

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

LUIZA SANCHEZ FERREIRA

**FAZENDO DO FIO, COSTURA:
O ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTO-JUVENIL
NO PRONTO-SOCORRO**

UBERLÂNDIA

2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

LUIZA SANCHEZ FERREIRA

**FAZENDO DO FIO, COSTURA:
O ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTO-JUVENIL
NO PRONTO-SOCORRO**

Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) apresentado a Universidade Federal de Uberlândia (UFU), como requisito para a conclusão do Programa de Residência em Área de Saúde (Unif e Multiprofissional) e obtenção do título de psicóloga hospitalar especialista.

Área de concentração: Atenção à Saúde da Criança.

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Regina Pereira.

UBERLÂNDIA

2023

RESUMO

A partir das inquietações vivenciadas pela psicóloga residente inserida no programa de Atenção à Saúde da Criança em um Hospital-Geral, este artigo buscou compartilhar a experiência no atendimento multiprofissional às vítimas de violência sexual infanto-juvenil em um Pronto-Socorro de Pediatria (PS-Ped). Para a composição deste trabalho foi acompanhado um projeto de educação permanente destinada aos profissionais da Psicologia e do Serviço Social e cinco atendimentos realizados no PS-Ped. Foi possível observar que a equipe de saúde encontra desafios e dificuldades no manejo desse atendimento, tendo o espaço de capacitação como importante disparador para o diálogo e construção do atendimento no PS-Ped. Reconhece-se ainda a necessidade da interlocução com diferentes membros da equipe e dos atores da rede de proteção, tendo em vista a complexidade da violência sexual. A Psicologia foi se mostrando essencial para o atendimento infanto-juvenil, ocupando o lugar do entre, tanto para os profissionais, para os serviços da rede e para as vítimas e acompanhantes. Considera-se que a prática uni e multiprofissional no atendimento à violência sexual requer um olhar e uma prática cuidadosa e que ainda está em construção os modos de se fazer a escuta e o cuidado em um PS-Ped.

Palavras-chave: Violência Sexual, Crianças e Adolescentes, Pronto-Socorro, Psicologia

ABSTRACT

Through concerns lived by the intern psychologist who takes part in a program called “Atenção à Saúde da Criança” in a General Hospital, this article aimed to share the experience in the multiprofessional care to children and adolescents who were victims of sexual violence in a Pediatric Emergency Room (PS-Ped). A project in permanent education to professionals from Psychology and Social Work and five sessions of psychological care realized in the PS-Ped helped to compose this report. It was possible to observe that the healthcare team finds challenges and difficulties handling this kind of service, so the opportunity of having training could be seen as an important trigger to promote discussion and construct the PS-Ped caring service. It is also recognisable the necessity of interlocution between different team members and other workers from the protection network, considering the sexual violence complexity. Psychology had been showing to be essential to children and adolescents' care, as the “among place” to professionals and network services as well as to the victims and their accompanying members. Shall be considered that the uni and multiprofessional practices during sexual violence victims care require a careful look and a diligent practice; and that it is still being constructed the modes of how to listen and take care in a PS-Ped.

Key-words: Sexual Violence, Children and Adolescents, Emergency Room, Psychology

PARA O INÍCIO DA CONVERSA

A violência é um fenômeno histórico e cultural que transcorre ao longo do tempo de modos complexos e distintos afetando diretamente grupos minorizados¹. Sabe-se que a violência impacta a saúde individual e coletiva, ocasionando traumas físicos e sofrimento psicológico, além de acarretar prejuízos psicossociais e a perda da qualidade de vida das pessoas, das comunidades e seus territórios (Minayo, Souza & Assis, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) destacam que a violência contra crianças e adolescentes tem sido uma das principais manifestações da violência (Soares, Silva, Matos, Araújo, Silva & Lago 2016). Neste campo, a violência sexual infanto-juvenil tem sido um modo expressivo e recorrente no Brasil. Segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2022), no ano de 2021 foram registrados 66.020 estupros, sendo que em 61,3% destes a vítima tinha até 13 anos.

A amostragem significativa acima é explicada à medida em que a violência sexual contra crianças e adolescentes se relaciona diretamente com as relações de poder desiguais instituídas durante a formação sociopolítica e econômica brasileira, demarcadas pelo adultocentrismo, falocentrismo, androcentrismo, racismo e capacitismo (Vieira, 2018; Sanches, Araújo, Ramos, Rozin & Rauli, 2019). Neste mesmo contexto, considerando-se que o fenômeno da violência sexual se apresenta na sociedade capitalista atual, se faz necessário intervenções do Estado e de políticas públicas que intervenham na busca da proteção garantida da existência da infância e da adolescência brasileira (Hora & Paiva, 2017).

Diante disso, no século XX foi intensificada a construção de legislações destinadas a essa população, culminando no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O ECA demarca, no campo da violência sexual, a sua definição, os modos de enfrentamento e cuidado, além de maior ampliação e visibilidade ao fenômeno. Destaca-se que o ECA define violência sexual como

“qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não [...]”. (Brasil, 1990).

A partir desta definição da violência sexual se tornou possível a instituição e a manutenção de Fóruns, Conselhos, Organizações Não-Governamentais (ONGs) e movimentos sociais direcionados à manutenção da política, e, conseqüentemente, da garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes. Atrelados a eles, foi promovida a integração dos diferentes atores sociais e governamentais em favor de uma maior efetividade ao enfrentamento da violência sexual (Paixão & Deslandes, 2010). Um exemplo disso é a elaboração do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes em 2000, no qual foi articulado e pactuado de forma intersetorial a atuação para o enfrentamento.

Compreende-se que o ECA se configura como o marco legal para a reflexão e construção de políticas prioritárias à infância e a adolescência, porém, ao longo das últimas décadas também se somaram a ele a Lei da Escuta Protegida de 2017, a Lei do Maio Laranja de 2022 e os Decretos que instituem o Programa de Proteção Integral da Criança e do Adolescente – Protege Brasil de 2022, que visam a prevenção, o cuidado e o enfrentamento à violência sexual. Em conjunto, esses aparatos legais oferecem subsídios e estabelecem os caminhos direcionados às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, especialmente no que tange aos serviços e suas respectivas responsabilidades. Inclui-se assim, que o campo da saúde, conforme Minayo (1994) apresenta, tem como foco atender os efeitos da violência, sendo esses as lesões físicas e os potenciais riscos em saúde, nos serviços de urgência e emergência, na atenção especializada, nos processos de reabilitação, nos aspectos médico-legais e nos registros de informações.

Em se tratando das normatizações sobre a violência sexual na área da saúde, em 2005 ocorreu a reatualização da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, e nesta é feita a primeira menção às crianças. Além disso, foi um documento que objetivou a organização do cuidado e da assistência das vítimas nos serviços públicos, incluindo o atendimento clínico, a contracepção de emergência, a profilaxia de doenças, além do apoio psicossocial (Lima & Deslandes, 2011).

Também se evidencia a 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 do Ministério da Saúde (2010), devido a ser um documento que busca organizar e articular o cuidado em todos os níveis de atenção, além de reforçar sobre a necessidade de intersetorialidade com outros sistemas para a garantia dos direitos das crianças e adolescentes.

Através destas propostas e normatizações institucionais e governamentais, a violência sexual como fenômeno político, social e cultural encontra no campo da saúde um dos meios de promover a integralidade e a intersetorialidade do cuidado. O atendimento prestado pelos serviços de saúde à crianças e adolescentes vítimas de violência sexual abarcam diferentes frentes de trabalho, a saber, o acolhimento, como o momento em que a vítima é recebida pelo serviço, os atendimentos em que são realizadas as consultas clínicas uni ou multiprofissional, compreendendo a anamnese, o exame físico, as profilaxias e a avaliação psicossocial, os encaminhamentos a outros serviços da rede intersetorial de proteção e garantia de direitos, a notificação de violência e o acionamento do Conselho Tutelar (Brasil, 2010).

Frente a esses aspectos, a atuação da saúde nos casos de violência sexual tem tido os serviços de urgência e emergência como um dos principais cenários de atendimento às vítimas infanto-juvenis. A Lei nº 12.845 de 2013 apresenta que

“Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual 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, à serviços de assistência social” (Brasil, 2013a).

Neste contexto do pronto-atendimento, é previsto o acolhimento profissional, por vezes realizado pela equipe de enfermagem, a qual direciona a vítima ao atendimento médico para que seja feita a escuta do relato de violência sexual com a subsequente definição de condutas, tais como a realização do exame físico, a coleta de exames e a profilaxia e contracepção de emergência, além da notificação e o registro das informações (Ministério da Saúde, 2010). Algumas normas técnicas e protocolos também inserem as equipes da psicologia e do serviço social como parte dos profissionais que compõem esse atendimento (Brasil, 2015; Protocolos Assistenciais, 2021).

Apesar de extensa produção técnica e legal que prevê e regulamenta o atendimento de vítimas de violência sexual em serviços de emergência, observa-se que as produções focadas no atendimento infanto-juvenil ainda são escassas, principalmente aquelas que considerem o período peculiar de desenvolvimento e as formas de expressão singulares da infância e da adolescência.

Deste modo, a intenção de relatar acerca desse espaço-tempo de atendimento se inicia ainda em abril/2021, na primeira passagem da psicóloga residente pelo Pronto-Socorro de Pediatria, em seu primeiro ano de residência. Foi neste caminhar, no percurso da Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança, que surgiram os iniciais questionamentos e comichões em relação ao cuidado em saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, para além de intervenções centradas no biológico. Junto a isso, também foi despertado o desejo de se voltar e experienciar as lacunas relativas a como a infância e a adolescência são escutadas, expressadas e cuidadas neste atendimento.

Assim, frente ao panorama exposto, a construção deste trabalho objetivou compartilhar a experiência de uma psicóloga residente no atendimento multiprofissional às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em um Pronto-Socorro de Pediatria,

visando a discussão relativa ao processo de formação profissional e sobre o papel da Psicologia nesta modalidade de atendimento.

POR ONDE A CONVERSA TEM PASSADO

O início desta experiência ocorre a partir do momento em que se dão os encontros entre teoria e prática, nos diálogos inter e multidisciplinares, no encontro entre profissional e sujeito. Para tal, se faz necessário descrever os modos pelos quais o trabalho se desenvolveu.

O referido Pronto-Socorro de Pediatria (PS-Ped) se situa em um Hospital Geral vinculado a uma Universidade Federal da região do Triângulo Mineiro (MG) e atende à cidade na qual está lotado, assim como as demais cidades da região. O serviço de pronto-socorro pediátrico funciona 24 horas/dia e atende as crianças com até 12 anos e 11 meses e o seus responsáveis, usualmente sendo seu grupo familiar. Após o acolhimento em caráter emergencial, as vítimas e seus responsáveis são encaminhados para o ambulatório especializado em violência sexual para a continuidade do cuidado. Esse serviço se configura como a referência municipal e a porta de entrada para o cuidado integral às vítimas de violência sexual. Arelado a isso, se destaca o fato de que os registros dos atendimentos (prontuários) são utilizados para compor os processos no Judiciário.

Para a construção deste trabalho, a psicóloga residente participou durante o período de novembro/2021 a outubro/2022 de dois espaços relacionados ao atendimento em pronto-atendimento. Um deles foi a participação na educação permanente dos profissionais da Psicologia e do Serviço Social, com posterior ampliação a outras áreas profissionais, voltadas ao atendimento de violência sexual em pronto-atendimento. A educação permanente ocorreu durante 06 encontros mensais ou bimensais, agendadas no horário de almoço, com duração média de 1h30min, contando com um número variável de 30 a 40 participantes, incluindo-se profissionais técnicos e residentes das áreas profissionais citadas e profissionais convidados ou especialistas de acordo com a temática da roda, como psicólogas, médicas e advogada do ambulatório, profissionais do Centro de Atenção Psicossocial e do Conselho Tutelar.

