. Não temos como afirmar se essa postura retraída derivava do fato delas terem sido vítimas de violência sexual, mas notamos que elas se mostravam emocionalmente inibidas, no início das entrevistas.

⁶ “Sete minutos depois da meia-noite” é uma produção cinematográfica anglo-espanhol-estadunidense, de 2016, que narra a história de um garoto de 12 anos, cujo pai é ausente e cuja mãe sofre de câncer terminal, de modo que ele fica sob os cuidados da avó. O filme retrata os sonhos que o garoto tinha com uma árvore monstro, que lhe contava histórias que o ajudassem a escapar da sua realidade difícil.

Falando especificamente de Poliana, percebemos que ela estava atravessada inicialmente pelo campo “Sete minutos depois da meia-noite”, a partir de sua dificuldade em explorar os brinquedos da sala, em escolher um deles com o qual brincar. Era visível que ela estava interessada em brincar, mas não dava conta de expressar-se espontaneamente. Foi necessário propor-lhe ativamente a brincadeira com a casinha de madeira, uma vez que ela não conseguia assumir esse gesto espontâneo. No caso de Rodrigo, vemos que ele também estava marcado inicialmente pelo campo “Sete minutos depois da meia-noite”, não apenas pela sua maneira de se vestir cobrindo todo o corpo, mas também pela sua desvitalização. O conteúdo de sua fala era marcado por falta de vivacidade, com o paciente contando sobre automutilação e sobre a sua fantasia de inexistência.

Por fim, também encontramos em Lis manifestações de que ela se encontrava, no início da entrevista, dentro do campo “Sete minutos depois da meia-noite”. Num primeiro momento, como ela destoa de Poliana e de Rodrigo, por se mostrar mais sorridente e falante, seria possível pensarmos que ela não apresentava traços de retraimento. Entretanto, num segundo momento, podemos nos indagar se justamente as gargalhadas e a fala madura de Lis não equivaliam a uma manifestação de sua inautenticidade, vale dizer, de sua falta de confiança no ambiente em acolher a sua espontaneidade. Trata-se de um exame que demanda nos delongarmos sobre o que seria o falso *self* e o verdadeiro *self*, na obra de Winnicott. Na verdade, o primeiro conceito foi desenvolvido por Winnicott (1960/1983) como oposição ao segundo, para se referir a uma condição emocional em que o indivíduo, sentindo-se invadido pelo ambiente, assume uma postura defensiva em que encobre o seu si mesmo, ou seja, o seu verdadeiro *self*, a partir de um falso *self*. Ao fazer isso, se, por um lado, ele deixa de entrar em contato com o seu sofrimento – aqui reservado à violência sexual intrafamiliar –, por outro, ele perde também contato com a sua espontaneidade, com a sua autenticidade. Dessa forma, o indivíduo passa a se apresentar socialmente de forma a corresponder com um suposto ideal de força, mas, na verdade, está

apenas sobrevivendo precariamente, tendo uma vida marcada pelo sentimento de falta de legitimidade. Seria possível pensarmos que Lis, com sua postura inicialmente risonha e adulta, esforçava-se para sustentar a inexpressão de seu sofrimento? Estaria ela, assim como ocorre com muitas crianças vítimas de violência sexual, adotando uma postura de aparente organização psíquica numa tentativa de adaptar-se ao meio violento (Antoni & Batista, 2014)?

Vemos desse modo que, inicialmente, cada um dos três pacientes, a seu modo, trouxe manifestações emergentes do campo “Sete minutos depois da meia-noite”: Poliana com a sua dificuldade de brincar; Rodrigo com o seu corpo mutilado e escondido; Lis com sua postura falso *self*. Cada um deles, a sua maneira, apresentava traços de retraimento, que são comuns em casos de violência sexual infantil, uma vez que não raro as crianças adentram num campo de inibição em relação ao mundo (Alves, 2007).

No entanto, no decorrer da primeira entrevista, notamos que os três pacientes foram sendo capazes de se expressar mais autenticamente, o que daria margem para pensarmos, apoiadas na Teoria dos Campos, que eles teriam migrado para um outro campo, que intitulamos “Indomável Sonhadora”⁷. Atravessados por esse campo “Indomável Sonhadora”, os pacientes já foram capazes de apresentar movimentos mais associados à vitalidade, autenticidade e criatividade. Observamos que as crianças puderam encontrar meios mais autênticos, apropriados, para lidar com a inibição e se manifestarem diante do ambiente atrelados ao seu próprio ponto de vista. Em relação à Rodrigo, por exemplo, vemos que ele teria migrado do campo “Sete minutos depois da meia-noite” para o campo “Indomável Sonhadora”, uma vez que, ao longo da entrevista, espontaneamente, ele deixa de listar as vantagens de não existir para falar sobre as possibilidades, mesmo que ilusórias, de existir enquanto um policial ou um

⁷ “Indomável Sonhadora” é uma produção cinematográfica norte-americana, de 2012, que narra a história de Hushpuppy, uma criança de 6 anos que vive com seu pai adoecido em uma comunidade pobre do estado da Louisiana. Ela é educada de forma rígida, o que culmina no seu endurecimento e prontidão para lidar com a dureza do mundo, o que não impediu, por outro lado, a sua capacidade de fantasiar. Trata, assim, do uso da fantasia para lidar com a realidade externa.

super-herói. Assim, a partir do fantasiar, Rodrigo trouxe manifestações associadas a uma ilusão de onipotência, deixando de lado as manifestações associadas à impossibilidade de existir. Vale ressaltar, também como indicador de transição entre campos, que, se inicialmente o paciente não fazia contato visual, ao longo da entrevista, aproximou-se fisicamente da pesquisadora, sentando-se ao seu lado para conversarem mais de perto.