Este projeto, idealizado e construído pela equipe do ambulatório especializado, frente às demandas e dúvidas expressas pelos profissionais que atendem no Pronto-Socorro, propôs a integralização das distintas equipes que atendem as vítimas de violência sexual, entendendo que o Pronto-Socorro exerce papel fundamental no acolhimento, compreensão, elaboração subjetiva e enfrentamento individual e coletivo à violência sexual. As temáticas das rodas de conversa abarcaram desde o fluxo e modelo de atendimento, o atendimento no Pronto-Socorro de Ginecologia, a Escuta Especializada no atendimento infanto-juvenil, os aspectos jurídicos relacionados ao atendimento, o atendimento às vítimas de violência sexual, a articulação intersetorial e os registros dos relatos em prontuário e a relação com o jurídico.

O outro espaço se refere ao acompanhamento de cinco atendimentos em conjunto com a equipe multiprofissional entre os meses de setembro a novembro/2022. O atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual tem sua equipe composta por profissionais da Enfermagem, Medicina, Psicologia e Serviço Social, abarcando profissionais residentes e técnicos da instituição. Rotineiramente, um profissional técnico de cada categoria compõe a

equipe, exceto no caso da Medicina, em que o residente de pediatria do primeiro ano é responsável por esse atendimento e quando residentes de outras áreas profissionais passam pelo setor. Nos atendimentos acompanhados, a equipe foi composta por um profissional das categorias acima citadas e duas psicólogas, devido à participação da residente. Cada atendimento teve duração entre 40 minutos e 01 hora para um primeiro momento, com toda a equipe, e entre 30 e 40 minutos apenas com as psicólogas e a criança atendida.

As vítimas que chegam até o serviço podem tê-lo buscado por demanda espontânea, assim como por encaminhamento de outros serviços da rede. Após a passagem pela triagem, na qual apenas é indicada a demanda, a equipe supracitada é acionada para a realização do atendimento. São convidados as vítimas e seus responsáveis e realizado o atendimento conjunto, buscando-se evitar a revitimização. Posteriormente ao atendimento do grupo familiar, as psicólogas continuam com a criança e, se necessário, com seu acompanhante. Após finalizar, a equipe médica e de enfermagem realiza os exames necessários e entregam o encaminhamento para o ambulatório especializado.

Como forma de registro destas experiências, a autora psicóloga residente produziu anotações que abarcassem elementos teóricos em conjunto com suas dúvidas, reflexões e afetos mobilizados. Tais escritos se assemelham ao diário de campo descrito por Dal’Pra, Miotto e Lima (2007), os quais referem que ele serve como uma adição ao contexto no qual ocorrem as experiências. Os autores também apresentam que as anotações possuem diferentes utilidades, podendo sê-las descritivas para a compreensão e planejamento inicial, assim como analítico-reflexivas que apontam aspectos a serem aprofundados. Por meio deste espaço de interlocução escrito, se fez possível reaproximar da experiência vivenciada, retomando os elementos que mobilizaram questionamentos e reflexões.

Por se tratar de um relato de experiência, o presente trabalho reflete as impressões da autora acerca de suas vivências relatadas neste artigo. Assim, não serão divulgados nenhum dado que possibilite identificação dos envolvidos, respeitando o preconizado pela Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012).

A CONVERSA VIVIDA

Entre Rodas de Conversa e o Fio da Meada

A capacitação profissional aos profissionais da psicologia e do serviço social foi proposta diante da demanda recorrente de melhor comunicação e articulação entre a equipe que faz o primeiro atendimento (Pronto-Socorro/PS) e, consequentemente, a primeira escuta, o acolhimento e o registro do relato da violência sexual, com a equipe que dará continuidade no acompanhamento na rede de proteção (Ambulatório Especializado). Esse espaço de interlocução serviu tanto para que pudesse ser repensada a organização e a estrutura do atendimento multidisciplinar, assim como as implicações e responsabilidades legais dos profissionais, além da aproximação e do diálogo com a rede intersetorial, buscando maior respaldo para as condutas e encaminhamentos oportunos.

A princípio, chama a atenção a capacitação ser direcionada apenas para a Psicologia e para o Serviço Social, considerando que o atendimento é composto também pelas equipes de

Enfermagem e Medicina. O convite inicial a esses profissionais foi justificado por quatro motivos: A) as equipes de Psicologia e Serviço Social se organizam em equipes de referência para cada setor do hospital, tendo profissionais específicos para o Pronto-Socorro que estão cotidianamente na rotina²; B) menor número de profissionais, sabendo-se que a Enfermagem e a Medicina possui maior contingente profissional, o que dificulta o maior alcance da equipe toda; C) facilidade do diálogo entre essas classes profissionais e reorganização da equipe psicossocial, tendo em vista os elementos que são necessários para a realização do atendimento, como o suporte psicossocial.

As rodas de conversa foram iniciadas direcionando olhares e ouvidos para a infância e para a adolescência. Começar com eles faz sentido quando pensamos que o atendimento infantil requer não apenas o encontro e a escuta do outro, mas necessita do diálogo na linguagem lúdica, no envolvimento do grupo familiar ou dos responsáveis e na responsabilidade em acionar outros serviços da rede proteção, como o Conselho Tutelar (CT) e o Centro de Referência em Assistência Social Especializado (CREAS). Trabalhar com crianças e adolescentes é um trabalho que exige articulação, atenção e movimento.

Para escutarmos a criança e o adolescente vítima de violência sexual, temos a Lei nº 13.431/2017 que aborda sobre a escuta especializada e o depoimento especial. A escuta especializada se refere ao procedimento de entrevista sobre a situação de violência contra criança ou adolescente perante a algum órgão da rede de proteção, sem um protocolo rígido, tal como no caso do depoimento especial. Enquanto o depoimento especial é a oitiva da criança ou adolescente, em uma sala privativa, porém estruturada com microfones e câmeras, na qual a vítima irá depor e o técnico irá entrevistá-la (Brasil, 2017a).

Em serviços especializados e/ou do campo do Direito parece óbvio de que maneira essas escutas ocorrem. Mas e no serviço de saúde, especialmente no Pronto-socorro de Pediatria? De acordo com as definições legais, as instituições de saúde seriam um dos órgãos que compõem a rede de proteção e, deste modo, responsável também por realizar a escuta especializada. No campo prático da rotina hospitalar, são elaborados protocolos operacionais que organizam, estruturam e padronizam a atuação profissional frente às situações específicas (Werneck, Faria & Campos, 2009). Tratando-se da violência sexual infanto-juvenil, se estabelecem fluxos do atendimento e de encaminhamento, se definem responsabilidades e competências a cada categoria profissional, explica e orienta acerca do atendimento e dos exames, além das condutas necessárias. Assim, o serviço de saúde se configura como um dos espaços possíveis e preparados para que possa ser feita a escuta especializada.

Ainda que as normas e as definições legais abarquem o serviço de saúde, o ponto de partida dos diálogos nas rodas de conversa foi o modo com que a escuta pode ser feita considerando a dinâmica da urgência e emergência. Isto é, o PS de Pediatria se caracteriza pela alta demanda, de fluxo acelerado, com instalações físicas precárias e uma sala reservada para o atendimento às vítimas que, apesar de ampla, demonstra insuficiência de recursos lúdicos, e de tempo adequado para preparação de um espaço acolhedor às crianças e adolescentes e ao seu grupo familiar. Para além dos aspectos estruturais e institucionais, a

escuta da violência requer tempo e disponibilidade profissional, tanto em termos quantitativos, quanto de postura empática, humanizada e acolhedora.

Neste cenário se misturam os tempos da instituição e as urgências que requerem atenção, com os tempos subjetivos que aguardam na sala da espera para que possam ser escutados, cuidados e inseridos na rede de proteção. No atropelamento desses tempos, algumas questões são importantes: “Quais recursos a gente tem para oferecer a escuta?” Quais os modos de se fazer a escuta da violência sexual em um espaço coletivo, junto a outros profissionais e ao grupo familiar que acompanha a vítima?

Pondera-se que nos documentos relativos ao atendimento às vítimas de violência sexual é descrito que seja feita a escuta durante o acolhimento. Acolhimento seria o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência (Brasil, 2015). Habzigang (2018) refere também que a empatia é fundamental para esse acolhimento, a qual contempla os seguintes aspectos: seja gentil; esteja atento; diga que acredita no relato; não faça perguntas desnecessárias; agradeça a confiança; não prometa sigilo; isente de culpa; esclareça dúvidas; explique os procedimentos/encaminhamentos; verifique como se sente; e aborde tópico neutro.

Compreende-se que a descrição desses recursos técnicos e operacionais quanto à escuta partem de uma dinâmica de palavra falada e palavra escutada, muitas vezes ordenada, em um discurso organizado e utilizando a comunicação verbal como norteadora. Mediante a isso, se tem uma omissão de como ocorre a escuta da infância e da adolescência, as quais tem modos de expressar e compartilhar suas percepções e experiências, as quais nem sempre se dão pela via verbal. Também se soma o fato de que a formação profissional, principalmente a biomédica, parte de critérios e informações objetivas que nem sempre são expostas na escuta da violência de modo estruturado. Diante disso, urge a necessidade de se pensar de que modo acolhemos crianças e adolescentes, ainda mais no contexto do Pronto-Socorro.

Em concordância aos questionamentos que permearam o grupo de profissionais, as rodas continuaram no empenho de pensar quanto ao modelo de atendimento que tem sido realizado nos Prontos-socorros, entendendo as diferenças deste atendimento, pela sua singularidade em termos de frequência e pelo momento em que ocorre a revelação da violência diante das condições ambientais, estruturais e institucionais do serviço. Aqui se percebe o conflito entre o ideal, proposto pelas legislações e normas técnicas, além das distintas realidades práticas-contextuais entre as equipes de pronto-atendimento e ambulatorial.

Neste campo as rodas de conversa revelaram o quanto para os profissionais que realizam esse atendimento se perceberam angustiados diante das condições de infraestrutura e no diálogo com o restante da equipe, entendendo as diferenças entre o PS-Pediatria e o PS-GO, mas também demarcando que aquele espaço da urgência e da emergência não parece preparado para receber vítimas de violência sexual. Em especial, não possui formação ou recursos para escutar a infância, tendo em vista que requer um manejo mais delicado e que contemple não só a linguagem verbal. Foi sendo levantado nas rodas que esse espaço-tempo rápido e atribulado, não parecia ser o mais adequado para atender essas vítimas.

Nota-se que a rotina no Pronto-Socorro de Pediatria acompanha, para além do cuidado em violência sexual, outras demandas, como infecções, intoxicações exógenas, síndromes respiratórias podendo ter insuficiência respiratória, crises convulsivas, vítimas de acidentes, crianças e adolescentes com rebaixamento no nível de consciência, entre outros. Diante dessas situações que colocam a vida desses pacientes em risco iminente, foi levantado: O que é urgência e emergência? Em meio as anotações em diário de campo, se encontra “Afim, há diferença entre a urgência médica e a urgência psicossocial? (08/12/2021)”.

Surge nesse diálogo a compreensão da emergência da situação de violência. Tal discussão é suscitada, tendo em vista que uma parte das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual sofrem uma violência crônica ou vivenciaram situações pontuais que ocorreram há mais de 72 horas (tempo para intervenção profilática). Sabendo desses dados, se questiona se o PS deve ser a porta de entrada para todos os casos ou somente para aqueles que sofreram a violência no período de três dias.

O ponto desse debate é marcado por distintos fatores que circunscrevem a realidade do PS e retomamos a pergunta feita anteriormente: o que há de diferente nas urgências biomédicas das psicossociais (envolvendo aqui a violência sexual)? E adicionamos: há maior importância entre essas urgências, compreendendo os riscos que elas implicam na vida dos sujeitos?

O Conselho Federal de Medicina, na resolução nº 1.451 de 1995, define e distingue a urgência e a emergência. Urgência se refere às situações imprevisíveis de agravo à saúde, com ou sem risco de vida, em que a pessoa necessite de cuidados médicos imediatos. Enquanto emergência se refere à constatação médica de condições de agravo à saúde com risco iminente à vida ou com sofrimento intenso que exija tratamento imediato (CFM, 1995). Contudo, Angerami-Camon (1998) também aponta que para o sujeito que chega até ao serviço de saúde, o que é urgente ou emergente em um primeiro momento seria o atendimento de suas necessidades básicas que garantam sua sobrevivência.