Poliana, por sua vez, também teria adentrado no campo “Indomável Sonhadora”, revelando a transição de campos ao longo da primeira entrevista. Se, no início da entrevista, ela não se sentia autorizada a fazer uso do espaço da sala de atendimento, mesmo sendo incentivada para tal, ao longo do encontro, ela não apenas brincou com a casinha de madeira, demonstrando como era a sua vida em sua casa, mas também, apropriou-se do espaço da sala de atendimento como se estivesse “se sentindo em casa”. Poliana retirou o tênis, se deitou no tapete de EVA da sala, conseguindo apresentar-se mais espontaneamente. Pode-se tomar o fato de Poliana se sentir mais relaxada naquele contexto como um indicador do resgate de sua capacidade de estabelecer uma relação de maior confiança com o outro, como Winnicott (1971/1975) e Vieira (2015) nos ajudam a compreender.

Lis também apresentou manifestações, ao longo da primeira entrevista, que nos fazem pensar que ela também teria migrado do campo “Sete minutos depois da meia-noite” ao campo “Indomável Sonhadora”. Inicialmente, ela ficou se colocando no lugar falso *self* de criança madura, dizendo que nãoalaria sobre a violência sexual intrafamiliar na frente de outra criança (numa tentativa de se mostrar mais fortalecida que a outra criança presente, também vítima do mesmo fenômeno). Ela também recusou o convite de brincar, o que pode ser compreendido como uma impossibilidade de dispensar a condição de falso *self* naquele momento. Entretanto, ao longo da entrevista, ela deixa de lado o posicionamento de querer conversar dissociadamente sobre a violência sexual sofrida (como se só estivesse ali para dar o seu depoimento), para resgatar a sua imaturidade. Ela passa a brincar animadamente, chegando ao ponto de, após o

término da entrevista lúdica, ficar pedindo para voltar à sala onde estavam os brinquedos. Seu verdadeiro *self*, naquele momento, teria tido maiores condições de se apresentar.

Um dos aspectos que, a nosso ver, pode ter favorecido que os três pacientes vivenciassem a transição do campo “Sete minutos depois da meia-noite” para o campo “Indomável Sonhadora”, o que descortina o potencial clínico da primeira entrevista no ambulatório, seria o brincar. Poliana parece só ter conseguido se sentir em casa, dentro da sala de atendimento, a partir do momento em que começou a brincar com a casinha de madeira e a manipular alguns bonecos, que permitiam que ela fizesse associações com os seus familiares e o seu sentimento de exclusão na cena familiar. Embora Rodrigo não tenha brincado com as peças de dominó segundo o modo usual, brincou de construir torres com as peças, chegando inclusive a planejar bases “fortes” que dessem conta de sustentar toda a extensão da torre. Em meio a um brincar, Rodrigo talvez comunicasse ludicamente a sua necessidade de contar com uma sustentação emocional que o auxiliasse a não desmoronar psiquicamente. Apesar de inicialmente Lis ter se recusado a brincar, foi justamente por causa dele que ela teria tido condições de resgatar a sua infância, permitindo-se ser vista como uma criança cuja infância havia sido “estragada”, ao invés de defensivamente colocar-se falsamente como a menina madura protetora da infância de uma criança menor.

Em outros estudos em que crianças vítimas de violência foram atendidas por meio do brincar (Giacomelo & Mello, 2011; Medeiros, 2013; Sei & Verceze, 2014), o brincar também foi apontado como tendo uma função terapêutica por si só. Numa perspectiva winnicottiana, é possível pensarmos que o potencial mutativo inerente ao brincar tenha a ver com o fato dele viabilizar um entrelaçamento *entre* as realidades objetiva e subjetiva (Fulgencio, 2008). Fazendo correspondência com a relação mãe-bebê, essa relação da criança com o ambiente e com o brincar “[...] resulta em uma área que poderíamos chamar de território comum, a terra de ninguém que na verdade é de cada um, o local onde se oculta o mistério, o espaço potencial”

(Winnicott, 1987/1999, p. 66). É a criação de um espaço que articula o dentro e o fora, o interno e o externo, os objetos reais e a forma como a criança os internalizam. É nesse *entre* que “o brincar é espaço/tempo de ontogênese da forma, o espaço corporal da transformação, nem dentro, nem fora” (Leite, 1996, p. 95).

Desde essa perspectiva, ao longo da primeira entrevista, Poliana, Rodrigo e Lis teriam experienciado aquele momento como um espaço potencial, onde puderam mesclar dados da realidade compartilhada (a falta de um lugar dentro da própria casa, a falta de uma base sólida onde se sustentar, a dor de ter sido invadido por alguém da própria família, respectivamente) com suas necessidades advindas de sua realidade interna. Através do brincar, essas crianças teriam tido a possibilidade de experienciar um refúgio psíquico, tendo condições de temporariamente fazer de conta que suas vidas seriam menos marcadas por desamparo e vulnerabilidade.