Voltando ao contexto da violência sexual, crianças e adolescentes vítimas e, muitas vezes seu grupo familiar, se veem ameaçados mediante à situação de repetição da violência ou de retaliação frente à revelação dela, conseqüentemente, se percebem em situações de risco a própria sobrevivência (Borges & Dell’Aglia, 2008). Neste sentido, a busca pelo PS promove a possibilidade de um cuidado, do atendimento de suas demandas físicas, psíquicas e sociais, assim como da tentativa de manutenção de uma existência para além do cenário da violência.

Em consonância a isso, algo fundamental da violência sexual contra crianças e adolescentes se refere à revelação desta. Compartilhar acerca de uma violência sofrida implica romper com as dinâmicas de sua vida subjetiva que são permeadas pelo silenciamento, medo, culpa, vergonha, ambivalências afetivas, entre outros afetos que são característicos desta situação. Esse ponto foi amplamente discutido nas rodas quando as questões relativas ao PS-Ped ser ou não o espaço para a escuta dessas vítimas. Algo que foi socializado nesses encontros foi a “urgência da revelação”, pois quando a revelação é feita, muitas vezes diz respeito a uma necessidade de partilhar o sofrimento que tem sido vivenciado desde a

ocorrência da violência. Entendendo que essa urgência da revelação, quais mecanismos e dispositivos podem cuidar dessas vítimas? Existe algum espaço que atenda urgências que seria o mais adequado a receber essa demanda?

Sabendo-se que a revelação da violência sexual se mostra um momento delicado e sensível, é exigido uma postura de segurança e acolhimento. Sendo assim, reiteramos que como também foi abordado na capacitação, a revelação se configura como uma urgência, pois irrompe com a situação vivida e aciona angústias, conflitos, ansiedades, sofrimentos e memórias atrelados à violência sexual requerendo um cuidado imediato (Martins & Jorge, 2010; Pelisoli, Pires, Almeida & Dell’Aglia, 2010).

Deste modo, foi sendo produzido um sentido em que, de alguma forma, por oferecer acolhimento e segurança o PS tem dado indícios de que está preparado para atender essa demanda. Isso é corroborado com elementos que foram levantados nas rodas de conversa, tais como o cuidado imediato, de forma atenta e preventiva a novas situações de violência, a presença de diferentes profissionais que podem promover um cuidado mais amplo e não apenas de demanda física, pensando em lesões ou profilaxia, ou cuidado psicológico, se atentando apenas às reverberações e consequências da revelação sexual e a centralidade de um serviço que agregue uma equipe que possa direcionar aos outros dispositivos da rede.

Embora o PS corresponda a um ponto fundamental da rede de saúde que conte com uma equipe interdisciplinar que possa favorecer um espaço de acolhimento, é necessário pontuar que, diante da experiência e dos aspectos suscitados ao longo da educação permanente, a formação da equipe como um todo, para além da Psicologia e Serviço Social também requereu atenção. Deslandes, Cavalcanti, Vieira e Silva (2015) referem que é essencial que se tenha um trabalho multidisciplinar que articule o cuidado e promova um espaço que garanta a proteção e a segurança das vítimas e o enfrentamento da violência sexual.

Ao longo das rodas de conversa, foi percebido que o atendimento primário realizado no PS de Pediatria engloba diferentes profissionais para que se possa evitar ou minimizar as chances de que a história seja repetida e ocorra a revitimização das crianças e dos adolescentes. Contudo, observa-se que as vítimas são atendidas por profissionais pouco capacitados para atender a demanda da violência sexual. Os profissionais que participaram das rodas, em distintos momentos, levantaram suas dúvidas quanto ao manejo, aos encaminhamentos, quanto à escuta e quais condutas deveriam ser tomadas em algumas situações, como nos casos em que as crianças e adolescentes estão em contato com o agressor. Nas rodas de conversa foi observado que mesmo sendo a referência para esse atendimento, os profissionais demandam uma formação contínua, como a própria educação permanente foi sendo desenvolvida.

Reforça-se que mesmo que a violência sexual infanto-juvenil seja um agravo em saúde em foco desde o início do século XXI, os currículos de formação profissional raramente incluem o fenômeno e, de modo ainda mais escasso, as possíveis práticas interventivas diante da situação (Souza & Adesse, 2005). Ao mesmo tempo, os profissionais da área da saúde frequentemente expressam suas preocupações e pontuam sobre não se sentirem capacitados a trabalharem no atendimento à violência sexual (FEBRASGO, 2021; Granville-Garcia, *et.al*,

2009). A aproximação entre o que se encontra na teoria com o campo da prática vai sendo pano de fundo das conversas que foram acontecendo. Os profissionais aparentavam estar divididos entre o que é o correto a fazer e em como não sei fazer essa escuta.

Tendo esse viés moral do que “se deve fazer”, as rodas de conversas cruzaram com a reflexão da postura profissional para além de competência técnica, especialmente nos casos em que é necessária a interrupção de gestação. O foco desta discussão ocorreu em relação às adolescentes e mulheres atendidas no Pronto Socorro – Ginecologia e Obstetrícia (PS-GO), porém, esse ponto também perpassa os riscos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Neste campo de diálogo, nos deparamos com profissionais que dificultam ou se recusam a realizar o atendimento das vítimas, alegando conflitos com sua consciência, postura e crenças individuais. Na maioria dos casos, percebe-se que quando há a necessidade de abortamento essa recusa ou dificuldade se mostra mais nítida, mas também quando ocorre a demora pelo atendimento ou que ele seja feito às pressas também está associado a esses conflitos levantados pelos profissionais. Ressalta-se que mesmo que previsto no Código de Ética Médica a objeção de consciência, tal argumento não pode ser utilizado em caso de urgência ou emergência, diante da ausência de outro médico, ou “quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente” (CFM, 2018).

À vista disso, encontramos em minhas anotações uma pergunta repetida: “Será o PS o lugar mais adequado para que esse cuidado fundamental ocorra? Será que ele possui as condições humanitárias para esse atendimento?”. A repetição aqui mostra o desafio de se fazer escuta em um PS. E é nesse caminho de questionar e se a ver com a própria prática que foi se fomentando o impulso para a revisão e a reestruturação do protocolo de atendimento às vítimas de violência sexualmente, com ênfase às crianças, adolescentes do gênero feminino e mulheres. Afinal, de que maneira os profissionais que estão em um processo de formação e capacitação podem contribuir efetivamente para um atendimento mais humanizado?

Mesmo que na rotina dos atendimentos se observe impasses e dificuldades no diálogo e na construção de um espaço cuidadoso de acolhimento, se faz necessária a reorganização da equipe, entendendo que é em uma prática interdisciplinar que se pode oferecer essa escuta. A educação permanente vai desse modo delineando que para além das categorias que inicialmente compuseram ela, o trabalho em equipe sempre demanda que seja revisto e rediscutido. Em todo o percurso da capacitação o pensar em equipe, considerando que é que diferencia esse de outros serviços, foi se fazendo presente, seja no pensar as potências, seja nas reflexões dos entraves.

Tendo a equipe como figura central, as rodas de conversa permitiram que os pensamentos e afetos pudessem circular. Expor o horror diante das cenas de violência sexual, do mesmo modo que expressar os medos quanto aos modos que o cuidado tem sido feito nesse serviço. O espaço diálogo foi oferecendo esse campo de ampliação e de demarcação, deixando explícito como cada profissional e os seus coletivos se colocam diante dessa demanda. Estando nesse lugar do entre, a psicóloga residente também acessou as suas próprias reverberações. Reconhecer recusas, afastamentos, anseios e dificuldades daqueles

que se veem responsáveis pela demanda, enquanto profissionais, mas que pessoalmente, em suas individualidades, compartilham abertamente o não-desejo por essa escuta.

Neste contexto, tendo em vista que no fazer cotidiano do enfrentamento à violência sexual, o cuidado em saúde cruza com questões éticas e jurídicas, foi sendo testemunhado encadeamento dos campos da Saúde e do Direito. Ressalta-se que o Direito muitas vezes tem um lugar norteador, por orientar e designar o que é violência sexual e quais as tipificações e consequências penais, o que pode afetar diretamente nos modos com que os profissionais devem atuar e de que maneira devem ser escritos os prontuários que relatam as escutas e cuidados prestados.

Nas rodas de conversa foram expressos as angústias e os anseios deste laço saúde-judiciário, pois na rede de proteção do referido serviço, os encaminhamentos e os processos jurídicos se utilizam da escuta e dos registros em prontuários para que sejam realizadas as análises e a responsabilização dos autores da violência. Uma série de questionamentos preocupados quanto à postura profissional, à escrita de prontuário, à convocação para testemunhar em processos, além de como salvaguardar o sigilo profissional foram expressos nas capacitações. Percebe-se que diante desse enlace já estabelecido, os profissionais se sentiam inseguros e expostos, assim como se colocavam em um lugar que não apenas de profissionais da saúde, mas de técnicos do judiciário.

O PS adquire então um lugar inaugural na rede de proteção e é designado como um ator significativo para que o campo jurídico possa efetivar suas ações e responsabilidades. Perante a mistura de funções, o pronto-socorro passa a ocupar uma dupla função: a do cuidado integral em saúde e a da escuta especializada e registro de provas (da escuta) para os processos legais. Nesta duplicidade, por vezes se encontra uma confusão. O acolhimento como linha de frente do cuidado em saúde ganha contornos de investigação e de construção de elementos que componham o processo judicial.

Gomes (2018) aponta que os profissionais da psicologia têm sido submetidos a apurar a veracidade dos fatos e do relato, colocando-se como operadores do direito e substituindo-os, ao mesmo tempo em seu objetivo de oferta de cuidado acaba sendo protelado. Assim, questiono-me: “Como cuidar e prestar uma assistência de qualidade, quando minha atuação se cola na atuação de outros profissionais e ganha um uso outro?” (13/04/2022). Alguns norteadores que circularam nesse espaço de educação permanente abarcaram o conhecimento acerca das legislações, sejam as do campo do direito, da saúde ou da assistência social, pois desta forma podemos nos munir e delimitar a nossa atuação. Um exemplo disso é o discernimento do que é considerado estupro, o estupro de vulnerável, a importunação sexual e quais as responsabilidades e competências como profissionais da saúde em situação de violência sexual (Brasil, 1940; Brasil 2009; Brasil, 2010; Brasil, 2013b; Brasil, 2015).

Simultaneamente a isso, foi presente nas discussões uma preocupação importante dos profissionais participantes da roda, especialmente quanto ao modo com que o jurídico tem adentrado na prática profissional. Conhecer as legislações mencionadas acima facilitou, de algum modo, se diferenciar dos técnicos do judiciário, mas, ao mesmo tempo, na rotina dos atendimentos o que ainda acontece é que os registros em prontuários vão sendo atrelados a

um processo jurídico e o cuidado em saúde se transforma em provas de processo. Assim, um ponto que frequentemente foi trazido com bastante incômodo e anseio das consequências, se refere ao registro em prontuário.

Mesmo que sejam feitas as delimitações no campo prático e no contato direto com as vítimas de violência sexual, para além daquele primeiro atendimento, se sabe que os prontuários e, possivelmente o testemunho em processo, poderão ser requisitados. Pontua-se aqui que especialmente os profissionais médicos do PS são acionados para testemunharem, o que se pode hipotetizar é que ocorre a busca por provas materiais, físicas e concretas que possam legitimar o relato de violência, ainda que se saiba a dificuldade de que estas existam devido às múltiplas manifestações da violência sexual (Habzigang, Koller, Azevedo & Machado, 2005; Dias & Joaquim, 2013).

Levando em consideração que os profissionais da Psicologia e do Serviço Social manifestaram dúvidas quanto às condutas da equipe de saúde neste contexto saúde-direito, assim como a reflexão de como os profissionais têm se colocado diante das vítimas neste panorama da rede de proteção, fez-se necessário a ampliação da educação permanente também aos outros profissionais que compõem o atendimento em Pronto-Socorro: Enfermagem e Medicina. É neste chamado-convocação ao espaço de diálogo que poderia ser reorganizado o enquadre do atendimento, ao mesmo tempo que a construção de um espaço coletivo coerente e compromissado por todos aqueles que fazem parte.