Winnicott (1971/1975, p. 59) entendia que o brincar era tão imprescindível que afirmou:

A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é.

Essa afirmação de Winnicott é importante porque ela nos lembra, também, que o potencial clínico do brincar depende que ele seja sustentado pela presença sensível do analista, vale dizer, o *holding*. Para Winnicott (1954/2000, p.354) o *holding* é praticado “toda vez que compreendemos profundamente um paciente, e o mostramos através de uma interpretação correta e feita no momento certo, estamos de fato sustentando o paciente”. Seria esse gesto sustentador do analista o que viabilizaria que o brincar como mera forma de descarga energética fosse transformado em um brincar dotado de significações (Leite, 1996). Portanto, aliado ao brincar, entendemos que o *holding* se fez imprescindível na sustentação da transição de campos. Não se tratava, assim, da capacidade técnica da entrevistadora em jogar, mas, sim, de sua presença e do seu corpo em movimento para acompanhar a criança (Leite, 1996).

O *holding*, na entrevista realizada com Lis, fica evidente mediante a recusa da entrevistadora em compactuar com o falso *self* da criança, não aceitando em tratá-la como uma menina madura que deveria prestar um depoimento tal como uma mulher adulta. Ele fica claro também quando, durante o brincar da família de patinhos, ao invés da entrevistadora ficar questionando Lis se ela não estava distorcendo os fatos da realidade (uma vez que ela coloca o pai como protetor do primo violentador), respeita a sua necessidade de, naquele momento, fazer de conta que seu pai teria sido capaz de defendê-la, ao invés de machucá-la. Na entrevista de Rodrigo, o *holding* fica claro quando a entrevistadora responde às perguntas dele sobre o que é esperma, por exemplo. Essa postura de responder às dúvidas do paciente, se, num primeiro momento, pode causar estranheza, encontra-se alinhada à colocação de Aiello-Vaisberg e Medeiros (2014, p. 59), para quem: “sustentar outro ser humano no tempo diz respeito a uma qualidade de vínculo que toma a experiência inter-humana uma narrativa, e não uma informação”.

Mas talvez tenha sido Poliana a criança que mais se beneficiou do *holding* da entrevistadora. Isso porque, quando a pesquisadora ofereceu a sua presença devotada naquele momento à criança, foi possível que ela fosse ao encontro do pedido dela de que alguém cuidasse dela naquela casa onde ela sentia não ter lugar. De certo modo, ao brincar junto de casinha, a dupla teria, naquele espaço potencial, encenado como seria se Poliana tivesse alguém que cuidasse dela, em casa. Trata-se de algo também discutido por Verceze e Sei (2014), para quem, na clínica infantil de orientação winnicottiana, não raro o psicólogo acaba precisando suprir as falhas ambientais vividas pela criança, dando-lhe uma sustentação emocional que ela não recebeu em sua própria casa.

Assim como Winnicott (1971/1984) se questionava se as mudanças promovidas em suas poucas consultas terapêuticas permaneceriam, no presente trabalho, também entendemos que esse questionamento deve ser feito. Como os casos entrevistados envolviam ambientes

familiares muito adoecidos e adoecedores, entendemos que a transição do campo “Sete minutos depois da meia-noite” para o campo “Indomável Sonhadora” não seria uma conquista fixa, tanto que Poliana, por exemplo, volta a assumir a postura retraída tão logo retoma para o atendimento conjunto, após o encerramento da primeira entrevista lúdica. Entendemos, entretanto, que a primeira entrevista teria se revelado potencialmente mutativa, porque, ao viabilizar que as crianças transitassem do campo “Sete minutos depois da meia-noite” para o campo “Indomável Sonhadora”, o ambiente do ambulatório teria se configurado, segundo Winnicott (1965/1994), como um *setting* humano. Uma vez que ele teria sido constituído já na primeira consulta, entendemos que foi criada uma relação de maior confiança da criança não apenas com a entrevistadora, mas, também, com os outros profissionais da equipe ambulatorial. Isso porque compreendemos que o psicólogo dentro da equipe multiprofissional, ao constituir um vínculo com a criança, em que ele é internalizado como um bom objeto, pode auxiliar, inclusive, na constituição de uma transferência positiva dela com os outros profissionais da equipe.

4.2 Potencial Investigativo

A partir da Teoria dos Campos, identificamos que os irmãos Artur e Bianca, assim como Fernanda e Lis, pareciam habitar um campo que poderíamos intitular de “Ninguém pode saber”⁸. Atravessados por esse campo, cada um deles, a sua maneira, demonstrava uma postura de retraimento, não em relação ao mundo, como vimos na discussão anterior, mas em relação à comunicação do segredo, vale dizer, das violências sexuais vividas. Assim, se na discussão anterior, discorremos sobre crianças com dificuldade de se expressar autenticamente com o

⁸ “Ninguém pode saber” é uma produção cinematográfica japonesa, de 2004, que narra a história de uma mãe solteira com quatro filhos, que se mudam para Tóquio, em um apartamento onde ninguém poderia saber que viviam mais de três pessoas. Essa mãe abandona os filhos, deixando apenas um bilhete. Então, o filho mais velho de 12 anos assume os cuidados dos irmãos e tem um amadurecimento precoce.

outro, neste tópico, a discussão será centrada na dificuldade delas em comunicarem de modo integrado aquilo o que foi violentamente vivido.

No caso dos irmãos Artur e Bianca, o campo “Ninguém pode saber” fica evidente através da dificuldade de Artur, principalmente, em conversar sobre a violência sexual cometida por seu irmão. Enquanto Bianca apresentava maior abertura para discorrer sobre a violência que ambos sofreram, era notável que, para Artur, havia algo difícil de ser exposto por ele, que acabava sendo narrado pela sua irmã e que não se configurava como a sua própria narrativa. Era como se ele mesmo estivesse atravessado pelo não dito. É possível pensarmos que, talvez, a sua maior dificuldade estivesse relacionada ao fato de que, comumente, os meninos têm maior resistência em compartilhar a violência sexual vivida, sobretudo quando o agressor é do sexo masculino, dado o imaginário social, carregado de preconceitos, que associa esse fenômeno à homossexualidade (Baía, Veloso, Magalhães, & Dell’Aglío, 2013).

No caso de Lis, notamos que ela ocupava o campo “Ninguém pode saber” não porque ela se mostrava desconfortável em falar sobre a violência sofrida, mas sim, porque, como ela estava inicialmente numa postura falso *self*, ficava de modo obediente e submisso se disponibilizando a discorrer sobre o assunto. Tratava-se de um movimento de aparente abertura para narrar o segredo, que, se não tivesse sido clinicamente manejado, teria culminado na criança fazendo um depoimento que se configuraria mais numa repetição vazia da história que poderia levá-la à vitimização secundária.

Especificamente sobre Fernanda e o campo “Ninguém pode saber”, é verdade que, da parte dela, não houve resistência em narrar à pesquisadora a violência sexual que seu tio cometera com ela. Entretanto, o que nos chamou a atenção foi o fato dela dizer que teria comunicado diretamente a sua mãe sobre o “segredo” entre seu tio e ela, quando, segundo a sua mãe, quem lhe teria feito a revelação teria sido a prima de Fernanda. Vemos, assim, que havia

uma parte de Fernanda que não dera conta de confiar que uma pessoa adulta, diferente de sua prima, pudesse acolher a sua comunicação, talvez pelo medo de ser repreendida.

Notamos que, no decorrer da primeira entrevista, Artur, Bianca, Lis e Fernanda foram sendo capazes de narrar a violência sexual, fornecendo informações, já nessa escuta especializada, que poderiam, se necessário (como ocorreu no caso de Lis), fomentar o processo judicial. A partir daí, entendemos que elas teriam migrado para um outro campo, que intitulamos “Pelos olhos de Maisie”⁹. Vale ressaltar que essas crianças puderam fornecer uma narrativa própria para o que vivenciaram, carregando uma tentativa de nomear seus sofrimentos. Atravessados pelo campo “Pelos olhos de Maisie”, tanto Artur quanto Bianca comunicaram não só sobre a violência sexual vivida, mas, também, sobre outro aspecto a ele associado e que também lhes era sentido como sendo violento: o distanciamento em relação à mãe consanguínea, com quem já não residiam mais. Ao brincarem de cozinhar e fazerem uma correspondência com as memórias afetivas que tinham da mãe, Artur e Bianca expressaram ludicamente que, apesar de nutrirem uma boa relação com a família acolhedora, seguiam sentindo saudades de sua mãe consanguínea.

No caso de Lis, vemos que ela teria adentrado no campo “Pelos olhos de Maisie” quando, ao ser convidada para brincar, ela apresenta um brincar por meio do qual ela traz, indiretamente, porém de modo mais integrado, conteúdos da violência sexual vivida. Em seu brincar com a família de patinhos, a figura do pai é tida como salvadora uma vez que a criança cria uma outra figura masculina, que ela nomeia de “primo”, para cumprir a função de agressor. Podemos pensar que o que Lis faz é, inconscientemente, usar da entrevista clínica para sonhar

⁹ “Pelos olhos de Maisie” é uma produção cinematográfica norte-americana, de 2013, que retrata conflitos familiares em torno de um divórcio, a partir da perspectiva da filha do casal Maisie, de apenas sete anos. Durante a luta pela guarda compartilhada, o filme retrata a interpretação que Maisie constrói de toda a história, além de evidenciar a aproximação da criança e criação de laços afetivos com figuras de cuidado.

como teria sido menos insuportável se o episódio de violência sexual não tivesse sido cometido pelo seu próprio pai, que ela gostaria que tivesse sido o seu herói protetor.

Quanto à Fernanda, podemos observar que ela teria se privilegiado do *setting* humano da entrevista lúdica para comunicar à entrevistadora aquilo o que ela não fora capaz de comunicar, num primeiro momento, diretamente à sua mãe. É como se ela tivesse transferencialmente feito uso da pesquisadora, enquanto figura adulta diferente da prima e mais próxima de sua mãe, para narrar detalhadamente a violência sexual sofrida. Talvez até mais do que isso, Fernanda tenha feito uso da pesquisadora para que ela a aproximasse mais de sua mãe, uma vez que, a partir do brincar coletivo de dominó, Fernanda e sua mãe puderam estar mais integradas uma à outra, descortinando inclusive aspectos da infância vivida pela mãe de Fernanda.