Apesar das tentativas de maior representação das outras categorias profissionais, tivemos uma participação ínfima e apenas de enfermeiras que estão alocadas no PS-GO. Algumas suspeitas dessa ausência perpassaram desde à dificuldade de saída do serviço para a participação, assim como um desinteresse pelo aprofundamento da temática. Se, ao mesmo tempo, expressam uma má formação para atender a demanda justificando que não sejam os profissionais mais capacitados para prestar o atendimento, rotineiramente também não sinalizaram o desejo em comporem esse espaço de formação. Neste ponto, a indignação e a irritação eram perceptíveis, tanto naqueles que promoviam a educação permanente, quanto nos profissionais que atendiam diariamente as vítimas com esses profissionais-ausentes.

As necessidades de interlocução com a rede intersetorial, unindo profissionais atuantes no Conselho Tutelar, no Centro de Atenção Psicossocial IV (CAPS-IV) e também do campo do Direito, demarcaram explicitamente a ausência da equipe multiprofissional. Nas anotações em diário de campo ressaltamos: “Ao pensarmos em rede intersetorial de cuidado à violência, apenas psis [psicólogos] e assistentes sociais participam. No final, são apenas esses profissionais que atendem e atuam no cuidado e enfrentamento à violência? Parece que sinto um nó na cabeça!” (11/05/2022).

As rodas de conversa buscaram produzir um senso comum dentro do conjunto de profissionais e de categorias profissionais que manifestam cotidianamente seus questionamentos, dificuldades e a necessidade de melhoria na condução dos atendimentos. na prática desse espaço dialógico e interdisciplinar, ainda se viram restritas e com pequena amplitude de alcance a outros profissionais. Tendo em conta que os manuais e normas técnicas elencam, majoritariamente, médicos e enfermeiros como profissionais que atuam

diretamente no cuidado de vítimas de violência sexual em Pronto-Socorro, por que esses profissionais não participaram e contribuíram de forma relevante e acentuada?

Os profissionais da saúde demarcam, conforme discutido anteriormente neste artigo, que frequentemente não se sentem preparados e/ou capacitados para atenderem vítimas de violência sexual. No campo da infância e da adolescência, também se encontra a revolta, raiva, ansiedade, impotência e pesar sobre os tipos de violência atendidos e como eles identificam uma vítima (Costa & Tacsy, 2020). Contudo, na prática deste serviço, nos deparamos também com um afastamento e uma postura objetiva e diretiva para o manejo das situações, além dos espaços formativos que não são priorizados. De algum modo, foi observado um modo de estar apenas no atendimento e, paralelamente, omissos de espaços de diálogo.

Nesses diálogos com a rede intersetorial também foi observado que a equipe profissional do PS frequentemente não conhece a rede e os serviços e suas responsabilidades para que as vítimas possam ser encaminhadas. Fez-se neste encontro uma tentativa de poder apreender, de fato, como cada serviço se insere no fluxo e na rede de proteção. E de que modo também a equipe do PS aciona e pode realizar encaminhamentos e orientações. Assim, da mesma maneira em que ocorreu uma construção de um sentido comum e alinhamento do fluxo de atendimento, foi exposto de que maneira o PS e o Ambulatório Especializado se diferenciam em maneiras de atendimento para o recebimento de encaminhamento de outros serviços possa ser feito de forma mais adequada. Isto posto, ainda se percebe o quanto o espaço da educação permanente estreitou os laços entre os dispositivos da rede e, conseqüentemente, facilitou a compreensão de como cada um deles se responsabiliza no cuidado e na atenção às vítimas.

Tratando-se mais propriamente da infância e da adolescência, construir um campo conjunto ao CT e compreender os modos com que as denúncias e notificações chegam a eles e como o PS organiza e direciona os atendimentos na área da saúde também estabeleceu um sentido mais complexo quanto ao fluxo de atendimentos na cidade e região. Isto é, ter o PS-Ped como referência ao atendimento primário às vítimas de violência sexual, promove um sentido de que o cuidado em saúde (física, psíquica e social) é prioritário a essas crianças e adolescentes, além de seu grupo familiar.

Atrelado a isso, ter um grupo de profissionais, sendo esse a equipe de saúde do setor, que pode avaliar e acolher e direcionar para outros dispositivos de forma mais embasada. O PS acabou se constituindo como um ponto da rede que agrega diferentes avaliações, condutas e responsabilidades em um único serviço, facilitando a produção de relatórios, da inserção na rede, no acompanhamento e monitoramento dessas crianças e adolescentes e na condução de medidas efetivas de cuidado e enfrentamento à violência sexual. Como foi sendo abordado nas rodas, o PS adquiriu um lugar de destaque e se tornou o encarregado de promover o cuidado e garantir a inserção na rede de proteção.

Ressalta-se que para o estabelecimento efetivo do fluxo é fundamental o diálogo constante e a troca entre os serviços que são ofertados e compõem o enfrentamento da violência (Brasil, 2010). Em concordância, requer também a interdisciplinaridade de áreas como da educação, justiça, saúde e assistência social, rompendo assim uma lógica de que um

agravo em saúde é apenas resolvível por médicos (Bidarra & Dourado, 2020; Hora & Paiva, 2017). Face a esses apontamentos, entendemos que a roda de conversa possibilitou abrir as portas para que a interlocução ocorra, mas denotou de forma significativa o quanto o PS agrega um espaço comum para que a interdisciplinaridade seja efetivada e se estabelece como um serviço-disparador para a rede intersetorial, porém, mediante a ausência mais contundente da equipe nas rodas de conversa, também explicita a fragilidade desse atendimento-serviço.

Buscando alguma via de fortalecimento ao grupo persistente que caminhou ao longo das rodas, o fechamento delas ocorreu retomando os elementos que foram suscitados ao longo dos encontros e foi novamente aberto esse espaço a todos os profissionais. De modo semelhante ao encontro anterior, outra vez se percebeu a ausência dos profissionais, agora sendo vista como algo esperado. A roda de conversa então se tornou o espaço para que as angústias se desvelassem, especialmente quanto aos modos de potencializar o cuidado e promover a proteção das vítimas sem recair na lógica investigativa e jurídica. Para além do que foi manifestado até então, aqui se dedicou a compreender e estabelecer como as nossas escritas em prontuários são utilizadas, não exclusivamente, mas principalmente nos casos em que as vítimas são crianças e adolescentes.

Conforme pontuado até agora, os atendimentos ocorrem de forma multiprofissional e cada categoria descreve em prontuário o que foi realizado durante o acolhimento da criança, adolescente e do grupo familiar. Sinalizamos que a revolta dos profissionais se expressa mediante ao fato de que em alguns momentos ocorrem desencontros de informações (nomes, datas e/ou dinâmicas da violência) nesses diferentes escritos e de que modo poderíamos fazer uma escrita mais correta e coerente, entendendo que as evoluções em prontuário esbarram na rotina acelerada do Pronto-Socorro e nas demandas de trabalho que continuam para além do atendimento de violência sexual. Outro ponto suscitado se refere aos aspectos éticos que envolvem essa escrita, tanto para a proteção e sigilo, quanto do resguardo profissional.

No andamento da roda vai sendo explicitado o quanto a escrita após o atendimento demarca essa angústia dos profissionais. No caso de crianças e adolescentes, foi visto que os prontuários adquirem caráter de prova para a composição de um processo jurídico, como explicado acima, mas também como recurso para que as vítimas sejam inseridas na linha de cuidado. Ou seja, na referida rede de proteção, frequentemente, os familiares e responsáveis se queixam que apenas conseguem realizar o boletim de ocorrência (BO) ou iniciarem o acompanhamento no Conselho Tutelar após a apresentação deste prontuário, protelando que algumas medidas de proteção sejam efetivas. Assim, ocorre uma inversão do cuidado, no qual se privilegia o fluxograma e os protocolos e se negligencia a assistência às vítimas.

Outra vez ocorre uma mistura entre as responsabilidades do campo do direito com o da saúde, podendo produzir um desacerto no cuidado oferecido. O ECA descreve que é a justiça e a segurança pública que possuem a responsabilidade de orientar e executar a coleta de provas, a investigação de crimes contra a dignidade sexual de crianças e adolescentes, o julgamento e a execução para que se possa garantir a proteção e a segurança da vítima (Brasil, 1990). Enquanto a saúde se compromete com a oferta de um atendimento e/ou acompanhamento que conduza ao suporte físico, emocional, psicológico e social

manifestados ou resultantes da violência que objetivam a promoção e a proteção na garantia de seus direitos (Guzzo, Cabral, Silva, Reis, Fonseca, Ruffeil, ... & Ruffeil2010).

A prática no PS-Pediatria se defronta com a diferença contrastante entre o que é previsto e o que ocorre no fazer cotidiano do serviço. Reiteramos que o PS-Ped, ainda que ocupando lugares e misturando funções de outros serviços, se configura como um serviço fundamental para que crianças e adolescentes possam ser escutados e recebam o suporte adequado. Retomamos o ECA para reforçar sobre a funcionalidade do PS-Pediatria como porta de entrada, pois o documento refere que é priorizado o atendimento às crianças e adolescentes em razão da idade ou eventual prejuízo psicossocial e buscando garantir a intervenção preventiva. Do mesmo modo em que refere que é responsabilidade da rede garantir a urgência e a celeridade ao atendimento de saúde e à produção probatória, conferindo a confidencialidade (Brasil, 1990).

As rodas de conversa que a princípio foram propostas como um modo de reorganização desses atendimentos nos Prontos-socorros, evidenciaram inúmeras dúvidas e anseios de como atender a uma demanda complexa e que não se restringe à saúde, mas que envolve outros atores. Apesar de não chegar a uma concordância quanto ao PS ser ou não o melhor serviço para esse atendimento, diante da referência já estabelecida, foi construído modos de se fazer essa escuta.

Ao final da educação permanente, foi possível estabelecer alguns caminhos possíveis de como se atender em um PS, porém, foram deixados mais questionamentos e propostas do que uma definição concreta, como um protocolo. Um desses modos seria quanto ao formato, se a permanência de toda a equipe desde o começo é necessária, se a Psicologia e o Serviço Social não possuem formação suficiente para essa condução, se a criança ou adolescente entra primeiro com a Psicologia para ser explicado sobre o atendimento e posteriormente os outros membros da equipe e acompanhantes, o uso dos recursos lúdicos de modo mais proveitoso, com melhor preparação para a escuta e o acolhimento.

Também foi observado que com as rodas tornou mais acessível o contato outros dispositivos da rede, entendendo os fluxos e as dinâmicas de funcionamento deles, possibilitando construir uma referência-contrarreferência do cuidado de forma mais objetiva e atenciosa. Além de que as discussões relativas ao jurídico permitiram a elaboração de prontuários de forma mais concisa e articulada com o cuidado em saúde, sem deixar elementos importantes de fora. Ou seja, entendeu-se que responder as perguntas de quando, quem, onde, há quanto tempo e as reverberações que ocorreram diante disso, além das condutas e observações profissionais quanto à saúde das vítimas atende ao cuidado ofertado.

Deparar-se e construir um modo atuante, coerente e compromissado com as orientações éticas e técnicas só foi e é possível a partir da construção e permanência de espaços de formação continuada, tais como as rodas de conversa aqui proporcionaram. Conforme anotado: “Há algum rumo à frente. Por vezes confuso, por vezes assustador, mas há possíveis.” (11/07/2022). Efetivamente foi possível fazer circular a palavra e as angústias que são mobilizadas cotidianamente nos atendimentos e promover alguns encaminhamentos e elucidações concretas, como melhor definição de termos, orientações de escrita,

estreitamento da rede intersetorial e direcionamento da escuta. Sem fechar em si mesma, as rodas ampliaram e abriram novas oportunidades de se fazer a escuta em um Pronto-Socorro.

QUANDO FIO DA CONVERSA FAZ COSTURA

Os atendimentos em que a psicóloga residente participou ocorreram entre os meses de setembro, outubro e novembro, momento em que foi possível conciliar o cronograma de seu outro campo da residência com a passagem pelo Pronto-Socorro de Pediatria, pois o referido setor é apenas destinado aos residentes do primeiro ano de saúde da criança. Assim, a residente se articulou com a psicóloga preceptora do PS-Ped para que quando houvesse atendimentos de violência sexual contra crianças ou adolescentes, ela pudesse acompanhá-los. Em meio às urgências da rotina hospitalar e das demandas de outros setores, foi possível acompanhar cinco atendimentos.