Entendemos que a transição do campo “Ninguém pode saber” para o campo “Pelos olhos de Maisie” derivaria do potencial comunicativo do brincar, tão discorrido pela psicanalista inglesa Melanie Klein. Klein (1932/1997) compreendia que a brincadeira figurava por excelência como o meio delas se expressarem, com as crianças projetando seus sentimentos e experiências nos brinquedos e no ato de brincar, principalmente quando as palavras se demonstravam insuficiente para essa comunicação. Klein (1932/1997) chegava inclusive a comparar a comunicação infantil via brincar à narrativa de sonhos dos pacientes adultos, entendendo que a brincadeira tornava possível que a criança elaborasse a situação originalmente vivenciada.

Mas, para que de fato a comunicação lúdica possa ser capturada, faz-se necessário, como afirmava Klein (1932/1997), uma escuta interpretativa, capaz de acolher os conteúdos latentes que ali estão sendo expressados. É preciso assim, que, de forma ativa no encontro, o psicanalista estimule a narrativa de conteúdos, como foi feito com Lis durante o brincar com a família de patos. Essa escuta interpretativa se mostra essencial, porque sem ela haveria o risco de se

compreender, de modo equivocado, que por exemplo, o que Lis estava contando, a partir desse brincar, era que literalmente seu agressor teria sido o seu primo, e não o pai. Entendemos que, em seu brincar, Lis fala não apenas sobre a violência sexual sofrida, mas também sobre o seu desejo de que ela não tivesse sido atuada pelo seu próprio pai. Encontram-se aí, sobrepostas, a narrativa sobre o incesto e manifestações imaginativas da criança de como ela gostaria que essa história tivesse sido diferente.

Entendemos que é justamente porque no brincar há essa sobreposição que, no campo judicial, existe a crítica de que a comunicação lúdica possa tomar caráter fantasioso, com a criança se distraíndo do relato diante de brinquedos livremente dispostos (Benia, 2015). Se, por um lado, essa preocupação dos operadores do Direito com o brincar faz algum sentido, compreendemos que, por outro, ela tampouco se sustenta, se resgatarmos as pontuações sobre o conceito já exposto de espaço potencial de Winnicott (1971/1975). Para ele, durante o brincar, é possível que seja instaurado um espaço intermediário, marcado tanto por aspectos do mundo do eu quanto do mundo do não eu. Em outras palavras, durante o brincar, a criança se movimenta dinamicamente *entre* esses dois lugares, dentro do espaço potencial (Winnicott, 1967/1975), havendo desse modo, seguramente, componentes de realidade partilhada a serem decifrados e escutados, nas narrativas lúdicas das crianças, por mais que coexistam, paralelamente, conteúdos de cunho mais ilusório.

É possível inclusive nos questionarmos se, nos casos de violência sexual intrafamiliar, esse seria um meio protegido da criança comunicar aquilo o que lhe ocorreu. Em sua obra, Winnicott (1963/1983) apontava que, inicialmente, o bebê precisa experimentar uma ilusão onipotente para apenas, paulatinamente, ser desiludido e confrontado em relação a sua incipiência e extrema dependência em relação ao ambiente. Winnicott entendia, assim, que no desenvolvimento emocional do indivíduo, o percurso psíquico é aquele que se inicia na ilusão para só depois ser experienciada a desilusão e, de modo integrado, haver a percepção da

realidade partilhada. Traçando um paralelo, surge a dúvida se algumas crianças, para relatarem a violência sexual sofrida, não precisam, num primeiro momento, brincar de fazer de conta que aquilo o que ocorreu não ocorreu (ou ocorreu de modo diferente, ilusoriamente), para só num momento posterior, de modo mais desiludido, comunicar objetivamente a violência sofrida.

Mais do que estabelecer uma regra de atendimento de casos desse fenômeno, trata-se de refletirmos aqui sobre a necessidade da criança quanto à criação desse espaço potencial, no qual ela tenha a oportunidade de entrar em contato, em pequenas doses, com a violência sexual sofrida. Como apontam Habigzang, Koller, Stroehrer, Hatzenberger e Ramos (2008), não se pode esperar que no primeiro encontro a criança seja capaz de estabelecer um vínculo de confiança a ponto de já fazer essa comunicação; entretanto, entendemos que já é possível estabelecer um contato potente, a partir do brincar, para sustentar a construção dessa relação. Trata-se de algo que vem orientado a escuta das pesquisadoras winnicottianas Aiello-Vaisberg e Medeiros (2014, p.60):

Deixar de lado a enumeração de informações ou a coleta de dados sobre o outro a fim de tirar conclusões intelectuais é fundamental para que a experiência de sustentação e cuidado possa acontecer verdadeiramente, favorecendo que, a partir da espera e da confiança do analista no potencial criativo do paciente, o passado, o presente e o vir a ser daquela pessoa possam entrar em movimento integrador, em direção a uma experiência de si como continuidade de ser.

Embora elas estejam defendendo que essa postura “detetivesca” não seja assumida em nenhuma situação clínica, entendemos que essa recomendação é ainda mais importante nos casos de escuta especializada de crianças vítimas de violência sexual, num movimento de proteção à essas crianças que experienciaram radicalmente a violação de direitos, ao adotarmos um percurso menos invasivo para obtenção de seu relato, compreendendo que uma denúncia não prescinde do deslocamento da criança de seu lugar da infância e do brincar. Afinal, é preciso reconhecer a complexidade psíquica subjacente ao processo de uma criança denunciar um membro de sua família (Habigzang, Ramos, & Koller, 2011).

Aqui se encaixaria a crítica que vem sendo feito à metodologia empregada no depoimento especial. Isso porque, além da realidade dessa coleta não corresponder muitas vezes com as leis de garantia de direitos e de proteção das crianças, podendo resultar em vitimização secundária, aqueles que a defendem têm questionado sobre o valor do brincar como metodologia para a escuta da criança vítima de violência sexual. Vemos que vêm sendo desenvolvidas pesquisas variadas (Klippel & Camargo, 2015; Rocha, Prado, & Kusahara, Kusahara, 2005; Medeiros, 2013) buscando o desenvolvimento metodológico da escuta da criança. Mas, ao mesmo tempo, notamos a importância de que, para além do desenvolvimento de protocolos de entrevista, haja sensibilidade, por parte do profissional, no manejo junto à criança. Assim, apontamos que não se trata meramente da capacitação tecnicista de profissionais para o cenário de revelação da criança sobre a violência sexual, mas, sobretudo, do desenvolvimento de uma postura investigativa que esteja perpassada, o tempo todo, de uma postura clínica no sentido de cuidado.

5. Considerações Finais

Nessa primeira entrevista, evidentemente não esgotamos os cuidados possíveis a criança, assim como tampouco escutamos tudo o que há a ser dito sobre a violência sofrida. Mas conseguimos constituir um enquadre clínico que lhe assegura uma intervenção cuidadosa, bem como uma escuta daquilo o que lhe ocorreu, recolhendo dados que podem auxiliar a investigação da violência, já a partir do primeiro encontro. Isso porque, a partir da transição de campos, as crianças que contribuíram com esse estudo puderam apresentar novas formas, mais espontâneas e integradas, de compartilhar e lidar com o que viveram. Embora não seja possível uma generalização de como acessar essas crianças, notamos, a partir desse estudo, que o brincar sustentado cuidadosamente por um profissional permite que a criança tenha a sua singularidade tocada, de modo protegido e integrado.

Ainda assim, notamos um limite no nosso trabalho, já que privilegiamos um recorte metodológico específico. Entendemos que faltou, nesse estudo, voltarmos a nossa atenção para o grupo familiar, refletindo sobre quais intervenções poderiam ter colaborado com a integração dos componentes familiares (inclusive a criança) diante da violência sexual intrafamiliar, já que o enfoque que aqui foi dado foi a relação entre as crianças e a entrevistadora. Observamos essa limitação ao nos depararmos, no caso de Fernanda, que ela e sua mãe pareciam solicitar um enquadre clínico familiar, quando tanto a criança quanto a sua mãe começam espontaneamente a brincar de dominó, resgatando a história pregressa da mãe em outra região do país e, principalmente, fortalecendo o vínculo entre elas, após o golpe da violência intrafamiliar.

Sabemos de trabalhos psicanalíticos que vêm sendo desenvolvidos ao redor do grupo familiar atravessado pela violência, dentre os quais podemos citar os de Gomes e Neves (2016) e Sei (2009). Ainda assim, não se tratam de investigações desenvolvidas especificamente em ambulatório de violência sexual, o que descortina a importância de futuras pesquisas, em contexto hospitalar, que versem sobre intervenções clínicas conjuntas com crianças e seus familiares atravessados pela violência sexual. Além disso, gostaríamos de sinalizar que a prática interventiva deve ser priorizada e transmitida quando dos atendimentos com crianças vítimas de violência sexual, inclusive a do tipo intrafamiliar. Isto se deve ao constante retorno que é feito, na cena clínica, de priorizar ou buscar questões investigativas como meio de assertividade em relação aos casos. Não raro isso pode ocorrer até mesmo no serviço onde realizamos este trabalho, e por isso torna-se imprescindível trabalharmos sobre os objetivos da intervenção psicológica e suas contribuições, também investigativas, para os cuidados dessas crianças.

Encerramos esse trabalho apontando que, a partir de um bom primeiro atendimento, é possível que haja maior adesão à Rede de cuidados, seja nos retornos ao próprio serviço em que esse primeiro atendimento foi realizado, seja nos atendimentos em outros equipamentos que compõem a Rede e aos quais os casos são futuramente encaminhados. Trata-se de uma

preocupação que faz sentido frente ao recorrente movimento de não adesão das crianças e suas famílias aos serviços. Assim, esperamos que, com esse trabalho, seja possível o desdobramento de formas de acolhimento e de escuta sensíveis, que tenham como marca de representação das instituições uma experiência positiva, experiência essa tão primordial para essa população que chega tão marcada por vivências radicalmente dolorosas.