A sala de atendimentos no PS-Ped é uma sala ampla composta por cadeiras, mesa infantil, casa de boneca, armário de brinquedos que contém lápis de colorir, folhas, família terapêutica e carrinhos e estante com livros infantis em sua parte principal. Ao fundo, após uma divisória, se encontra uma maca e instrumentos para a realização de exame físico ou coleta de sangue. Tal sala é caracterizada logo em sua porta com cartazes e panfletos referentes ao tema da violência sexual, como canais de denúncia e serviços da rede. Destaco essa imagem, por ser a primeira vista da sala, ainda de porta fechada, e de como ela tem a violência sexual como centralidade, o que também pode comunicar a outros pacientes e acompanhantes sobre a funcionalidade do espaço.

Assim que a criança ou adolescente chega ao Pronto-Socorro Geral, passam pela triagem e são direcionados ao PS-Ped. A equipe de enfermagem é informada e comunica ao restante da equipe (Medicina, Psicologia e Serviço Social). Durante esse período, a vítima e seus acompanhantes, usualmente figuras femininas (mães, avós e/ou tias), aguardam em uma sala de espera que também é o espaço de pacientes do PS-Ped, PS-Odontológico e PS-Oftalmológico. Esse período em que esperam, se refere ao tempo em que aguardam a chegada de toda a equipe, tendo em vista que as profissionais da Psicologia e do Serviço Social atendem outros setores, assim como se espera a finalização de outros atendimentos de maior urgência/emergência feitos pelos médicos e enfermeiros.

Conforme discutido neste artigo, o atendimento às vítimas de violência sexual possui caráter emergencial, contudo, ao serem destinados a um serviço de Pronto-Socorro também estão sujeitos à lógica de maior/menor prioridade, tendo por vezes, um longo período de espera até que outras demandas sejam atendidas. Desse modo, o tempo para que esse atendimento seja realizado é protelado, tornando a espera mais cansativa e, em algumas situações, também causando a evasão do serviço.

Na rotina desses atendimentos, se observa que as vítimas acabam ficando sujeitas à lógica institucional, o que pode acarretar uma exposição da própria situação de violência, devido ao preterimento que ocorre em relação a esses atendimentos. Também pontuamos que as crianças ou adolescentes podem estar acompanhados por policiais militares, devido à realização de boletim de ocorrência prévio ou procura pela polícia, o que os coloca ainda mais

expostos e vulneráveis dentro do serviço, chamando a atenção de olhares e comentários. Desse modo, as vítimas de violência sexual acessam o serviço, porém, em um processo lentificado e à vista dos olhares de outros profissionais, pacientes ou acompanhantes.

Após o momento em que a equipe se reúne e são repassadas informações básicas do paciente, os profissionais se dirigem até a sala de atendimento e posteriormente se apresentam à vítima e seus acompanhantes, dando início ao atendimento. Itera-se que apesar desse padrão dos atendimentos, nem sempre eles ocorrem de forma coesa entre todos os profissionais. Citando um exemplo da experiência, após o recebimento do chamado para o atendimento e depois da reunião de toda a equipe, as profissionais da Psicologia foram organizar a sala e, enquanto selecionavam materiais lúdicos, o restante da equipe já havia chamado a vítima e seus acompanhantes, de modo em que eles foram recebidos com a sala ainda sendo preparada.

No atendimento, todos se apresentam (nome e profissão) e o atendimento é iniciado, tendo o profissional da Medicina como mediador dele. A princípio é deixado que a palavra circule e tendo como pergunta disparadora a situação que os trouxeram até o PS-Ped. Nos atendimentos, foi percebido que nem sempre a criança ou adolescente expressa uma resposta que atenda às expectativas dos profissionais. Ou seja, uma resposta coesa, ordenada, com sucessão dos fatos e, muitas vezes o silêncio é manifestado pelas vítimas. Esse não atender as expectativas foi observado pela impaciência dos profissionais e no redirecionamento do atendimento aos acompanhantes e a oferta de recursos lúdicos para a vítima.

Nos atendimentos que foram acompanhados, foi observado que em um momento inicial as vítimas demonstraram se sentir desconfortáveis, desconfiadas e assustadas ao adentrarem em um espaço ocupado por várias pessoas desconhecidas. Somente após decorrer um período do atendimento é que se colocaram mais à vontade e se aproximaram da mesa e dos materiais lúdicos. Em um dos atendimentos, se tratando de um caso de reincidência, a criança estava bastante agitada e irritada com a dinâmica do atendimento, fazendo interrupções e compartilhando o desejo de relatar, porém, demonstrando importante sofrimento diante da situação. Após se sentir mais confortável, utilizando seus brinquedos que havia trazido e contando sobre a sua rotina, pudemos perceber ela se tranquilizar.

Nos atendimentos em geral, a partir do relatado pela criança ou adolescente ou por seu acompanhante, cada categoria profissional irá realizar questionamentos pertinentes a sua área, buscando orientar e realizar práticas em saúde que sejam necessárias à situação expressa, assim como melhor compreensão da situação de violência ocorrida. Todavia, nos atendimentos que foram acompanhados, foi frequente que a maior parte das perguntas e das tentativas de esclarecimentos foram direcionadas ao acompanhante e não diretamente à criança ou ao adolescente. Paralelamente, a criança e o seu brincar, tornaram-se foco quase exclusivo da intervenção psicológica, tendo os outros profissionais a função de um acolhimento mais geral e de levantamentos de dados/história e do cuidado familiar, e sendo a Psicologia direcionada ao cuidado infanto-juvenil na situação de violência sexual e seus desdobramentos após a revelação. Nesse sentido, após o atendimento multidisciplinar os profissionais da Psicologia realizam atendimento individual com a criança ou o adolescente,

acompanhados ou não por seus responsáveis. Ao mesmo tempo, a equipe do Serviço Social orienta quanto aos trâmites legais e a rede de proteção que acompanhará o caso.

Para a finalização e encerramento deste acolhimento, após a abordagem da Psicologia, ocorre um diálogo, normalmente entre a equipe de Psicologia e da Medicina para compreensão se novos elementos foram trazidos pela vítima e definição quanto à necessidade da coleta de vestígios e/ou exame mais detalhado. Posteriormente, a equipe de Enfermagem acompanha a de Medicina para os exames físicos e coleta de exames de sangue, além de ser a responsável pela entrega do encaminhamento ao ambulatório especializado, com data e horário já agendados. Com a realização dos exames e a entrega das orientações e encaminhamentos, a vítima e o seu grupo familiar são liberados e, usualmente, retornam no ambulatório especializado em até 30 dias para a continuidade do cuidado. Vê-se que aqui, de modo fragmentado, cada profissional produz o fim do atendimento, sem o reencontro da equipe inicial e dando seguimento em sua rotina, especialmente para a escrita do prontuário.

Através do exposto, temos aqui uma situação que produziu sentidos ambíguos em quem acompanhou a experiência: “Sufoco, muita gente, tempo rápido. É melhor, de fato, todos estarem aqui de uma vez? Para quem?” (23/09/2022). Por meio dos escritos, compartilhamos as sensações que foram observadas e vivenciadas. Logo de início, alguns questionamentos são levantados. A disponibilização de toda a equipe para a escuta de forma simultânea como via de redução da revitimização tem demonstrado ser benéfica às crianças e aos adolescentes? De que modo isso se dá, quando na prática são perceptíveis a tensão corporal e a insegurança em falar sobre a violência em um espaço desconhecido, superlotado e asséptico?

O atendimento se inicia com um coletivo que parte do princípio da beneficência, mas que se apresenta como um coletivo novo, em um território inexplorado, com olhares voltados para as vítimas e seus acompanhantes em uma situação de fragilidade. Logo de cara fazer a escuta com cinco pares de orelhas que nem sempre estão disponíveis para ouvir esse relato se mostrou um grande desafio. Buscar uma linha comum, desde ao momento do chamado, tentando conciliar tempos e disponibilidades já demarca o desafio de estar em conjunto na sala de atendimento. Um coletivo, porém, desagregado.

A espera pelos atendimentos e a sucessão deste culmina em uma organização que tenta uma articulação, mas demonstra ainda uma prática segmentada. Será que ocorre de fato um cuidado ou se promove uma nova prática violenta? Podemos questionar se aqui não ocorre uma violência institucional, entendendo esta como a que ocorre nas/pelas instituições prestadoras de serviços na área da saúde, educação e justiça, que inclui uma ação ou omissão, que tem como principal causa as relações assimétricas de poder entre usuários e profissionais (Santos, Camargo & Vargas, 2022).

Algumas características da violência institucional que também podem ser associadas ao atendimento às vítimas de violência sexual no PS-Ped, se referem: A) Sistema de proteção infantil: no qual não garante segurança às crianças e aos adolescentes, gerindo as situações de forma adversa e/ou prejudicial ao desenvolvimento infanto-juvenil; B) Programas da Instituição: não cumprimento de níveis mínimos de qualidade e manutenção de metas em detrimento do bem-estar das crianças ou adolescentes, além de apresentar recursos escassos

ou mau uso dos recursos existentes; C) Profissionais da Instituição: falta de capacitação específica e supervisão inadequada, além de excesso de trabalho para um nível alto de exigência ou onde se observa uma intervenção antiética (Chaparro, Vera & Fuentes, 2005).

Esses elementos supracitados, podem ser exemplificados por situações de exposição à criança dentro do serviço de saúde (tópico A); cumprimento da rotina de atendimentos e protelamento dos atendimentos, além de mau uso dos poucos recursos lúdicos disponíveis (B); e falta de capacitação para a escuta da violência, que permita o falar livre e espontâneo, seja da vítima ou do acompanhante (C). Assim, se questiona, conforme também foi abordado ao longo das rodas de conversa, se é esse formato e local, os mais adequados para que se possa fazer a escuta da violência sexual.

Em aspectos gerais, os atendimentos vivenciados pela psicóloga residente perpassaram esses elementos apontados acima. Em um dos atendimentos não houve tempo para organização do espaço e mal uso dos recursos lúdicos, restringindo-se ao desenho. Em todos os atendimentos houveram questionamentos direcionados e objetivos à situação de violência, nem sempre permitindo que a criança ou o adolescente falasse espontaneamente sobre a situação sofrida, o que gerou desconforto e retraimento. E foi observado que na maioria dos atendimentos teve um longo intervalo entre a chegada ao serviço até o início do atendimento, de modo que muitas vezes as vítimas e seus acompanhantes ficaram horas em espera, sem previsão da ocorrência do atendimento.

Ao mesmo tempo, foi encontrada uma equipe com sobrecarga de trabalho, nas quais atendiam a outras demandas e, em alguns dos atendimentos, ocorreu a demora porque estavam finalizando aquelas que já haviam iniciado. Também foi notada uma infraestrutura que não garante a proteção e segurança, além das normas institucionais e das classificações de risco, que colocam a violência sexual como “pouco urgente”.

Para além dos aspectos relativos à violência institucional, durante os atendimentos acompanhados, foi denotado um não-lugar da infância e da adolescência, que em teoria, seriam os sujeitos de direito do cuidado. Isso se exemplifica nas cenas observadas em que as crianças e adolescentes são colocados lado a lado dos adultos que os acompanham e se espera que façam uma descrição detalhada e organizada da violência sexual que sofreram ou quando não são promovidos um espaço acolhedor e humanizador que permita que crianças e adolescentes possam se expressar de seu modo. Reforça-se aqui uma lógica hierárquica entre quem tem detém o conhecimento (o adulto), em desfavor da criança ou do adolescente, algo próprio da sociedade em que vivemos (Vieira, 2013).

Em distintos atendimentos, a criança e o adolescente foram sendo alocados para o canto mais lúdico da sala, usualmente próximos às profissionais da psicologia e, perante o relatado por seu acompanhante iam sendo convocados à fala. De forma direcionada e objetivada, perguntas iam sendo feitas, porém, raramente se aproximava da criança de forma cuidadosa e acolhedora foi um modo de funcionamento desses atendimentos. A infância e a adolescência acabam se tornando os objetos de cuidado, mas não são humanizados.

Nesse não-lugar de escuta da criança e do adolescente, durante os atendimentos, a profissional da Psicologia tem se tornado a referência dentro da equipe, sendo requisitada

como um sujeito do saber-especialista, tornando-se assim, uma espécie de tradutora da linguagem infanto-juvenil. Desse modo, a infância e a adolescência, ainda que sendo populações atendidas por diferentes profissionais em suas competências, se torna uma responsabilidade da Psicologia na cena do atendimento às vítimas de violência sexual.

Na experiência aqui relata, a psicóloga residente se tornou essa figura do saber-especialista porque em todos os atendimentos que acompanhou esteve direcionada às vítimas, e, simultaneamente a isso, não acompanhou o relato que os familiares trouxeram. Para a residente estar com as vítimas no contexto do lúdico foi um tanto ambíguo. Sentiu ao estar nesse espaço parte das angústias e do senso de obrigação de uma escuta detalhada do que havia acontecido para que a escrita fosse feita. Enquanto, ao estar mais próxima das vítimas e tentando ofertar uma ambientação mais acolhedora, pôde acalmar parte dessas angústias, além de se aproximar da vítima e de sua realidade, seja a violência sexual ou para além dela. Algo de estar nesses atendimentos foi aproximando de como a Psicologia tem sido compreendida ao longo do tempo e nas práticas cotidianas: determina saberes e condutas.

A relação história entre a infância, a adolescência e a Psicologia é marcada justamente por essa relação de determinação e definição de saberes. No campo da violência sexual, a psicologia se insere conforme vão sendo estabelecidos documentos e normas técnicas-operacionais que também a incluem como categoria e ator social fundamental. Porém, na realidade concreta, ainda observamos que a prática psicológica se restringe a um enquadre clínico e individualizante, restringindo-se à vítima e ao seu micro-contexto, frequentemente sendo este o grupo familiar, e não em uma prática atuante em um contexto sociopolítico, inclusive dentro do trabalho institucional em serviços da rede de proteção.

Tal fato é observado no atendimento do PS-Ped à medida em que vai a escuta da violência e de seus possíveis efeitos (afetos, marcas, segredos etc.) vai sendo direcionada a um espaço individual/restrito, seja ele no canto lúdico da sala, seja no momento posterior, em que ocorre o atendimento da Psicologia. O fazer da Psicologia foi ganhando esse contorno de algo mais íntimo e acolhedor, mas que por vezes esconde também um enfrentamento mais amplo e de responsabilização, não apenas do cuidado, mas também da escuta da violência. Nos atendimentos, por mais que fazer a escuta estando apenas a psicóloga e a vítima parecia ser de mais fácil manejo, também mostrou o redirecionamento da responsabilidade a apenas uma profissional, assim como expôs as dificuldades da própria equipe em manejar um atendimento infanto-juvenil, além de escutar diretamente da criança ou adolescente o que havia ocorrido.

É importante ressaltar que apesar da transmissão da escuta à psicologia, assim como as outras categorias profissionais ela também se reconhece como despreparada para atuar e intervir em situações de violência sexual, alegando uma formação acadêmica e profissional deficitária (Freitas & Habzigang, 2013; Mastroianni, Alves, Fernandes & Leão, 2020). No entanto, simultaneamente, o que se observa é que a Psicologia tem buscado compreender, avaliar e intervir em casos de violência sexual em diferentes contextos, além de possuir orientações quanto a prática profissional frente à demanda (Peliesoli & Dell'Aglio, 2015; Silva & Vagostello, 2017; CRP-PR, 2021; Fernandes, Teixeira, Alves, Pereira & Lima, 2022).

Concomitantemente, a Psicologia tanto na literatura quanto na prática dos atendimentos vai dando indícios dessa incerteza-segura ao se fazer a escuta. No PS-Ped foi sendo confiada ao cuidado das vítimas infanto-juvenis, enquanto também vivencia as dificuldades de estar na equipe, escutar aos acompanhantes e as suas angústias, assim como o sofrimento próprio da vítima. Para a psicóloga residente estar nesse território ambíguo foi um desafio, por vezes dividido com a sua preceptora, mas em outros guardados em suas reverberações e anotações.

Em sua experiência, o ser a psicóloga encarregada pela escuta foi uma tarefa árdua, mas também facilitada pela compreensão ampla e interessada na infância e na adolescência, entendendo que na realidade em que vivemos existem infâncias e adolescências múltiplas que são demarcadas por singularidades, desigualdades, incongruências e significações distintas. Saber disso permitiu que nos atendimentos do PS às vítimas, para além da narrativa da violência, ela também buscou escutar sobre o território, as relações, o fazer de todo o dia, os interesses e as necessidades que circundam a criança, o adolescente e o seu grupo familiar.

Nos atendimentos isso se apresenta desde o momento em que está toda a equipe, quando as psicólogas questionam tanto à vítima quanto ao seu acompanhante sobre a sua rotina, sobre o que faz, o que gosta de fazer, além de tentar compreender o que está em acesso deles naquele momento que possa se aproximar de seu contexto de referência. Nestes atendimentos, à medida em que a criança e adolescente puderam contar para além do contexto da violência, foi sendo perceptível o relaxamento, menor desconforto e maior abertura para a interação com os diferentes profissionais. Também com a inserção dos recursos lúdicos para além de uma postura de “brinque ali”, que muitos profissionais adotaram, as psicólogas puderam construir o vínculo, se inserir no mundo de faz-de-conta e, gradativa e cuidadosamente, abordarem a violência sexual sofrida.

Entendemos que essa escuta não é privilégio da Psicologia e deveria, portanto, perpassar a todas as categorias profissionais. No entanto, nas dinâmicas de atendimento que vêm sendo estabelecidas conforme elas ocorrem, a Psicologia tem saído à frente, seja por um impulso próprio ou da equipe. Nessa postura dianteira, a Psicologia tem buscado utilizar e adentrar na linguagem dessas vítimas, dos modos com que elas se expressam, sendo muitas vezes de outros modos não verbais, especialmente a linguagem lúdica.

Algo de fundamental dos atendimentos dessa experiência, é que nos deparamos com diferentes vítimas, dinâmicas familiares e contextos da violência apareceram. Em meio a essas diferenciações, o uso do brincar como forma de se aproximar das vítimas, de tornar o ambiente menos asséptico e mais interessante à comunicação, da construção do vínculo e da possibilidade de usar outras vias para compartilhar como aconteceu, com quem, aonde e quando, sem que necessariamente essas perguntas fossem direcionadas.

Nos atendimentos, as crianças e os adolescentes utilizavam os brinquedos e jogos de formas diversas. Algumas se inseriam no mundo lúdico e se afastavam completamente do conteúdo da violência sexual trazido por seus acompanhantes, outras mantinham a atenção dividida entre o que era falado e a brincadeira, reagindo corporal e verbalmente ao que foi relatado. Também tiveram aqueles que trouxeram seus brinquedos e os introduziram como

algo de referência afetiva e de um ambiente seguro, assim como houve vítimas que desenharam o que era relatado por seus acompanhantes, contando do seu modo a violência.

O brincar, de modo geral, é entendido como algo relevante para esses atendimentos, por todos da equipe, porém, raramente os outros profissionais adentravam nesse mundo da imaginação e criatividade, seja pelo cumprimento dos protocolos ou pela compreensão de que isso seria tarefa da Psicologia. Ao longo dos atendimentos foi sendo cada vez mais nítida essa distinção de quem brinca-escuta e de quem escuta-examina-encaminha.

Para a psicologia, o brincar tem sido entendido como uma forma de as crianças e os adolescentes poderem atuar em sua realidade, satisfazendo seus desejos e necessidades (Vigotski, 1991; Cordazzo & Vieira, 2007). Através da brincadeira, as crianças e os adolescentes se sentem mais confortáveis, facilitando com que entrem em contato com seus conteúdos mais angustiantes, assim como podem resgatar sua criatividade e imaginação e colocarem ela em jogo de forma espontânea (Tachibana & Barbosa, 2020). Sabendo disso, o uso do lúdico nos atendimentos de violência sexual contra crianças e adolescentes, tem produzido um modo mais acolhedor, humanizado e próximo à realidade das vítimas, podendo fazer com que elas se tornem ativas em sua própria experiência.

Quando ocorria a separação da equipe, algumas crianças e adolescentes se mostraram ansiosas diante da ausência de seus familiares, mas se tranquilizavam quando lhe era explicado onde estava seu familiar e o que seria feito. Também houve crianças e adolescentes que se mostraram à vontade para continuar, principalmente pela possibilidade de continuarem brincando. Na experiência, estar com as crianças e adolescentes vítimas de violência num momento mais lúdico foi possibilitado que elas pudessem se colocar numa posição mais ativa, que falassem e interagissem, que criassem histórias e narrativas de suas vivências cotidianas, assim como pudessem se expressar em um ambiente protegido, contando que sentiram medo, raiva, que não sabem o que aconteceu, que se preocupam com sua família ou sua segurança. É nesse espaço, inclusive, que as crianças e os adolescentes puderam sair do lugar estrito de vítimas e demarcarem suas subjetividades de diferentes modos.

Muitas das vítimas atendidas utilizaram o desenho, por ser algo que já gostavam de fazer previamente, e de forma livre desenhavam sobre coisas de que gostam de fazer, brincar e contavam sobre suas casas e suas famílias. Seja no desenho ou no uso de bonecos, da casinha e de outros materiais, a psicóloga acompanhava junto o brincar espontâneo da criança ou do adolescente, fazendo perguntas que pudessem ir se aproximando de seu dia a dia, de suas relações familiares, do contexto escolar e, aos poucos, a situação de violência sexual.

A partir do momento em que a criança ou adolescente adentrava no assunto da violência ficava nítido o sofrimento, expresso na raiva, na tristeza, do medo, na insegurança e no desamparo. E quando ocorria essa possibilidade, a psicóloga podia perguntar sobre como havia sido e deixando livre que a vítima contasse ao seu modo (verbal ou não). Em três dos atendimentos as crianças escolheram o desenho como forma de comunicação, dando detalhes de cômodos, de objetos e nomeando o agressor e outras pessoas de relevância.

Nesse brincar-atender, as psicólogas puderam ir construindo um vínculo mais afetivo e menos atravessado pelas circunstâncias do ambiente e dos questionamentos direcionados.

Ao mesmo tempo, foi sendo atribuída uma responsabilidade não-dita do que deveria ser abordado ali e quais informações seriam necessárias, tendo em vista que muitas vezes as revelações eram feitas pelos acompanhantes e não pelas vítimas. A sensação que perpassou a experiência é de que a Psicologia ocupa um lugar múltiplo de brincante-investigadora-cuidadora da infância e da adolescência.

De forma paralela, no campo do lúdico a infância e a adolescência ganham um lugar próprio e em terra firme, tendo o brincar-psi como condutores da escuta e não apenas o protocolo de perguntas (um *check-list*) de quais elementos devem ser abordados. Tendo essa demarcação pelo lúdico, a Psicologia no PS-Ped foi se estabelecendo como a categoria que busca fazer a escuta desses sujeitos de um modo mais íntimo e cuidadoso, se aproximando da violência sexual e do cuidado direcionado a ela, sem desconsiderar outros elementos fundamentais tanto às vítimas naquela situação, quanto em suas realidades cotidianas.

Ao mesmo tempo em que a Psicologia dá indícios de que é uma área capaz de fazer a escuta especializada da violência sexual, retornamos ao foco desse trabalho: de que modo fazer isso em um Pronto-Socorro? No diário de campo nos deparamos com alguns apontamentos: “fazer psi [psicologia], ser psi [psicóloga] em equipe, como se dá? Nesse espaço de cuidado, um saber parece se sobrepor ao outro. É intencional ou é o acaso? Acho que isso faz a minha cabeça doer.” (27/10/2022).

Partimos dessa anotação para poder dizer que o fazer da Psicologia, ainda que em um lugar de destaque na escuta da violência sexual, não se faz separado dos outros atores que compõem a cena do atendimento. Ainda que questionemos sobre marcas, observamos os corpos e como se movimentam, alguns detalhes importantes ainda são responsabilidades e requerem o cuidado também de outros atores. E como é que dividimos essas responsabilidades?

A partilha dessa responsabilidade muitas vezes vai sendo guiada pelas legislações e normas que definem as competências de cada categoria profissional, porém, algo que é de comum a todos é a escuta e o acolhimento. Como foi sendo descrito aqui, muitas vezes na prática essa escuta tem sido truncada ou mesmo redirecionada a apenas um dos membros da equipe. Como consequência disso, fazer a escuta em um PS tem refletido em uma composição de ações desarticuladas e fragmentadas que até objetivam o bem-estar da vítima, mas que nem sempre são efetivas e que produzam um cuidado integralizado.