Referências

- Alves, H. C. (2007). *Utilização de contos de fadas e atividades simbólicas na compreensão de crianças vítimas de violência*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP.
- Ambrosio, F. F. e. (2013). *O estilo clínico 'Ser e Fazer' na investigação de benefícios clínicos de psicoterapias*. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Antoni, D. de., & Batista, F.A. (2014). Violência familiar: análise de fatores de risco e de proteção. *Diaphora*, 14(2), 26-35.
- Azevêdo, I. K. L. de, & Amorim-Gaudêncio, C. (2019). Depoimento Especial: Revisão sobre o papel da psicologia na escuta de crianças e adolescentes vítimas de abuso. *Cadernos de Psicologia Jurídica: Psicologia na Prática Jurídica*, 1, 84-109.
- Baía, P. A. D., Veloso, M. M. X., Magalhães, C. M. C., & Dell'Aglio, D. D. (2013). Caracterização da Revelação do Abuso Sexual de Crianças e Adolescentes: Negação, Retratação e Fatores Associados. *Temas em Psicologia*, 21(1), 193-202. DOI: 10.9788/TP2013.1-14.
- Bayona, J. A. (Diretor), Atienza, B. & Horwits, M. & King, J. (Produtores). 2016. Sete Minutos Depois da Meia-Noite [Filme]. Países: Reino Unido, Espanha e Estados Unidos.

- Benia, L.R. (2015). A entrevista com crianças com suspeita de abuso sexual. *Estudos de Psicologia*, 32(1), 27-35.
- Boarati, M. C. B., Sei, M. B., & Arruda, S. L. S. (2009). Abuso sexual na infância: a vivência em um ambulatório de psicoterapia de crianças. *Journal of Human Growth and Development*, 19(3), 426-433. <https://doi.org/10.7322/jhgd.19930>
- Camps, C. I. C. de M., Barcelos, T. F., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2014). Atendimento ser e fazer e escolha profissional: estudo sobre eficácia clínica. *Boletim de Psicologia*, 64(140), 21-32.
- Cezar, J. A. D. (2014). A atenção à criança e ao adolescente no judiciário: práticas tradicionais em cotejo com práticas não revitimizantes (depoimento especial). (pp.259-272). In: Santos, B.R. dos, Gonçalves, I.B., Vasconcelos, G. (Orgs.). *Escuta de crianças e adolescentes em situação de violência sexual: aspectos teóricos e metodológicos: guia para capacitação em depoimento especial de crianças e adolescentes*. Brasília: EDUCB.
- Eloy, C. B. (2012). A credibilidade do testemunho da criança vítima de abuso sexual no contexto judiciário. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 31(2), 234-249.
- Ferreira, A. L. (2002). O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual: avaliação de um serviço público. (Tese de Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ.
- Fulgencio, L. (2008). O brincar como modelo do método de tratamento psicanalítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 124-136.
- Giacomello, K. J., & Melo, L. de L. (2011). Do faz de conta à realidade: compreendendo o brincar de crianças institucionalizadas vítimas de violência por meio do brinquedo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 1571-1580. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700093>

- Giacomozzi, A.I, Eidt, H.B., Justo, A.M., & Alves, J.M. (2020). Representações sociais de operadores do Direito e técnicos do Judiciário acerca do Depoimento Especial. *Psicologia Argumento*, 38(101), 489-508.
- Gomes, L., & Neves, A. (2016). A clínica de família: interrogações sobre o traumático, a dinâmica vincular e a violência como organizadores do grupo familiar. *Estilos da Clínica*, 21(1), 152-169. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v21i1p152-169>
- Gomes, M. M. (2018). *Discurso jurídico sobre a violência sexual à luz da psicanálise e da criminologia crítica: a presença da subjetividade nas ações jurídicas dos operadores do Direito*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Habigzang, L. F., Koller, S. H., Stroehel, F. H., Hatzenberger, R., & Ramos, M. da S. (2008). Entrevista clínica com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estudos de Psicologia*, 13(3), 285-292.
- Habigzang, L. F., Ramos, M. da S., & Koller, S. H. (2011). A revelação de abuso sexual: as medidas adotadas pela rede de apoio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 467-473.
- Heimann, P. (1950). On Countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, pp. 81–84.
- Herrmann, L. (2006). A episteme da psicanálise: Uma contribuição da teoria dos campos. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 81-96.
- Herrmann, F. (2007). Teoria dos Campos: uma pequena história. *Jornal de Psicanálise*, 69(7), 69-75.
- Herrmann, F., Herrmann, L. (2012). Notas sobre campo e campo psicanalítico. *Ide*, 35(54), 139-147.
- Hora, T. D. da., & Paiva, A. R. de. (2017). Violência sexual contra crianças e adolescentes no campo da saúde e a intersetorialidade no sistema de garantias de direitos. *Revista SUSTINERE*, 5(2), 296-316. <http://dx.doi.org/10.12957/sustinere.2017.30004>