Neste espaço de cuidado-desagregado, o escutar e cuidar também se vê atravessado pelo laço Saúde-Direito característico desse serviço. Assim, como foi sendo observado na prática, o decorrer e a finalização do atendimento, cada profissional, em seu tempo, elabora seus prontuários. Por vezes, são marcados pelo anseio de qual implicação aquilo trará para a vítima ou para seu agressor, até mesmo para si como agente de cuidado. A escrita aciona novos afetos e preocupações do que acontecerá daqui para frente. Destacamos nas anotações: “Como escrevo, do que escrevo... Em conjunto o que escrevemos e o que fica dessa escrita? Quais marcas a palavra escrita demarca sobre os afetos que me movem?” (10/11/2022).

Na escrita que foi sendo apontada como um desafio por si só, para a psicóloga não pareceu algo tão trabalhoso quanto para os outros profissionais. Mas, também foi sendo

permeada por aquela responsabilidade que lhe foi atribuída durante o atendimento. Saber descrever o que fez no atendimento, perguntas realizadas, brincadeiras e jogos utilizados, como a criança ou adolescente brincou e se expressou, se relatou sobre a violência e como ela se mostrou física e emocionalmente diante disso. Assim como, compartilhar sobre o contexto, os espaços que transita, sobre potenciais riscos e como a família e a comunidade demonstram proteger e prevenir de futuras violências. Um escrito corpulento e laborioso, que requer atenção e dedicação. Esse trabalho da escrita, na experiência foi sendo dividida com a sua preceptora o que, de fato, facilitou e pôde ter uma interlocução do que colocar ou como colocar, mas também no alívio dos afetos que foram acionados nesse atender-escrever.

Ainda que o atendimento tenha ocorrido de forma conjunta, a escrita vai sendo feita de forma individual e restrita aos seus pares. Do mesmo modo, o atendimento vai se encerrando de forma gradativa e individualizada. A equipe que se organizou e adentrou junto no espaço de escuta e cuidado, de forma sistemática e coordenada, vai ganhando contornos divididos e desconectados. Ao final, se questiona o que é que foi produzido?. Silva (2010) descreve que o desafio está justamente na inclusão e na articulação dessas diferentes áreas de saber no cuidado, contudo, sabe-se que um campo comum entre elas se refere à proteção e a garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes.

A experiência foi se mostrando muito mais complexa e com engenhocas a serem consideradas. O que antes havia sido só vivenciado pelas discussões na educação permanente, no estar diretamente na escuta que os afetos de quem escuta foram mobilizados, mas também acionando os sentidos para as condições do ambiente, das relações profissionais de uma equipe que se altera continuamente e dos modos com que as vítimas acessam e chegam ao serviço. Colocar os pés nesse terreno em alguns momentos pareceu arriscado, tendo de continuamente reconhecer os pares (profissionais) e se reorganizar para a escuta, ainda que seja a mesma demanda.

Ocupando esse lugar do entre, algo que enriqueceu a experiência foi perceber que mesmo com os atravessamentos próprios do contexto do PS-Ped, é nele também que o cuidado pode ser promovido e algumas respostas e angústias acalentadas. As vítimas que relataram o alívio ou a segurança após compartilhar e os acompanhantes que puderam compreender mudanças e estranhezas do cotidiano. Simultaneamente, no amparo de uma equipe interdisciplinar, diferentes olhares e escutas indicaram que há diferentes cuidados que também precisam ser promovidos.

Na tentativa de fazer costura entre os saberes e tentando cozer o cuidado às vítimas, observa-se ainda um território incerto, de práticas que vão sendo pensadas no dia a dia. O serviço, ainda que permeado de incertezas e re-construções, se mostrou importante alicerce para o início do cuidado em saúde das vítimas de violência sexual. O PS-Ped vai se configurando como um local que agrega saberes e áreas que por vezes dialogam e que por vezes são atravessadas pelo silêncio. Nas experiências vivenciadas durante esses atendimentos, notou-se um espaço em um processo de estruturação, mas que denota também as potências da escuta dessas crianças e adolescentes.

QUANDO O FIO ACABA A COSTURA

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um fenômeno histórico, social e político que aciona e requer uma intervenção múltipla, sendo necessária a articulação da saúde, educação, segurança pública, judiciário e assistência social. No campo da saúde, a violência sexual infanto-juvenil tem se manifestado um agravo em saúde e tem suscitado a mobilização dos diferentes níveis de atenção para que a atenção às vítimas possa ser efetivada. O cuidado à infância e à adolescência no Brasil acompanhou os avanços promovidos pela Constituição Federal, a Lei nº 8.080 e ao ECA, porém, conforme foi necessária a inclusão da violência sexual, enquanto uma questão de saúde, novas operacionalizações teóricas-técnicas foram sendo formuladas.

Diante desse cenário de prevenção, assistência e promoção à saúde no contexto da violência sexual contra crianças e adolescentes, o Pronto-Socorro como um serviço de referência às urgências e emergências em saúde ganha um lugar especializado na rede de atenção e proteção. A princípio, se torna a referência do cuidado biomédico e de intervenções às lesões, exames, profilaxias e tratamentos medicamentosos. Contudo, conforme a compreensão de saúde se amplia para além de um olhar biológico e, principalmente de um entendimento multifatorial da violência sexual, o acolhimento e a escuta dessa situação se torna também uma prática fundamental em saúde.

Na experiência e nas discussões aqui apresentadas, têm-se que a escuta da violência sexual em um PS-Ped expõe um embate entre as obrigatoriedades do cuidado e as condições que essa escuta está atrelada. Isto é, o ambiente físico, a preparação de um espaço acolhedor e lúdico, o tempo de espera e de escuta, a capacitação da equipe profissional, o olhar para a infância e para a adolescência, a articulação intra-equipe e intersetorial, além da construção de práticas de cuidado que se transformam em recursos jurídicos. Neste cenário complexo, a assistência em saúde se desvela não unicamente em elementos típicos da saúde, mas denota explicitamente o que é mais característico da violência sexual: a multiplicidade de elementos e áreas de cuidado e proteção.

Algo que atravessou de forma contundente a experiência aqui relatada, se refere às potências e as dissidências quanto ao PS-Ped ser a porta de entrada da rede de proteção às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Essa duplicidade mostra que, simultaneamente, é possibilitado o acesso de forma mais imediata à rede, integrando em único serviço diferentes profissionais e especialidades, que buscam a não revitimização, centralizando o cuidado em saúde e a promoção do enfrentamento à violência, além de facilitar a articulação entre cuidado especializado e rede intersetorial. Assim como revela um corpo profissional muitas vezes despreparado, dividindo o tempo-espço com outras demandas de saúde, um ambiente inóspito e inseguro, além da exposição à possível violência institucional.

Em meio a essas contradições, a Psicologia passa a ocupar um lugar de relevância, sendo articuladora dentro da equipe e fazendo a mediação entre a criança ou o adolescente, seus acompanhantes e a rede de cuidados. A escuta da violência sexual contra crianças e adolescentes exige que a infância e a adolescência ganhem corpo e voz, podendo ser ouvidas,

olhadas e acolhidas em suas próprias formas de expressão e não apenas nas expectativas e no saber-psi. Mediante a isso, a Psicologia proporciona a interlocução com a linguagem da criança e do adolescente, com o contexto da violência sexual e também a linguagem técnica da área da saúde. Neste lugar do entre, a Psicologia assume um posicionamento comprometido com a infância e com a adolescência, ao mesmo tempo em que demanda que a equipe também compartilhe o cuidado em conjunto.

O que se nota de fundamental é que o laço construído em equipe, mesmo que a cada atendimento ela possa se reconfigurar, produz, concomitantemente, um cuidado que pode ser desarticulado e a iminente possibilidade de seu fortalecimento e do enfrentamento à violência sexual. Tendo esse cenário cotidiano permeado por dificuldades e necessidades constantes de transformação do cuidado, há algo no estar com o outro e em coletivo que oportuniza uma assistência mais integralizada e interlocutora. Assim, se deixa em aberto a reatualização e a construção contínua desses modos de se estar para que o PS-Ped possa se estranhar nas rotinas e normalidades, nas escutas. Conforme Manoel de Barros diz “desfazer o normal há de ser uma norma”.

Por fim, podemos dizer que esta intrigante e curiosa experiência foi permeada de perguntas, de corpo-afeto e afeto-corpo e, de limitações. Como a experiência se faz no encontro com o mundo e com os outros, ela se restringe, de algum modo, à experiência e aos encontros e movimentos que foram vivenciados. Ao mesmo tempo, a experiência, como ocorre de forma datada, se viu limitada a um tempo histórico, não podendo dizer de uma totalidade-generalização sobre como diferentes profissionais se organizam e produzem a escuta da violência sexual. Também se limitou por não acessar diretamente os efeitos deste atendimento na rede de proteção, por não ter contato direto com a rede intersetorial.

Junto a isso, algo que demarca diretamente a experiência é o tempo em que a residente pôde acompanhar, especialmente aos atendimentos. Diante do funcionamento da residência e da organização do cronograma de campos de prática, o PS-Ped tem apenas 05 semanas como destino e apenas em um dos anos da especialização. Algo que poderia contribuir com este trabalho e com futuras reflexões desse serviço se relaciona diretamente ao tempo de imersão nas experiências e rotina do serviço, podendo acessá-lo de forma mais aprofundada e se inserir nas diferentes configurações e organizações deste atendimento.

No decorrer da escrita, foi sendo acessado de forma superficial, os desdobramentos dos encontros das rodas de conversa e das inquietações que surgem cotidianamente, levando a produção de um novo protocolo de atendimento no PS de Pediatria. Somado a isso, a inclusão de um novo sujeito na cena do atendimento produziu também o estranhamento diante do que já era dado, do que já era instituído e, conseqüentemente, a reflexão teórico-prática dos modos que tem se feito escuta. De modo semelhante, não apenas o pensar sobre a violência sexual, mas a infância, a adolescência, as dinâmicas familiares e contextos socioculturais.

Propõe-se assim que, em oportunidades futuras, se possa aproximar a rede de proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, podendo ampliar o entendimento relativo ao PS de Pediatria e seu local oportuno na escuta, no cuidado e no enfrentamento à violência sexual. Em consonância, diante das dificuldades percebidas, que se

possam encontrar alternativas e possibilidades de transformação da realidade institucional e da rede de proteção, tendo a criticidade e ética como balizadores dessa transformação.

REFERÊNCIAS

- Angerami-Camon, V. A. (org.). (1998). *Urgências Psicológicas no Hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Bidarra, Z. S. & Dourado, A. L. D. (2020). Intersetorialidade em redes de políticas públicas para consolidar o Sistema de Garantia dos Direitos: o que aprendemos nesses 30 anos de Estatuto da Criança e do Adolescente?. *Emancipação (Ponta Grossa)*, 20. DOI: [10.5212/Emancipacao.v.20.2016308.018](https://doi.org/10.5212/Emancipacao.v.20.2016308.018).
- Borges, J. L. & Dell'Aglio, D. D. (2008). Abuso Sexual Infantil: Indicadores de Risco e Consequências no Desenvolvimento de Crianças. *Revista Interamericana de Psicologia*, 42(3). Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902008000300013.
- Brasil. (1940). *Código Penal Brasileiro*. São Paulo: Revista dos Tribunais. Recuperado de: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm.
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.069 de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)*. Distrito Federal: Brasília. Recuperado de: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.
- Brasil. (2009). *Lei nº 12.015 de Agosto de 2009*. Distrito Federal: Brasília. Recuperado de: [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm#:~:text=%E2%80%99C%3A%7%3A%3o%20sexual%20mediante%20fraude&text=Ter%20conjun%C3%A7%C3%A3o%20carnal%20ou%20praticar,%206%20\(seis\)%20anos](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm#:~:text=%E2%80%99C%3A%7%3A%3o%20sexual%20mediante%20fraude&text=Ter%20conjun%C3%A7%C3%A3o%20carnal%20ou%20praticar,%206%20(seis)%20anos).
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. *Linha de Cuidados para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: Orientações para Gestores e Profissionais de Saúde*. Distrito Federal: Brasília. Recuperado de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf.
- Brasil. (2013a). *Lei nº 12.845 de Agosto de 2013. Lei do Minuto Seguinte*. Distrito Federal: Brasília. Recuperado de: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm.
- Brasil. (2013b). *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes*. Distrito Federal: Brasília. Recuperado de: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sedh/08_2013_pnevsca.pdf.
- Brasil. (2015). Ministério da Saúde. Ministério da Justiça – Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Norma Técnica: Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registros de Informações e Coleta de Vestígios*. Distrito Federal: Brasília. Recuperado de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf.
- Brasil. (2017a). *Lei nº 13.431 de Abril de 2017*. Distrito Federal: Brasília. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm.
- Brasil. (2017b). *Portaria de Consolidação nº 5 de Setembro de 2017*. Recuperado de: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_5_28_SETEMBRO_2017.pdf.
- Chaparro, M. P. P., Vera, J. J. M. & Fuentes, Y. M. R. (2005). El maltrato infantil: características y consecuencias". In Fuentes, Y. M. R., Chaparro, M. P. P., *Menores en riesgo: reflexiones teóricas y ámbitos de intervención desde la perspectiva de género* (51-69). Jaén: Fundación Eurolingua.
- Conselho Federal de Medicina (CFM). (1995). *Resolução nº 1.451 de Março de 1995*. Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência nos Pronto-

- Socorros Públicos e Privados. Distrito Federal: Brasília. Recuperado de: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1995/1451_1995.pdf.
- Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 2.217 de Setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União. Distrito Federal: Brasília. Recuperado de: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>.
- Conselho Regional de Psicologia – Paraná (CRP-PR). (2021). *A atuação da(o) Psicóloga(o) nos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes*. Recuperado de: <https://crppr.org.br/violencia-sexual/>.
- Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Distrito Federal: Brasília. Recuperado de: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Cordazzo, S. T. D. & Vieira, M. L. (2007). A brincadeira e suas implicações nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, 7(1). Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1808-42812007000100009.
- Costa, K. D. & Tacsy, Y. R. C. (2020). Percepções de profissionais de saúde sobre a criança vítima de violência sexual, em um município do sudoeste goiano. *RSM – Revista Saúde Multidisciplinar*, 7. Recuperado de: <https://fampfaculdade.com.br/wp-content/uploads/2020/05/Artigo-7-PERCEPC%C3%87%C3%95ES-DOS-PROFISSIONAIS-DE-SA%C3%9ADE-SOBRE-A-CRIAN%C3%87A-V%C3%8DTIMA-DE-VIOL%C3%8ANCIA-EM-UM-MUNIC%C3%8DPIO-D.pdf>.
- Dal’Pra, K. R., Miotto, R. C. T. & Lima, T. C. S. (2007). A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. *Texto & Contextos*, 6(1). Recuperado de: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/1048/3234>.
- Deslandes, S., Cavalcanti, L. F., Vieira, L. J. E. S. & Silva, R. M. (2015). Capacitação profissional para o enfrentamento às violências sexuais contra crianças e adolescentes em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 31(2). DOI: [10.1590/0102-311X00078514](https://doi.org/10.1590/0102-311X00078514).
- Dias, T. M. & Joaquim, E. D. (2013). O problema da prova nos crimes contra a dignidade sexual. *Revista Juris FIB*, 4(4). Recuperado de: <https://revistas.fibbauru.br/jurisfib/article/view/176>.
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). (2021).. Diretrizes para o atendimento em violência sexual: o papel da formação médica. *FEBRASGO POSITION STATEMAN*, 4. Recuperado de: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/anticoncepcao/FPS---N4---Abril-2021---portugues.pdf>.
- Fernandes, D. T., Teixeira, M. R. C., Alves, P. C. B. A., Pereira, B. M. & Lima, A. I. O. (2022). Um olhar da psicologia sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(15). DOI: [10.33448/rsd-v11i15.37209](https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37209).
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2022). *Anuário de Segurança Pública: Violência sexual infantil, os dados estão aqui, para quem quiser ver*. São Paulo: São Paulo. Recuperado de: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/07/14-anuario-2022-violencia-sexual-infantil-os-dados-estao-aqui-para-quem-quiser-ver.pdf>.
- Freitas, C. P. P. & Habzigang, L. F. (2013). Percepções de Psicólogos sobre a capacitação para intervenção com vítimas de violência sexual. *Psicologia Clínica*, 25(11). Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652013000200013.
- 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.
- Granville-Garcia, A. F., Souza, M. G. C., Menezes, V. A., Barbosa, R. G. & Cavalcanti, A. L. (2009). Conhecimento e percepção de professores sobre maus-tratos em crianças e adolescentes. *Saúde e Sociedade*, 18(1). DOI: [10.1590/S0104-12902009000100013](https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000100013).

- Guzzo, A. C. A., Cabral, A. C., Silva, C. J. V. S., Reis, D. C., Fonseca, E. S. P., Ruffeil, I. S. ... & Ruffeil, S. (2010). Protocolo de Atenção Integral a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência: uma abordagem interdisciplinar em saúde. Recuperado de: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef/protocolo_atencao_criancas_vitimas_violencia.pdf.
- Habzigang, L. F. *Manual de capacitação profissional para atendimentos em situações de violência*. Porto Alegre: PUCRS. Recuperado de: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201910/15154038-manual-de-capacitacao-profissional-para-atendimento-em-situacoes-de-violencia-pucrs.pdf>.
- Habzigang, L. F., Koller, S. H., Azevedo, G. A. & Machado, P. X. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 21(3). DOI: [10.1590/S0102-37722005000300011](https://doi.org/10.1590/S0102-37722005000300011).
- Hora, T. D. & Paiva, A. R. (2017). Violência sexual contra crianças e adolescentes no campo da saúde e a intersetorialidade no sistema de garantias de direitos. *Revista SUSTINERE*, 5(2). DOI: [10.12957/sustinere.2017.30004](https://doi.org/10.12957/sustinere.2017.30004).
- Lima, J. S. & Deslandes, S. F. (2011). A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. *Interface (Botucatu)*, 15(38). DOI: [10.1590/S1414-32832011005000040](https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000040).
- Lima, E. A., Ribeiro, A. E. M. & Valiengo, A. (2012). Criança, Infância e Teoria Histórico-Cultural: Convite À Reflexão. *Revista Teoria e Prática da Educação*, 15(1). DOI: [10.4025/tpe.v15i1.18549](https://doi.org/10.4025/tpe.v15i1.18549).
- Magnabosco M., M. & Fortunato C. L. (2018). Entre a revelação e o atendimento: família e abuso sexual. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(3). Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242018000300459.
- Martins, C. B. G. & Jorge, M. H. M. P. M. (2010). Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. *Texto Contexto Enfermagem*, 19(2). DOI: [10.1590/S0104-07072010000200005](https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000200005).
- Mastroianni, F. C., Alves, A. A. R., Fernandes, A. B. A. & Leão, A. M. C. (2020). Violência Sexual Infanto-Juvenil: contribuições e responsabilidades dos profissionais de psicologia. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 12(1 suppl). DOI: [10.5433/2236-6407.2021v12n1suplp40](https://doi.org/10.5433/2236-6407.2021v12n1suplp40).
- Minayo, M. C. S. (1994). Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1). DOI: [10.1590/S0102-311X1994000500002](https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500002).
- Minayo, M. C. S., Souza, E. R., Silva, M. M. A. & Assis, S. G. (2018). Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2007-2016. DOI: [10.1590/1413-81232018236.04962018](https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018).
- Paixão, A. C. W. & Deslandes, S. F. (2010). Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil. *Saúde e Sociedade*, 19(1). DOI: [10.1590/S0104-12902010000100009](https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000100009).
- Pelisoli, C. L. & Dell'Aglio, D. D. (2015). Práticas profissionais de Psicologia em situações de abuso sexual. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(1). Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672015000100005.
- Pelisoli, C., Pires, J. P. M., Almeida, M. E. & Dell'Aglio, D. D. (2010). Violência sexual contra crianças e adolescentes: Dados de um serviço de referência. *Temas em Psicologia*, 18(1). Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-389X2010000100008#:~:text= Nesse%20per%C3%ADodo%2C%20foram%20acolhidos%204.294.advindos%20da%20rede%20de%20prote%C3%A7%C3%A3o.
- Protocolos Assistenciais: PRT.NPM.025. (2021). *Assistência às Mulheres e Meninas Vítimas de Violência Sexual. Núcleo de Protocolos Multiprofissionais*. Recuperado de: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/AssistenciasMulhereseMeninasviolnciasexualfinal...pdf>.

- Sanches, L. C., Araújo, G., Ramos, M., Rozin, L. & Rauli, P. M. F. (2019). Violência sexual infantil no Brasil: uma questão de saúde pública. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 9. DOI: [0.14422/rib.i09.y2019.003](https://doi.org/10.14422/rib.i09.y2019.003).
- Santos, A. C. P. O, Camargo, C. L. & Vargas, M. A. O. (2022). Elementos da estrutura hospitalar demarcando (in)visibilidades da violência institucional à criança. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(suppl 2). DOI: [10.1590/0034-7167-2020-0785](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0785).
- Silva, M. M. A. (2010) Cuidado e proteção em saúde da criança e do adolescente em situação de violência. In Conselho Federal de Psicologia, A escuta de crianças e adolescentes envolvidos em situação de violência e a rede de proteção (59-66). Recuperado de: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2010/02/escutFINALIMPRESSO.pdf>.
- Silva, E. P. & Vagostello, L. (2017). Intervenção psicológica em vítimas de estupro na cidade de São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(3). Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000300013.
- Soares, E. M. R., Silva, N. L., Matos, M. A. S., Araújo, E. T. H., Silva, L. R. & Lago, E. C. (2016). Perfil da violência sexual contra crianças e adolescentes. *Revista Interdisciplinar*, 9(1). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6771970>.
- Souza, C. M., Adesse, L. (2005). *Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Recuperado de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_sexual_brasil.pdf.
- Souza, C. & Silva, D. N. H. (2018). Adolescência em debate: contribuições teóricas à luz da perspectiva histórico-cultural. *Psicologia em Estudo*, 23. DOI: [10.4025/psicoestud.v23.e35751](https://doi.org/10.4025/psicoestud.v23.e35751).
- Tachibana, M. & Barbosa, P. C. (2021). Escutando o brincar num ambulatório de violência sexual infantil. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 12(1 suppl). DOI: [10.5433/2236-6407.2021v12n1supl138](https://doi.org/10.5433/2236-6407.2021v12n1supl138).
- Vieira, M. S. (2018). Violência sexual contra meninas: do silêncio ao enfrentamento. *Revista Libertas*, 18(2). DOI: [10.34019/1980-8518.2018.v18.18596](https://doi.org/10.34019/1980-8518.2018.v18.18596).
- Vieira, R. F. (2013). Violência Institucional e Responsabilidade Profissional na Resposta ao Abuso Sexual de Crianças. *Lusíada, Intervenção Social*, 41. Recuperado de: https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/5346/1/violencia_institucional.pdf.
- Vygotsky, L. S. (1991). *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. São Paulo: Martins Fontes.
- Werneck, M. A. F., Faria, H. P. & Campos, K. F. C. (2009). *Protocolos de Cuidado à Saúde e de Organização do Serviço*. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, Coopmed. Recuperado de: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>.

NOTAS

1. Utiliza-se a palavra minorizado, considerando que os grupos não são necessariamente minoritários em termos numéricos, porém sofrem um processo de minorização por estarem fora de um conceito ético de “normalidade”, do que se é esperado em termos raciais, de gênero, de idade, de classe social, de orientação sexual, entre outros, tornando-os vulneráveis às violências (Rouquette, M. L. Massas, normas e violência. *Ciência & Saúde coletiva*, 4(1)).
2. Todos os profissionais da Psicologia e do Serviço Social foram convidados a participarem da educação permanente. Também foram convidados residentes das categorias profissionais que possuem o Pronto-Socorro como campo de prática. O chamado de todos os profissionais ocorreu devido ao formato de referência de setor e também pelos plantões noturnos e de finais de semana, além das coberturas durante o funcionamento diário, para períodos de ausência dos profissionais.