- Klein, M. (1997). *A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago editora (Trabalho original publicado em 1932).
- Klippel, Y. A. M., & Camargo, D. de. (2015). Processo participativo entre profissionais de saúde para integrar o atendimento à criança vítima de violência. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 10(2), 340-353.
- Kore-eda, H. (Diretor), Kore-eda, H. (Produtor). 2004. Ninguém Pode Saber [Filme]. País: Japão.
- Lei n. 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12845.htm
- Lei n. 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13431.htm
- Leite, E. B. P. (1996). Ressonâncias do objeto. O brincar e o espaço analítico: Fédida, Winnicott, e o *fort-da*. *Revista Percurso*, 2(17), 91-100.
- Mattos, I. A.; Lima, & I. M. S. O. (2012). Maternidade e abuso sexual infantil intrafamiliar: garantir um colo protetor. *Journal of Human Growth and Development*, 22(3), 373-377.
- McGehee, S. & Siegel, D. (Diretores), Red Crown Productions (Produtor). 2013. Pelos Olhos de Maisie [Filme]. País: Estados Unidos.
- Medeiros, A. P. (2013). O abuso sexual infantil e a comunicação terapêutica: um estudo de caso. *Pensando famílias*, 17(1), 54-62.
- Medeiros, C.; Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2014). Reflexões sobre *holding* e sustentação como gestos terapêuticos. *Psicologia Clínica*, 26(2), 49-62.

- Mencarelli, V.L., Baptista, A.M., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2017). Enquadres diferenciados Ser e Fazer: a princesinha e o veneno da planta da floresta. *Estilos da Clínica*, 22(2), 319-338.
- Platt, V. B., Back, I. de C., Hauschild, D. B., & Guedert, J. M. (2018). Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, 23(4), 1019-1031. DOI: 10.1590/1413-81232018234.11362016
- Ramos, S., & Ramos, J. A. (2016). *A contratransferência segundo Paula Heimann (1950): síntese e reflexão crítica*. ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, Portugal. DOI: 10.13140/RG.2.1.5139.4168
- Rocha, P. K., Prado, M. L., & Kusahara, D. M. (2005). O brinquedo terapêutico como um modo de cuidar de crianças vítimas de violência. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 4(2), 171-176.
- Rossato, L., Santeiro, T. V., Barroso, S. M., & Scorsolini-Comin, F. (2018). Perfil de atendimentos psicológicos em contextos de violência sexual infanto-juvenil: revisão integrativa da literatura *Contextos Clínicos*, 11(3), 297-309.
- Salles, R. J., & Tardivo, L. P. C. (2017). Contribuições do pensamento de Winnicott para a teoria e prática do psicodiagnóstico psicanalítico. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*, 37(93), 282-310.
- Sanches, A., & Cardoso Junior, H. R. (2006). Ruptura de Campo: proposta clínica e metodológica de Fábio Herrmann. In: XIX Encontro de Psicologia e VI Encontro de Pós-Graduação: Percursos e Perspectivas, Assis - São Paulo, SP. www.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/anais.
- Schmidt, M. B., & Nunes, M. L. T. (2014). O brincar como método terapêutico na prática psicanalítica: uma revisão teórica. *Revista de Psicologia da IMED*, 6(1), 18-24.

- Sei, M.B. (2009). *Arteterapia com famílias e psicanálise winnicottiana: uma proposta de intervenção em instituição de atendimento à violência familiar*. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Tachibana, M. (2011). *Fim do mundo: o imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a gestação interrompida*. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Verceze, F. A., & Sei, M. B. (2014). A psicoterapia de crianças na abordagem winnicottiana: relato de um caso. *Vivências*, 10(18), p. 15-24.
- Vieira, M. S. (2015). *Rompendo o silêncio: o enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil no âmbito dos CREAS tocantinenses*. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul., Porto Alegre, RS.
- Vilhena, J. de, & Pinheiro, N. (2008). Nem público, nem privado, muito pelo contrário: sobre a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(1), 101-109.
- Wegner, P. (2012). Trabalho psicanalítico processualmente orientado na primeira entrevista e a importância da cena de abertura. *Jornal de Psicanálise*, 45(82), 223-242.
- Winnicott, D. W. (1975). O Brincar. Uma exposição teórica. In D.W. Winnicott. *O Brincar & a Realidade* (pp.59-78). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971).
- Winnicott, D.W. (1983). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In D.W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp.79-87). Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho original publicado em 1963).

- Winnicott, D.W. (1983). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In D.W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp.128-1139). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960).
- Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971).
- Winnicott, D. W. (1994). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In C. W. Winnicott, R. Sherpherd & M. Davis (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. (J. O. de S. Abreu, Trad., pp. 106-202). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1969)
- Winnicott, D. W. (1994). O valor da consulta terapêutica. In C. Winnicott, R. Sheperd, M. Davis (Orgs.). *Explorações Psicanalíticas D.W. Winnicott* (pp. 244-248). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965).
- Winnicott, D. W. (1999). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 79 - 92). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987).
- Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In D.W. Winnicott. *Textos selecionados: da Pediatria à Psicanálise* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1956).
- Winnicott, D. W. (2000). Retraimento e regressão. In D. W. Winnicott. *Textos selecionados: da Pediatria à Psicanálise* (pp. 347-354). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1954).
- Woiski, R. O. S., & Rocha, D. L. B. (2010). Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em uma unidade de emergência hospitalar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(1), 143-150.

Zeitlin, B. (Diretor), Penn, J., Janvey, D. & Gottwald, M. (Produtores). 2012. Indomável
Sonhadora [Filme]. País: Estados Unidos.

Zimmerman, D. E. (2007). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed.