

ISABELLA RODRIGUES REZENDE

**E QUANDO A ADOLESCENTE ALEGA SEU CONSENTIMENTO? UM ESTUDO DE
CASO SOBRE VIVÊNCIA/VIOLÊNCIA SEXUAL**

Uberlândia

2023

ISABELLA RODRIGUES REZENDE

**E QUANDO A ADOLESCENTE ALEGA SEU CONSENTIMENTO? UM ESTUDO DE
CASO SOBRE VIVÊNCIA/VIOLÊNCIA SEXUAL**

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

Orientadora: Profa. Dra. Miriam Tachibana

Uberlândia

2023

ISABELLA RODRIGUES REZENDE

**E QUANDO A ADOLESCENTE ALEGA SEU CONSENTIMENTO? UM ESTUDO DE
CASO SOBRE VIVÊNCIA/VIOLÊNCIA SEXUAL**

BANCA EXAMINADORA

Uberlândia, 20 de setembro de 2023

Prof. Dra. Miriam Tachibana

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dra. Marisa Aparecida Elias

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dra. Mariana Hasse

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

AGRADECIMENTOS

A escrita desse trabalho é fruto de uma caminhada muito longa, um pouco mais longa do que eu, de fato, gostaria, mas feita no tempo necessário. Esse trabalho se iniciou no meio da temida pandemia, quando tudo funcionava *on-line*, e fui aprovada no processo seletivo do NUAVIDAS. Nesse lugar, pude colocar em uma só gaveta tudo o que eu havia aprendido em toda a minha caminhada acadêmica e, com todas as vivências e trocas que pude experimentar naquele espaço, foi inevitável que o resultado final da minha formação carregasse um pouco dele também.

Por isso, inicialmente gostaria de agradecer de forma especial à Miriam, que me acolheu no ambulatório e, através desse lugar, permitiu que pudéssemos trabalhar juntas com esse tema tão caro a ambas. Agradeço a paciência em me orientar, agradeço as exigências e agradeço por permitir que eu fosse um “encaixe extra” no meio de uma agenda muito bem organizada. Agradeço a imensa paciência que teve e por ter dado toda a prioridade a mim para que eu pudesse seguir com os planos do futuro.

Também agradeço ao NUAVIDAS e toda a equipe que esteve comigo durante os quase dois anos de estágio, constantemente construindo trocas e novos olhares para a infância. Mas faço questão de aqui citar o Guilherme e a Julia, que foram peça fundamental nos atendimentos do caso estudado.

Agradeço também aos colegas de faculdade que não estiveram no NUAVIDAS, mas que estiveram ao meu lado durante essa longa caminhada se descobrindo na Psicologia. Em especial, agradeço à Mariana, que foi minha dupla do início ao fim, me dando espaço em tudo e ocupando um espaço imenso em meu coração.

Uma gratidão eterna à minha família, que é a minha base e foi o meu sustento para que eu pudesse conseguir passar pelos momentos turbulentos até ser aprovada no vestibular e, depois, me deu todo o suporte para que formatura fosse possível, para que eu um dia pudesse

ser chamada de psicóloga. Agradeço também ao meu noivo, que esteve do meu lado até aqui, e que carrega meus sonhos como se fossem seus, que me amparou nos dias em que o ambulatório não ia embora de mim quando eu ia embora dele.

Agradeço a Deus por essa jornada e por ter conseguido trilhar caminhos tão especiais na Universidade. Esse trabalho é fruto de uma construção feita pedra por pedra, que se iniciou em 2017 e não se encerra aqui.

*“Nem toda palavra é
Aquilo que o dicionário diz
Nem todo pedaço de pedra
Se parece com tijolo ou com pedra de giz
[...]*

*Tem beijo que parece mordida
Tem mordida que parece carinho
Tem carinho que parece briga
Briga que aparece pra trazer sorriso
Tem riso que parece choro
Tem choro que é pura alegria
Tem dia que parece noite
E a tristeza parece poesia
[...]*

*Descobrir o verdadeiro sentido das coisas
É querer saber demais
Querer saber demais”*

Sonho de uma Flauta – O Teatro Mágico

RESUMO

Na legislação penal brasileira, é considerado crime de estupro de vulnerável o ato sexual praticado com menores de 14 anos. Contudo, em nosso trabalho num ambulatório dedicado a vítimas de agressão sexual, por vezes deparamo-nos com casos em que meninas pré-adolescentes, tidas a priori como vítimas de violência sexual, não se reconhecem dessa maneira, isto é, consideram que teriam experienciado uma vivência sexual consentida. Com isso, o presente trabalho buscou descrever as ressonâncias de um caso considerado juridicamente como violência sexual, embora a suposta vítima pré-adolescente não se reconhecesse enquanto tal. Para a realização deste trabalho, optamos pelo estudo de caso de uma pré-adolescente de 11 anos, atendida num ambulatório especializado no interior de Minas Gerais. Após os atendimentos, foram redigidas narrativas transferenciais que foram, em conjunto, analisadas por meio da Teoria dos Campos. Ao final deste trabalho, foi possível tecer reflexões sobre o fato de a pré-adolescente apresentar-se, de maneira paradoxal, como uma “grande menina” e uma “pequena mulher”, com um corpo que, ao mesmo tempo que traduzia sofrimento, despertava no entorno o temor por se tratar de um corpo sexuado. Foi possível também discutir sobre o mal-estar experienciado pelos cuidadores responsáveis pelo caso, o que pode fomentar as intervenções a serem realizadas em casos tão peculiares como esse.

Palavras-chave: violência sexual; pré-adolescentes; consentimento sexual.

ABSTRACT

Under Brazilian criminal law the sexual act performed with children under 14 is considered a crime of rape of a vulnerable person. However, in our work at an outpatient clinic dedicated to victims of sexual assault, we sometimes come across cases in which preteen girls, considered initially as victims of sexual violence do not recognize themselves as such, considering that they have experienced a consensual sexual experience. To carry out this work we opted for the case study of an 11-year-old preteen attended at a specialized outpatient clinic in the interior of Minas Gerais. After the consultations, psychoanalytical narratives were written which were analyzed using the “Theory of Fields”. At the end of this work, it was possible to reflect on the fact that the preteen presented herself, in a paradoxical way, as a “big girl” and a “little woman”, with a body that reflected suffering and provoked fear in the surroundings as it was a sexed body. It was also possible to discuss the discomfort experienced by the caregivers responsible for the case, which can encourage interventions to be carried out in cases as peculiar as this one.

Keywords: sexual violence; preteens; sexual consent.

SUMÁRIO

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
2. MÉTODO	15
3. NARRATIVA DO ESTUDO DE CASO	18
4. REFLEXÕES CLÍNICO-TEÓRICAS.....	28
4.1 “Grande menina, pequena mulher”	29
4.2 “ <i>Red</i> : Crescer é uma Fera”	34
4.3 “Vítima x Suspeita”	38
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
6. REFERÊNCIAS.....	46

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A violência sexual contra crianças e adolescentes tem sido considerada como um dos mais graves problemas de saúde pública e de violação de direitos, não apenas por se tratar de um fenômeno complexo, multifacetado, multicausal e multidimensional (Magalhães, 2021), mas, também, por configurar-se como uma epidemia silenciosa, tendo em vista a falta de percepção da dimensão total desse problema. Sabemos que um dos fatores que seguramente influencia na invisibilidade dos casos de violência sexual infantojuvenil decorre do fato de que, não raro, a vítima não revela o episódio aos demais, havendo casos em que, quando ela o faz, os familiares responsáveis se silenciam diante do ocorrido, cunhando um segredo familiar (Lima & Alberto, 2012).

No presente trabalho, entretanto, inspiradas em nossa experiência enquanto integrantes da equipe de Psicologia de um ambulatório especializado no cuidado a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, interessa-nos os casos em que meninas púberes, tidas a priori vítimas de violência sexual, não se reconhecem enquanto tal e, portanto, diferem daquelas que se silenciam ou são silenciadas, conforme discutido anteriormente. Tratam-se, afinal, de meninas que consideram que o que elas teriam experienciado seria uma vivência sexual consentida, e não uma violência sexual.

Para discorrermos sobre essa manifestação peculiar no campo da violência sexual infantojuvenil, que por si só já é altamente complexo, entendemos que é necessário discutirmos sobre as noções vigentes de infância e de adolescência, noções essas que, como sabemos, consistem em uma construção social e cultural que varia de acordo com o momento histórico vivido.

No cenário brasileiro, entendemos que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), lançado em 1990 (Lei nº 8069), foi o primeiro documento oficial a reconhecer crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, inaugurando uma concepção de infância e de adolescência radicalmente oposta à da Doutrina da Situação Irregular proposta pelo Código de

Menores em 1979, que via crianças e adolescentes enquanto objetos de intervenção estatal (Jimenez et al., 2015).

Nesse sentido, a aprovação da Convenção Universal dos Direitos da Criança pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989, no plano internacional, e o ECA em 1990, no cenário nacional, permitiu que as crianças e os adolescentes, que antes eram totalmente subordinados à família ou aos tutores, como uma posse do “pai da família”, que sobre elas possuía direito absoluto (Lira, 2018), fossem vistos como sujeitos de direitos. Assim, o pai foi migrando, aos olhos do legislador, da posição de “dono” da criança/do adolescente para a de alguém que, na posição de assistente, deveria ser protetor e tutor em relação às crianças e aos adolescentes sob a sua autoridade.

Assim, se antes, a falta de autonomia dos filhos os colocava numa condição de objeto de posse, aos poucos, “a sua puerilidade foi invocada como justificção para a necessitante de guarida, classificando toda criança como ser naturalmente vulnerável” (Lira, 2018, p.2).

Mas como cuidar da criança e do adolescente concebendo-os enquanto sujeitos de direitos e, ao mesmo tempo, reconhecendo-os como aqueles que precisam ser alvo de ações tutelares (Lowenkron, 2016)? Entendemos que essa é uma questão que atravessa não apenas o ambiente familiar de crianças e de adolescentes, mas, inclusive, o ambiente social de maneira geral. E, embora essa dúvida possa atravessar diferentes esferas da infância e da adolescência, aqui focalizaremos em especial a falta de consenso, por parte daqueles que se ocupam de crianças e de adolescentes, a respeito de como conjugar direito e vulnerabilidade no campo da sexualidade. Em outras palavras, como conciliar o direito sexual de crianças e de adolescentes sem perder de vista de que se trata de um grupo vulnerável a possíveis violências de natureza sexual?

De acordo com Jimenez et al. (2015), o impasse da sociedade frente a essa questão pode ser observado inclusive nos documentos legais. Segundo esses autores, embora o ECA tenha criado meios para que os direitos sexuais fossem garantidos na assistência à saúde aos

adolescentes, se caracterizaria sobretudo pela ausência de direitos afirmativos relacionados à vida sexual e reprodutiva dessa população, descortinando uma compreensão predominantemente negativa da sexualidade infantojuvenil (Jimenez et al., 2015). Teria sido em 1999, por meio da ONU, que realizou uma revisão e avaliação da implementação de direitos sexuais e reprodutivos obtidos até o momento, que os direitos sexuais de adolescentes passaram a ser mais abordados, sendo-lhes assegurado o direito “à privacidade, ao sigilo, ao consentimento informado, à educação, inclusive sexual no currículo escolar, à informação e à assistência à saúde sexual e reprodutiva” (Ventura & Corrêa, 2006, p. 37).

Vale destacar ainda outro marco legal importante no que diz respeito à temática da sexualidade infantojuvenil, no território brasileiro. Em 2009, a legislação penal brasileira passou a considerar como crime de estupro de vulnerável o ato sexual praticado com menores de 14 anos (Costa et al., 2020). Desse modo, a partir da promulgação do artigo 224 do Código Penal Brasileiro (Lei nº 7.209, 1990), passou-se a entender, pelo menos juridicamente falando, que antes dos 14 anos o indivíduo não possuiria maturidade, autonomia plena ou direito de consentir uma relação sexual (Costa et al., 2020).

Num espectro mais amplo, vemos que o Código Penal brasileiro vem sofrendo reformulações no que diz respeito à violência sexual, não apenas no que tange às crianças e aos adolescentes. Sabemos, por exemplo, como bem pontuam Pollo e Costa (2013), que, antes da reformulação da lei em 2009, só era considerado estupro o ato praticado contra a mulher, posto que no Art. 213 constava a seguinte definição: “Constranger a mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça [...]” (Lei nº 7.209, 1990). Ademais, se antigamente a violência sexual era tipificada como um “dos crimes contra os costumes”, mais recentemente, passou a ser considerada dentre os “crimes contra a dignidade sexual” (Pollo & Costa, 2013), espelhando uma tentativa da sociedade de superar questões culturais outrora tão arraigadas.

Desde essa perspectiva, seria possível pensarmos que a lei do estupro de vulnerável, que considera uma violência sexual todo ato libidinoso praticado contra uma pessoa menor de 14

anos, conforme o Art. 217-A do Código Penal, equivaleria a uma tentativa de convocar a sociedade a reconhecer a vulnerabilidade da criança e do adolescente, que pode colocá-la em uma situação de desigualdade, de opressão e de dominação, não sendo, desse modo, alguém que se coaduna ao conceito liberal de “consentimento”, que pressupõe autonomia, autodomínio, racionalidade, livre arbítrio e responsabilidade (Lowenkron, 2015). Em outras palavras, conforme Lowenkron (2017, p. 735), o consentimento, que poderia ser definido como “uma decisão de concordância voluntária tomada por um sujeito dotado de capacidade de agência e livre-arbítrio”, precisa levar em conta a vulnerabilidade atribuída à criança e ao adolescente, uma vez que, em função dela, haveria de saída uma incapacidade natural de discernir e de atuar as vontades de maneira autônoma (Lowenkron, 2015).

Pensando nisso, Lira (2018) esclarece que os dispositivos legais determinando acerca da maioridade/menoridade sexual não estariam fazendo uma recusa de que há desejo ou prazer sexual por parte de crianças e de adolescentes. O que estaria em pauta seria a compreensão de que a capacidade de consentir um ato sexual seria uma competência desenvolvida com o tempo, por meio da socialização, de modo que caberia às crianças e aos adolescentes serem tutelados pela lei até se tornarem efetivamente sujeitos capazes de consentir plenamente.

Observamos, assim, uma vertente de estudiosos que entende que tais dispositivos legais, determinando acerca da maioridade/menoridade sexual, podem efetivamente vir a proteger indivíduos que, por vezes, não têm condições de dar seu consentimento sexual tal como outros indivíduos em estágio de amadurecimento mais avançado (Fernandes et al., 2020). De fato, são vários os teóricos dentro da Psicologia que compreendem que crianças e adolescentes se encontram de saída em situação de maior vulnerabilidade psíquica, podendo vir a se colocar em situações de risco, não cabendo, desse modo, “adultizá-los”, seja pela via da redução da maioridade penal (Siqueira & Passafaro, 2020), seja, em contexto paralelo, pela redução da maioridade sexual. Aqui valeria à pena citarmos o estudo de Cardoso et al. (2019), segundo o qual seis adolescentes, que haviam sido entrevistados a respeito das motivações envolvidas na

prática do *sexting* (troca de textos, imagens e vídeos de conteúdo sexual através de *smartphone*), relataram justamente a impulsividade, a necessidade de agradar o outro, bem como a dificuldade de impor limites.

Notamos, entretanto, na literatura especializada, que outros estudiosos da área consideram o artigo 224 do Código Penal Brasileiro problemático. Alguns deles, dentre os quais destacamos Jimenez et al. (2015), entendem que o artigo, de maneira análoga ao ECA, acaba afetando as políticas de saúde sexual e reprodutiva de crianças e de adolescentes. Outros, dentre os quais salientamos Lowenkron (2016), se questionam se o que estaria subjacente à definição de uma idade a partir da qual o indivíduo teria autonomia sexual não seria uma moral sexual que reduziria a autonomia de crianças e de adolescentes, furtando-os de seus direitos sexuais por meio de dispositivos legais e transformando-os perversa e forçosamente em um objeto na relação sexual, em função da invalidação jurídica de suas vontades ou agências.

Ademais, tais autores vêm se indagando se de fato é possível pré-determinar o momento a partir do qual um indivíduo tem condições de dar consentimento à prática sexual (Jimenez et al., 2015), entendendo que a vulnerabilidade e a menoridade têm sido usadas para fomentar uma possível imaturidade biológica e social da criança e do adolescente em relação ao seu “agente agressor” (Lowenkron, 2016).

Em meio a esse debate fervoroso que atravessa a comunidade científica nacional, notamos que faltam estudos em que os próprios jovens tenham suas vozes ouvidas acerca das práticas sexuais que por eles foram supostamente consentidas e que, a rigor, foram consideradas violências sexuais sofridas. Mediante o exposto, no presente trabalho, objetivamos descrever as ressonâncias de um caso considerado juridicamente como violência sexual, embora a suposta vítima pré-adolescente não se reconhecesse enquanto tal.

2. MÉTODO

Para a realização deste trabalho, optamos pela metodologia do estudo de caso. A escolha pelo estudo de caso se deu pois, segundo Yin (2005, como citado em Carneiro, 2018, p. 314), “o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.

No estudo de caso em questão, foram realizados cinco atendimentos com uma pré-adolescente de 11 anos num ambulatório dedicado a vítimas de violência sexual lotado em um hospital-universitário do interior do estado de Minas Gerais. A partir da leitura prévia do prontuário eletrônico dos casos agendados no referido ambulatório, foi possível identificar que essa pré-adolescente se encaixava nos critérios de inclusão da pesquisa, a saber: 1) ser do sexo feminino; 2) ter entre 10 e 12 anos de idade; 3) estar envolvida em violência sexual extrafamiliar.

Vale ressaltar que, no ambulatório em questão, os atendimentos são realizados por uma equipe interdisciplinar, composta por integrantes da Pediatria, Serviço Social e Psicologia. Em geral, enquanto a criança ou adolescente é atendido numa sala separada por um integrante da Psicologia, o familiar responsável por ele é atendido paralelamente por outros integrantes que compõem a equipe interdisciplinar. Assim, de início, a família toda é atendida conjuntamente pelos profissionais que se responsabilizarão pelo caso no ambulatório, de modo que todos possam se apresentar. Em seguida, é feita a escuta separada da criança/do adolescente em relação aos seus responsáveis; ao final de ambos os atendimentos, a família se reúne novamente, enquanto a equipe responsável também se reúne, em separado da família, para discutir sobre as escutas separadas realizadas e pensar nos possíveis encaminhamentos a serem dados ao caso.

Os cinco atendimentos com a pré-adolescente e sua mãe ocorreram de forma presencial, em uma das salas do ambulatório, entre setembro de 2022 e março de 2023. Todos os encontros

foram pautados no método psicanalítico, sendo adotada a técnica da associação livre¹. Contudo, por se tratar de uma pré-adolescente, os atendimentos também contaram com material lúdico, dada a vasta literatura psicanalítica que aponta que a utilização de recursos lúdicos pode inaugurar um ambiente mais relaxado que pode facilitar a comunicação emocional significativa de conteúdos potencialmente angustiantes (Winnicott, 1971/2019). Como bem pontuam Pedroso et al. (2016, p. 713), “as verbalizações nas brincadeiras são maneiras de expressar a vivência de uma realidade marcada por rupturas e continuidades”. Desse modo, nos atendimentos, a pré-adolescente ficava livre para brincar ou não com os objetos lúdicos disponíveis na sala lúdica do ambulatório, bem como a falar espontaneamente sobre os episódios que haviam feito com que ela e seu grupo familiar fossem encaminhados para o ambulatório de violência sexual.

Após a realização de cada atendimento, foi redigida uma narrativa transferencial, por parte da pesquisadora, que consiste numa forma especial de escrita em que as impressões contratransferenciais² do pesquisador são levadas em consideração, para além dos atos e falas dos participantes (Aiello-Vaisberg, Machado, Ayouch, Caron & Beaune, 2009). Contudo, ao invés de a escrita da narrativa transferencial restringir-se ao que fora vivido nos atendimentos com a participante, ela também incluía as impressões contratransferenciais da pesquisadora a partir da discussão do caso com os profissionais da equipe que atendiam a mãe (que foi a principal acompanhante da pré-adolescente no ambulatório), de modo a ter um olhar integrado sobre a participante, sobre a sua mãe e sobre a equipe ambulatorial envolvida no caso.

¹ Segundo Zimerman (2007), a associação livre representa a ação do paciente de falar livremente seus pensamentos e sentimentos ao analista, compreendendo que, quanto mais espontaneamente o paciente falar, menos defensivo ele se encontrará.

² De acordo com Roudinesco et al. (1998, p. 133), a contratransferência é um “conjunto das manifestações do inconsciente do analista relacionadas com as da transferência de seu paciente”, ou seja, diz respeito a como a informação trazida pelo paciente impacta na analista, cuja personalidade é valorizada ao máximo nas pesquisas psicanalíticas.

Em seguida, o conjunto das narrativas transferenciais referentes aos cinco atendimentos ambulatoriais prestados foi analisado, em contexto de grupo de pesquisa, segundo o método psicanalítico, buscando compreendê-lo segundo a técnica da atenção flutuante³.

A partir daí, utilizamos a Teoria dos Campos. Trata-se de uma teoria criada por Fabio Herrmann, com o objetivo de compreender o que as diferentes teorias psicanalíticas pós-freudianas tinham em comum (Herrmann, 2006). De acordo com Herrmann (2006), o método psicanalítico consiste num método interpretativo, sendo esse o principal caminho adotado nas práticas psicanalíticas diversas para a produção de efeitos terapêuticos (Sanches & Cardoso Jr., n.d.). Para discorrer sobre os tais efeitos terapêuticos, Herrmann utiliza o termo “campo”, compreendendo que o psiquismo é atravessado por vários campos que, por sua vez, são responsáveis em determinar as representações do indivíduo e, conseqüentemente, em sua maneira de se relacionar no mundo. Nesse sentido, as interpretações psicanalíticas no contexto clínico teriam como objetivo promover uma ruptura dos campos psicopatológicos habitados pelos pacientes, levando à transformação psíquica. Em outras palavras, romper um campo significaria permitir a ruptura de estruturas paralisantes, favorecendo o surgimento de novos campos (Sanches & Cardoso Jr., n.d.).

É importante destacar que, apesar de Herrmann ter desenvolvido a Teoria dos Campos pensando em aplicá-la no contexto clínico, o presente estudo buscou utilizá-la no contexto da pesquisa psicanalítica. Assim, nesse estudo não se objetivou romper os campos mais patológicos habitados pela participante, mas, sim, identificar os campos que atravessaram os

³ De acordo com Zimerman (2007), a atenção flutuante convida a analista a um estado de “pré-consciência”, o que o leva a estar atento a fatores externos, conscientes e inconscientes, de modo que a sua escuta não foca apenas no conteúdo de saída. Roudinesco et al. (1998, p. 39) apontam que a atenção flutuante é uma “regra técnica segundo a qual o psicanalista deve escutar seu paciente sem privilegiar nenhum elemento do discurso deste e deixando que sua própria atividade inconsciente entre em ação”, a fim de capturar aprofundadamente aquilo o que foi comunicado latentemente durante o encontro.

envolvidos no caso (vale dizer, a pré-adolescente, a mãe dela e os profissionais da equipe ambulatorial que se ocuparam do caso).

Ressalta-se que a pré-adolescente e sua responsável assinaram, respectivamente, os termos de assentimento e de consentimento para a participação na pesquisa, após a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética de Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CAAE: 64388522.2.0000.5152).

3. NARRATIVA DO ESTUDO DE CASO

“Na montanha russa”

Antes de realizar o primeiro atendimento no ambulatório, a equipe responsável pelo atendimento leu o prontuário eletrônico do atendimento de Maria⁴ no pronto socorro, atendimento este que culminara em seu encaminhamento para o ambulatório especializado. A partir da leitura desse atendimento anterior, foi possível saber que Maria havia sido encaminhada ao pronto socorro depois de a escola frequentada por ela denunciar que Maria havia sido forçada a ter relações sexuais com um menino de identidade e idade desconhecidas. Neste dia no pronto socorro, Maria foi submetida a um exame físico, em que não fora constatada nenhuma lesão, além da ruptura himenal.

No primeiro dia de Maria no ambulatório, ela veio acompanhada de sua mãe. Tão logo ela e sua mãe adentraram na sala de atendimento, onde eu me encontrava com um outro psicólogo e uma pediatra, chamou-me a atenção a estatura de Maria. Sua aparência e tamanho faziam com que ela parecesse ter mais do que 11 anos. Mas logo Eva⁵, mãe de Maria, passou a chamar a minha atenção, falando ininterruptamente sobre Maria apresentar diferentes

⁴ Este é um nome fictício visando garantir o anonimato da participante. O nome teve inspiração no Instituto Todas Marias, uma instituição filantrópica que acolhe e encaminha vítimas de violência doméstica.

⁵ Este é um nome fictício visando garantir o anonimato. O nome teve inspiração no livro “O Grito de Eva” de Marília de Camargo César, que narra diversos relatos de mulheres cristãs que passaram por violência doméstica.

versões do ocorrido e mostrando-nos um relatório pedagógico sobre ela, furtando-nos de nos apresentarmos uns aos outros adequadamente e deixando Maria visivelmente desconfortável, uma vez que ela se mantinha calada e olhando para baixo.

Foi necessário “interromper” a fala de Eva para que pudéssemos enfim nos apresentar e eu pudesse convidar Maria para nos dirigirmos à sala lúdica, seguindo o protocolo de atendimento ambulatorial. Tão logo Maria e eu chegamos nessa outra sala e ela viu os materiais lúdicos disponíveis, me disse que gostava de desenhar, me perguntando se poderíamos brincar de desenho, segundo uma dinâmica que ela havia visto em uma rede social. Desse modo, ela me pediu que uma de nós começasse o desenho e, depois de um tempo, a outra seguisse completando-o, de maneira que cada uma completava partes do desenho da outra e assim por diante. Enquanto desenhávamos alternadamente desse jeito, Maria começou a me contar sobre sua vida na escola, pontuando que possuía um bom vínculo com seus amigos de lá e, também, com a sua professora de História. Inclusive, segundo Maria, teria sido no ambiente escolar que ela havia contado, em primeiro momento, sobre aquilo o que se passara com Cláudio⁶, irmão de uma de suas melhores amigas. Segundo Maria, ela havia dito que havia tido uma relação sexual com Cláudio às amigas de escola que, por sua vez, propuseram que ela contasse o ocorrido para a professora de História. Ao falar com sua professora, Maria me disse que modificou a história, dizendo-lhe que ela havia viajado para a casa de um primo, com quem tivera relação sexual, e que estava preocupada porque a sua menstruação estava atrasada e estava com medo de estar grávida. Segundo Maria, a professora lhe deu dinheiro para que ela realizasse um teste de gravidez e, como o resultado deu negativo, ela pintou um traço vermelho na fita para fingir que o resultado fora positivo. Por conta disso, a professora acionou a diretoria da escola que, por sua vez, convocou Eva na escola para relatar o ocorrido.

⁶ Este é um nome fictício visando garantir o anonimato. O nome teve inspiração no livro “O Grito de Eva” de Marília de Camargo César, que narra diversos relatos de mulheres cristãs que passaram por violência doméstica.

Nesse momento, Maria começou a me dizer que havia mentido sobre a gravidez porque achava bonito quando via adolescentes grávidas na escola e porque tinha vontade de também ser mãe logo, pois se sentia muito sozinha e desejosa de ter uma companhia. Disse, contudo, que não gostaria de estar grávida de Claudio, com quem, segundo ela, havia tido relações sexuais num terreno baldio, para provar-lhe seus sentimentos por ele. Segundo Maria, aquela fora a sua primeira relação sexual e, antes do ocorrido, não pensava em sexo.

Enquanto desenhávamos conjuntamente, Maria me disse que, após o ocorrido, se sentiu traída e com raiva, porque Cláudio a bloqueara nas redes sociais. Ao me dizer que ela não queria mais ter relações sexuais antes dos 18-19 anos, assumindo o discurso de que cedera à relação sexual por se sentir pressionada por Cláudio, pontuei que, apesar de ele não ter forçado algo fisicamente, havia ocorrido uma coerção emocional e psicológica. Nesse momento, Maria me disse que nunca tinha parado para pensar nisso e começou a olhar para o chão. Respondeu-me que não haviam marcas físicas em seu corpo e, por isso, não havia ocorrido qualquer violência; porém permaneceu reflexiva.

Terminamos o encontro observando os desenhos que havíamos realizado juntas. Pedi que Maria nomeasse os desenhos que fizemos e então ela falou: “uma montanha russa colorida” (figura 1) e “uma casa feliz” (figura 2). Embora eu tivesse a impressão contratransferencial de que havíamos conseguido criar um bom vínculo, tive também a sensação de que Maria me escondia algo. Afinal, ao ser indagada sobre Cláudio, ela me disse que não sabia o seu sobrenome e nem a sua idade, a despeito de falar que ele era o irmão de sua melhor amiga, que ela conhecia há muito tempo.

Figura 1

Desenho de montanha russa realizado durante o atendimento



Figura 2

Desenho de uma casa feliz realizado durante o atendimento



Em conversa com o psicólogo e a pediatra que realizaram o atendimento de Eva, soube que a postura de Eva de falar ininterruptamente - o que eu mesma pude observar no início do atendimento conjunto - havia se mantido, mesmo diante da ausência da filha. Entendi, a partir dos profissionais, que ela se sentia pesarosa, não apenas em relação à Maria, mas, também, devido ao fato de ter um filho de três anos com diagnóstico de autismo e um companheiro que se encontrava na cadeia. Parecia, desse modo, que Eva, assim como Maria, também se sentia muito sozinha.

No segundo atendimento desse caso no ambulatório, quando eu e Maria estávamos nos dirigindo para a sala lúdica, deixando a sua mãe sob os cuidados do psicólogo da equipe ambulatorial que a acompanhara no atendimento anterior, a mãe de Maria a segurou pelo braço e disse: “Você vai contar para ela (referindo-se a mim) as mesmas coisas, com as mesmas palavras, que contou para mim. E eu vou contar para ele (referindo-se ao psicólogo) exatamente tudo o que me contou”.

Quando Maria e eu chegamos na sala lúdica, ela logo se movimentou no sentido de brincar com um dos jogos, ao invés de me falar sobre aquilo o que a sua mãe falara. Acompanhei esse movimento dela, limitando-me àquilo o que ela me trazia espontaneamente, em especial sobre o retorno de seu pai para casa, após alguns meses na prisão. Me chamou a atenção o modo desafetado com o qual ela discorria sobre isso, dizendo: “Foi como se ele tivesse acabado de voltar do serviço”. Apenas quando mudamos de jogo, Maria me disse que queria me contar algo. Contudo, ainda assim, ficou apenas voltada para o novo jogo, sem de fato falar sobre o assunto, até que eu a questionei mais diretamente sobre o que ela queria me contar.

Nesse momento, Maria respirou fundo, cruzou as mãos, apoiou-as sobre a mesa e me disse que, na verdade, tudo o que ela tinha dito até então era mentira. Ela começou a me explicar que brincou com suas amigas da escola que estava grávida e, como elas acreditaram, começou a mentir inventando a história sobre o Cláudio, que nem sequer existia. Maria falou

que se assustara com o fato de tantas pessoas terem se envolvido nessa mentira e que já não estava mais sabendo como sair dela. Ela então me contou que sua primeira relação sexual ocorrera, na verdade, com seus vizinhos, cujas idades são nove e 10 anos. Maria me diz que, na ocasião, ela havia ido até a casa deles para brincar e, ao ouvirem uma música no quarto, começaram a fazer aquilo o que a música descrevia, de maneira que se beijaram e tiveram relação sexual. De modo igualmente desafetado, Maria me falou que havia transado com os dois ao mesmo tempo e que eles nem sequer tinham camisinha. Tentando entrar em contato com os seus sentimentos, perguntei como havia sido aquela experiência para ela, ao que ela me respondeu: “Foi qualquer coisa, nada demais”. Insisti indagando se ela considerava que havia consentido aquela relação sexual, ao que ela disse: “Só aconteceu”.

Maria disse que, embora dessa vez estivesse sendo sincera, seus pais não estavam acreditando nela, suspeitando que ela havia inventado essa história para encobrir o Cláudio. Enquanto conversávamos sobre o desejo dela de melhorar o diálogo com os pais, me peguei contratransferencialmente atravessada também de dúvidas a respeito desse novo discurso de Maria. Mais do que ficar na dúvida sobre quem seria Cláudio (ou quem quer que fosse com quem Maria tivesse tido relação sexual), passei a me inquietar sobre quem seria de fato Maria.

Esse segundo atendimento ambulatorial teve duração de aproximadamente duas horas. Após a discussão do caso em equipe, entramos em contato com o CREAS e ficou decidido que o Conselho Tutelar seria acionado para que houvesse algum conselheiro acompanhando os vizinhos citados por Maria. Essa decisão ocorreu dada a compreensão de que as crianças envolvidas poderiam de alguma maneira já ter experienciado atos sexuais forçados.

No terceiro atendimento ambulatorial, Maria veio acompanhada pelo pai, Saulo⁷, pela primeira vez, devido ao fato de Eva estar realizando exames dada uma suspeita de câncer. Foi

⁷ Este é um nome fictício para garantir o anonimato. O nome teve inspiração no livro “O Grito de Eva” de Marília de Camargo César, que narra diversos relatos de mulheres cristãs que passaram por violência doméstica.

possível notar o desconforto do pai em estar ali no ambulatório, mantendo o seu olhar para o chão. Enquanto ele seguiu sendo atendido por uma assistente social e uma psicóloga, Maria e eu nos dirigimos à sala lúdica. Estava receosa com a possibilidade de ela não gostar da sala em que seria atendida, uma vez que, devido à ocupação das demais salas lúdicas, daquela vez, ia ser necessário atendê-la numa sala lúdica bastante infantil, geralmente usada para o atendimento de crianças menores. Tão logo compartilhei com ela essa minha preocupação, Maria riu e disse: “Tudo bem, eu só tenho tamanho. Ainda sou criança”.

Inicialmente, ficamos jogando os mesmos jogos com os quais já havíamos brincado nos atendimentos anteriores, isto é, UNO e pega-varetas. Enquanto brincávamos, Maria me disse que estava triste com o fato de que, no ano seguinte, teria que mudar de turno na escola e perderia o contato com os seus professores, sobre quem ela discorria como se fossem amigos próximos. Apesar de falar de modo mais emocionado sobre eles, quando perguntei a ela como ela havia se sentido de ter vindo acompanhada pelo pai ao ambulatório, ela apenas me respondeu de modo embotado: “Foi normal”.

Em um determinado momento da sessão, Maria me perguntou: “Fica muito estranho se eu disser que quero brincar de casinha?”. Respondi a ela que a gente poderia brincar do que quisesse, me questionando se a minha apreensão em colocar Maria na sala infantil poderia ter deixado-a inibida em manifestar o seu desejo de brincar com os brinquedos considerados mais infantis.

Me chamou a atenção que, ao brincarmos de casinha, Maria simulou que uma das bonecas se afogava na piscina, pedindo socorro para a sua mãe. Dando sustentação ao seu brincar, peguei uma outra boneca e disse que a socorreria, puxando a boneca de Maria para fora. Em seguida, fiz a minha boneca perguntar à boneca dela se ela gostaria de voltar à piscina, ao que ela respondeu que sim. Então ofereci boias para que a boneca dela pudesse estar segura na água. Ao final desse atendimento, em que Maria e eu não conversamos em absoluto sobre a temática da vivência/violência sexual, a despeito de estarmos num

ambulatório especializado, fiquei na dúvida sobre o que havia ocorrido ali. Havíamos brincado genuinamente para dar vazão ao lado infantil de Maria? Havíamos brincado como estratégia defensiva para não olharmos para a temática da violência sexual, mantendo aquilo o que ocorrera com ela no campo enigmático? Ou própria experiência sexual também teria sido vivida por ela como uma brincadeira, como um jogo vivido?

No quarto atendimento, Maria veio acompanhada de Eva novamente. Deixamos Eva sob os cuidados do psicólogo e da assistente social, que já vinham acompanhando-a, enquanto Maria e eu nos dirigimos a uma sala lúdica. Maria ficou animadamente me contando sobre as férias de fim de ano e de começo de ano, falando em especial da saudade que estava sentindo dos tios com os quais ela havia convivido durante esse período. Comentei com ela que, da última vez que havíamos nos encontrado, ela estava com receio de sentir saudades de seus professores e a indaguei como estava sendo essa questão. De modo mais desafetado, Maria me disse que seguia convivendo com alguns deles, mencionando a professora de História (a quem ela inicialmente comunicara sobre a suspeita de estar grávida). Aproveitei a brecha para dizer à Maria que, na última vez que nos vimos, não conversamos sobre o motivo pelo qual ela fora encaminhada para o ambulatório, motivo esse que se associava inclusive à história que ela contara a essa professora em questão. E pedi para que conversássemos sobre as várias histórias que ela já havia apresentado sobre o ocorrido. Maria me disse que era ruim para ela conversar sobre, já que não lembrava da maioria das coisas, mas que poderíamos conversar. De modo dissociado, a pré-adolescente me contou que estava em um churrasco na casa do vizinho, quando ela sugeriu que ela e as crianças, que estavam sozinhas num quarto, fizessem aquilo o que a música de funk estava descrevendo. Maria relatou que havia tido relações sexuais com os dois, de modo alternado, de tal maneira que haviam se revezado entre si para vigiar se as pessoas presentes no churrasco não os veriam. Quando a questioneei quem havia vigiado a porta primeiro, Maria disse que não se lembrava.

Ao perguntar como ela se sentiu com o ocorrido, ela respondeu apenas que “Foi estranho”. Imaginei que nossa comunicação seguiria travada, mas, de repente, Maria deu um longo suspiro, cobriu o rosto com as mãos, fixou o olhar no chão e pareceu trabalhar a sua respiração. Perguntei se ela estava bem e ela respondeu que sim, permanecendo com o olhar concentrado no chão. Em seguida, Maria me disse que aquela era uma ferida que ela estava tentando esquecer. Vendo que ela estava visivelmente desconfortável, não insisti mais no assunto e dei por encerrado aquele encontro.

No entanto, quando fui acompanhar Maria até a sala em que Eva se encontrava com os outros profissionais da equipe ambulatorial, para pontuar à Eva que Maria e eu estávamos conseguindo conversar sobre o ocorrido, mesmo que de maneira sofrida para ela, Eva começou a discorrer sobre seu desejo de levar a filha ao psiquiatra e ao ginecologista, compreendendo que ela precisaria tomar algum psicofármaco e usar algum método contraceptivo, dada a sua leitura de que Maria mentia muito e poderia vir a ter novas relações sexuais.

Nesse momento, Maria disse que não queria usar nenhum método contraceptivo, por não pretender ter relações sexuais novamente. Eva, por sua vez, disse que ela era a responsável legal de Maria e que “largaria a mão” de Maria se ela tivesse que lidar com tudo isso de novo, mencionando o seu desgaste em estar sendo cobrada pelos vários dispositivos da Rede de Proteção da infância e da adolescência, dado que estava em acompanhamento no Conselho Tutelar, no CREAS, no ambulatório e passou pelo CAPS, mencionando em especial o Conselho Tutelar. Paralisada diante dessa cena, sem saber como adentrar no discursopositor entre mãe e filha, vi a assistente social pedindo a palavra. Nesse momento, a profissional começou a discorrer para Maria sobre a lei de estupro de vulnerável, explicando quais eram as penalidades aplicadas ao agressor sexual e quais poderiam ser as consequências para a vítima, em caso de gravidez, mencionando que Maria ainda não tinha idade legal para trabalhar e que, desse modo, não teria condições de cuidar da criança, mesmo se desejasse. Explicou então que, caso ela engravidasse, as suas opções seriam a interrupção legal da gestação ou a doação

legal do bebê, dizendo: “Imagina que ruim é você engravidar e ter que dar o seu bebê pra outra pessoa criar”. Finalizou orientando Maria a não ter relações sexuais, aproveitando a sua infância.

Devido ao mal-estar de Eva com a Rede de Proteção, bem como devido ao meu mal-estar diante do discurso repressor que Maria escutara por parte da equipe ambulatorial no quarto atendimento, além do cansaço da equipe, dado o fato de que o último atendimento teve a duração de três horas, me encaminhei para o quinto atendimento ambulatorial desse caso desejosa de que aquele fosse o último. Nesse quinto dia, vieram novamente Maria e Eva, com Eva já iniciando nossa conversa falando que a sua mãe havia estado internada ao longo daquela semana, o que estava deixando-a bastante abalada.

Enquanto Eva seguiu sendo atendida pelo psicólogo e por duas pediatras, Maria e eu nos dirigimos a uma sala lúdica. No trajeto, ela comentou que já fazia tempo que não conversávamos na sala lúdica de crianças menores (aquela em que o terceiro atendimento ocorrera). Expliquei a ela que aquela sala estava, naquele momento, ocupada com um atendimento de uma criança menor. Aproveitei que Maria estava falando de um de nossos atendimentos prévios para dizer-lhe que eu achava importante retomarmos aquilo o que havia ocorrido na última vez em que ela e sua mãe haviam comparecido ao ambulatório. Parecia que, de alguma maneira, eu precisava reparar aquele mal-estar que ficara dentro de mim.

Maria logo disse que entendia que a sua mãe precisava desabafar e que só se colocara na conversa, ao final, porque realmente não queria usar método contraceptivo, a despeito da vontade de sua mãe de que ela o use. A pré-adolescente também trouxe que, assim como a mãe, se sentia desgastada com todos os lugares aos quais estava tendo que ir, desde que fora inserida na Rede de Proteção, listando para mim as instituições as quais ela já havia comparecido. Lembrei-me, nessa hora, que o Conselho Tutelar inclusive havia ido até a casa vizinha de Maria, para averiguar o envolvimento das outras crianças no episódio relatado por ela, o que acabara culminando na decisão de manter-se afastada das duas crianças vizinhas.

Diante de tudo que me contou, disse à Maria que pensava na possibilidade de ela e sua mãe terem alta ambulatorial, compreendendo que talvez o gesto mais cuidadoso que poderíamos ter, para com elas, seria deixá-las sendo acompanhadas por uma quantidade menor de dispositivos da Rede de Proteção. Também aventei com Maria a possibilidade de ela seguir em acompanhamento psicológico em um outro dispositivo não especializado na temática da violência sexual, de modo que ela pudesse ter um espaço de cuidado que, diferentemente do ofertado por mim, pudesse acolher várias outras questões para além da vivência/violência sexual. Maria concordou com a alta ambulatorial, dizendo que de fato conversar sobre isso era como mexer numa ferida, que ela tentava curar, mas que ficavam arrancando a “casquinha”. Encerramos o nosso encontro brincando com alguns dos jogos com os quais já havíamos brincado em atendimentos anteriores.

Embora o caso tenha recebido alta do ambulatório, soube depois, a partir da discussão com os profissionais da equipe interdisciplinar que haviam atendido Eva naquele dia, que eles haviam decidido encaminhá-la para o setor do ambulatório que é dedicado às mulheres adultas vítimas de violência sexual, uma vez que, nesse último atendimento, que durou duas horas, ela trouxera que estava sendo vítima de violência sexual perpetrada por Saulo, que não aceitava a sua recusa em ter relações sexuais com ele. Ao final, tive a impressão de ter acompanhado um caso clínico cheio de reviravoltas surpreendentes, tal como se estivesse numa montanha-russa que, no entanto, diferentemente do desenho que Maria e eu havíamos feito juntas, tinha tons sombrios.

4. REFLEXÕES CLÍNICO-TEÓRICAS

A partir da análise psicanalítica do conjunto das narrativas transferenciais elaboradas dos cinco atendimentos ambulatoriais prestados, foi possível identificar três campos, intitulados “Grande menina, pequena mulher”, “Red: crescer é uma fera” e “Vítima X Suspeita”.

4.1 “Grande menina, pequena mulher”⁸

Este campo refere-se ao paradoxo de Maria apresentar-se enquanto uma criança e uma adolescente, num só tempo, o que por sua vez despertava sentimentos ambíguos naqueles que compunham o seu entorno. Nesse sentido, compreendemos que, antes mesmo da dualidade vivência/violência sexual, deparamo-nos com a dualidade entre estarmos diante de uma grande menina ou de uma pequena mulher.

O lado “pequena mulher” de Maria aparecia não apenas em sua elevada estatura, que fazia com que inclusive ela aparentasse ter mais idade, mas, também, em alguns de seus discursos, que por vezes lembravam falas de uma pessoa adulta. Como exemplo, é possível citar o relato de Maria acerca da experiência sexual com os vizinhos, que lembrava o discurso de uma mulher mais madura relatando uma das várias aventuras sexuais já vividas, como se se tratasse de algo vivido naturalmente ao som da música, com os meninos envolvidos estando despreparados apenas pelo fato de não terem preservativos.

Já o lado “grande menina” de Maria se manifestou em especial em seu terceiro atendimento ambulatorial, quando Maria teve que ser atendida na sala lúdica dedicada a crianças de idade menor, composta por mesinha e cadeira infantis, bem como por objetos lúdicos geralmente associados a crianças de faixa etária menor. Embora houvesse um receio por parte da equipe ambulatorial de que Maria não se encaixaria nesse espaço tão “infantilizado”, ela se mostrou bastante confortável nesse dia, tanto que, em seu último atendimento ambulatorial, quis retornar para aquela sala. Como ela própria mencionou em um dos atendimentos a ela prestados, ela só tinha tamanho, mas ainda era criança, ou seja, tinha um lado de “grande menina” por vezes imperceptível.

Não apenas a equipe ambulatorial parecia oscilar entre ver Maria como uma “grande menina” ou como “uma pequena mulher”, mas, também, a própria mãe de Maria parecia ser

⁸ Filme dirigido por Boaz Yakin, que narra as aprendizagens que uma jovem e uma criança trocam enquanto vivem os percalços do dia a dia.

atravessada por essa ambiguidade em relação à filha. Em alguns momentos, parecia que Eva via Maria como suficientemente madura, principalmente se comparada ao seu irmão, que, devido a menor idade e ao fato de ter autismo, de fato apresentava-se de maneira mais imatura e frágil do que Maria. Isso acabava fazendo, inclusive, com que Maria se sentisse desprovida de cuidados em seu ambiente familiar, tanto que, no primeiro atendimento ambulatorial, comunicou sentir-se bastante sozinha e desejosa de ter alguém para si. Em outros momentos, entretanto, parecia que Eva também via Maria como uma “grande menina”, incapaz de falar sobre seu próprio corpo, cabendo à Eva decidir de maneira exclusiva se Maria seria medicada com psicofármacos e com método contraceptivo.

Aqui seria possível inclusive ampliarmos essa discussão para a própria sociedade, que parece de fato ter dúvidas diante de meninos e meninas adolescentes. Embora o ECA estabeleça que o adolescente é a pessoa entre 12 e 17 anos de idade, notamos que, no campo do Direito, há diferentes marcadores etários sendo usados para discorrer sobre os direitos e deveres de jovens. Assim, ao mesmo tempo em que o ECA compreende que qualquer indivíduo a partir de 12 anos já pode responder por seus atos infracionais, a Lei nº 8.624 entende que apenas a partir dos 16 anos o indivíduo tem condições de votar nas eleições. Soma-se a isso a compreensão de que o indivíduo, apenas a partir dos 14 anos, tem condições de dar o seu consentimento sexual.

Vemos, dessa forma, que a adolescência parece suscitar muitas dúvidas, a ponto de inclusive contarmos com diferentes marcadores etários, na legislação brasileira, para pensar nas (in)capacidades dos jovens. Seria possível inclusive pensarmos que talvez seja justamente por conta das várias dúvidas que podem ser suscitadas, ao redor da adolescência, que a lei que considera estupro de vulnerável qualquer prática sexual envolvendo menor de 14 anos seja aplicada, no Brasil, aos moldes de presunção absoluta. Como explica Sauer (2014), na presunção absoluta, a presunção é sempre a mesma, não havendo uma avaliação do caso em função das suas particularidades. Caso a lei fosse aplicada segundo a presunção relativa, o caso

já passaria a ser julgado levando em conta, para além do marcador etário de 14 anos, as especificidades do contexto.

Segundo Sauer (2014), no Brasil, a lei de estupro de vulnerável vem sendo aplicada em presunção absoluta, uma vez que, anteriormente, quando era aplicada conforme presunção relativa, o julgamento se tratava de uma violência sexual ou de uma vivência sexual consentida ocorria principalmente em função da aparência física e das vivências sexuais prévias da suposta vítima, a ponto de haver casos em que o fato de a menina vitimada aparentar ter idade superior a 14 anos e já não ser mais virgem ser decisivo para que se considerasse não se tratar de um caso de estupro de vulnerável. Em outras palavras, embora exista a compreensão de que o mero marcador etário se revela insuficiente, se aplicado de maneira absoluta, vê-se, por outro lado, que a presunção relativa traz riscos, dado o machismo inserido em todas as esferas de nossa sociedade, uma vez que, se a vítima não corresponde ao imaginário social de criança assexuada, abre-se a brecha para que ela deixe de ser reconhecida enquanto vítima (Sauer, 2014).

Nesse sentido, podemos supor que, caso a lei fosse aplicada em presunção relativa, Maria, que tinha um lado de “pequena mulher”, talvez não tivesse sido considerada vítima de violência sexual e não teria sido encaminhada para um ambulatório especializado. Contudo, o seu lado de “grande menina”, que inclusive tardou para se manifestar no atendimento ambulatorial, teria sido negligenciado. Vemos, desse modo, como a aplicação de leis destinadas a proteger pré-adolescentes e adolescentes, que justamente encontram-se em uma fase de transição, transita também num terreno altamente complexo.

Podemos pensar que Maria evocava tanto o campo “Grande menina, pequena mulher” não apenas pela dubiedade que tanto caracteriza os (pré) adolescentes, mas, também, pela forma com que ela particularmente se apresentava, sustentando discursos que soavam como desafetados, ao longo dos atendimentos ambulatoriais. Embora comunicasse o sentimento de solidão, o medo de vir a sentir falta dos professores, a saudade dos tios que moravam longe,

dentre outros, paralelamente, falava de maneira distanciada de todos eles, inclusive de seu pai e de seus amigos da escola. De maneira análoga, as diferentes histórias contadas por Maria – envolvendo primo, vizinhos, irmão da melhor amiga – pareciam estar acompanhadas de frases esvaziadas, tais como “só aconteceu”, “foi normal”, dentre outras.

Ainda, durante o terceiro atendimento ambulatorial, realizado na sala lúdica infantil, por mais que Maria tenha podido desnudar-se do lado “pequena mulher” e vivenciar maximamente o lado “grande menina”, ainda assim a impressão contratransferencial era a de que aquele brincar, a priori associado à espontaneidade e à criatividade (Winnicott, 1971/2019), também estava atravessado por aspectos de cunho defensivo. Parecia que, de alguma maneira, Maria estava mais pedindo socorro para não se afogar do que se lançando num brincar de faz-de-conta.

Aqui seria possível fazermos uma alusão à obra de Winnicott, que tanto discorreu sobre o brincar e a espontaneidade, e que, a partir de suas observações clínicas, desenvolveu os conceitos de verdadeiro *self* e de falso *self*⁹. Podemos pensar, a partir daí, que talvez a dúvida acerca de quem seria Maria - uma “grande menina” ou uma “pequena mulher” - estivesse também associada ao fato dela apresentar-se de modo dissociado, como se se encontrasse numa condição de falso *self* patológico. Desde essa perspectiva, é como se Maria tivesse tido que

⁹ Winnicott concebia como verdadeiro *self* qualquer organização psíquica no sujeito, sendo inclusive um pouco rudimentar, ocorrendo antes mesmo dele ser capaz de compreender a separação entre o interior e o exterior. O verdadeiro *self* diz respeito ao que é singular e próprio do indivíduo, isto é, o que é específico do bebê desde o início da vida (Silva et al., 2014). Em relação ao falso *self*, o autor discorre sobre duas perspectivas: protetor e patológico. O falso *self* protetor ou defensivo é entendido como saudável, comum a todos, responsável por adaptar o sujeito à faceta social, sendo uma ponte entre o *self* verdadeiro e a realidade externa. Já o patológico estaria associado a uma dissociação como forma de reagir a um ambiente que não é suficientemente bom, o que mantém o verdadeiro *self* fora de alcance (Ribeiro et al., 2016). Assim, diante do falso *self* patológico, o sujeito se adapta à realidade externa, tentando quase que desesperadamente criar uma atmosfera favorável ao seu próprio desenvolvimento (Mello et al., 2015). Dessa forma, entendemos que o verdadeiro *self* compreende aspectos da origem da organização subjetiva, enquanto o falso *self*, por sua vez, se dá por meio da relação do indivíduo com a realidade compartilhada (Silva et al., 2014). Em outras palavras, na obra winnicottiana, o verdadeiro *self*, mesmo que protegido por um falso *self* protetor, estaria de acordo com os gestos espontâneos do sujeito, enquanto o falso *self* patológico já estaria associado a vivências do sujeito que poderiam ser sentidas como não pertencentes a si mesmo (Silva et al., 2014).

encobrir o seu lado de “grande menina”, deixando transparecer mais o seu lado de “pequena mulher”, o que talvez tenha se dado devido ao fato de viver em um ambiente familiar atravessado por violência conjugal, sofrimento materno acentuado, tratamento de autismo, dentre outros.

Seria possível inclusive pensarmos que, talvez em função dessa condição *falso self* em que Maria se encontrava, ela tenha apresentado discursos tão distintos acerca da experiência sexual vivida. Afinal, num primeiro momento, de modo bastante pueril, Maria discorreu sobre o desejo de engravidar logo para ter uma companhia para si (quase como num “delírio” de que, desse modo, poderia superar o sentimento de solidão, fosse com um bebê a ser maternado, fosse tendo a professora de História maternando-a diante de sua revelação); num segundo momento, discorreu de modo bastante desinibido, quase como se fosse uma mulher adulta, sobre uma cena de sexo a três que teria se dado ao som da música.

Assis (2019), em sua tese “Vadias ou Certinhas”, descreve que, de fato, as meninas adolescentes têm oscilado entre dois campos opostos, diante do despertar de sua sexualidade, ora encarnando o lugar de “vadias”, ao ousarem explorar a sua sexualidade confrontando as expectativas sociais acerca do lugar da mulher, ora, num extremo oposto, adentrando no lugar de “certinhas”, mostrando-se sexualmente inibidas e sustentando o discurso conservador de namorar, casar e ter filhos. Desde essa perspectiva, seria possível nos questionarmos: será que, ao sustentar ambos os discursos - o de “certinha” e o de “vadia” -, Maria comunicava a busca desenfreada de apresentar um discurso, fosse ele submisso ou subversivo, em relação ao discurso social, aos moldes da posição *falso self*, sem conseguir entrar em contato genuinamente com o seu verdadeiro *self*?

Ainda, é possível nos indagarmos sobre o terceiro atendimento ambulatorial, em que Maria ficou “apenas” brincando durante todo o encontro, à luz do conceito de *falso self*. Sabemos que, na obra de Winnicott (1971/2019), o brincar está associado ao verdadeiro *self*, posto que ele convoca o gesto espontâneo, a criatividade e a autenticidade, tanto que, conforme

Mello et. al (2015), crianças que precisaram amadurecer precocemente, aos moldes do falso *self* patológico, têm dificuldades para brincar relaxadamente, estando mais atravessadas pela necessidade imperativa de se adaptar ao outro. Nesse sentido, caberia a pergunta: no terceiro atendimento de Maria, o brincar apresentado por ela teria sido uma tentativa de resgate do verdadeiro *self*, vale dizer, do lado “grande menina”, que havia sido obscurecido pelo lado “pequena mulher”? Ou teria sido um meio dela apresentar-se como uma “grande menina” em conformidade com a sala lúdica infantil e, em termos mais gerais, com um ambulatório que a olhava como uma “grande menina” em detrimento de uma “pequena mulher”?

4.2 “*Red: Crescer é uma fera*”¹⁰

Este campo refere-se à percepção de que o corpo de Maria ocupou centralidade ao longo do desdobramento desse caso no ambulatório, porque 1) muitas vezes a comunicação corpórea de Maria se fazia mais expressiva do que a sua comunicação verbal; e 2) porque o corpo de Maria despertava em sua mãe e em parte da equipe ambulatorial a preocupação de que deveria ser alvo de intervenções.

Em relação ao primeiro aspecto, pôde-se observar, conforme discutido previamente, que Maria apresentava, em geral, um discurso desafetado, relatando de maneira apática sobre os episódios sexuais vividos, sobre o retorno de seu pai a sua casa, em consonância com uma postura dissociada do tipo falso *self*. Por vezes, aquilo que denunciava os afetos da pré-adolescente era o seu corpo, através de uma postura mais cabisbaixa, de dores de cabeça, de agitação psicomotora. Nesse sentido, é possível pensarmos que o corpo de Maria revelava mais sobre o seu estado afetivo-emocional do que a sua comunicação verbal. É interessante, inclusive, pontuar que, em meio às desconfianças que a mãe e a equipe por vezes sentiam em relação às narrativas fugidias de Maria, a certeza de que algo havia efetivamente sido

¹⁰ Filme produzido pela Disney que mostra a história de uma adolescente que está passando por transições de fase e tem que lidar de uma maneira muito expressiva com seus hormônios e emoções. Assim, ela se transforma em um panda vermelho gigante quando não consegue conter suas emoções, com o filme explorando a relação desta com seu corpo incontrolável.

vivenciado por Maria se dava também através do exame médico empreendido em seu corpo: a partir da leitura do atendimento do caso no pronto socorro, sabia-se de sua ruptura himenal.

Desde o seu fundamento, a partir da clínica da histeria, a Psicanálise tem revelado que o que não é dito ou não escutado tende a ser manifestado por meio de atos ou no corpo. Se essa premissa seria válida para todos, seria possível pensarmos que a ausência de palavras, acompanhada de expressões corpóreas, seria algo ainda mais comum da adolescência, uma vez que, nessa fase, são acionadas angústias que, não raro, dado o não amadurecimento do aparelho psíquico, encontram no ato uma maneira de se expressar (Silva & Mello, 2017). Isso justificaria, inclusive, a conduta cada vez mais frequente, entre adolescentes, de recorrer à automutilação diante de angústias que não conseguem ser traduzidas de outra forma a não ser através do corpo.

Mas se, por um lado, as condutas autolesivas versam sobre a incapacidade do indivíduo de representar e sentir a própria dor, por outro, é possível pensarmos, como destacam Castro e Couto (2021), que elas também abarcam o sentimento de que falta um outro que auxilie a encontrar palavras para nomear a dor, de maneira tal que ela acaba se manifestando através do próprio corpo. Em outras palavras, a automutilação apontaria para “um interior mal definido e de uma alteridade que ficou precária por meio de um agir compulsivo em direção ao corpo” (Castro & Couto, 2021, p. 831).

Essa articulação entre a comunicação corpórea e o outro foi abordada na teorização do Eu-Pele, que tece um paralelo entre as funções egóicas e as da pele. Assim, à medida em que o bebê, em estado de não-integração, é acolhido pelo ambiente, cujo contato inicial se dá em especial a partir do contato corpo-a-corpo, sua percepção sobre o mundo externo vai sendo delineada, de modo que não apenas haveria uma pele, enquanto tecido biológico, discriminando o interior e o exterior, mas, também, uma pele psíquica, o Eu-Pele, atuando como o ego, dando unidade e sustentação ao psiquismo e atuando como escudo protetor contra o excesso de excitações externas e internas (Pohl & Neves, 2020). Desde essa perspectiva, seria possível pensarmos que algumas pessoas apresentam manifestações corpóreas em função desse Eu-Pele

fragilizado, tanto devido a uma incapacidade de manifestar de outro modo o sofrimento psíquico quanto devido à percepção de que o ambiente não é capaz de ofertar continência psíquica (Pohl & Neves, 2020).

De fato, ao longo dos atendimentos, foi possível observar que Eva, que era a principal figura cuidadora de Maria em seu ambiente familiar, muitas vezes tomava mais centralidade nos atendimentos que a própria Maria, comunicando a sua incontinência psíquica. Seria inclusive viável pensarmos que, talvez, na brincadeira de casinha de bonecas, em que Maria simulou que uma das bonecas afogava e pedia socorro à própria mãe, ela comunicava o quanto estava transbordando em meio ao seu próprio sofrimento psíquico e, também, o de sua mãe, habitando um campo de sobrevivência psíquica. Teria sido justamente por conta disso, aliás, que ela teria tido que desenvolver uma postura falso *self*, como forma de se proteger das falhas ambientais sofridas?

Retomando esse conceito de verdadeiro e falso *selves*, seria inclusive possível refletirmos o quanto a agitação psicomotora, a postura curvada e o olhar cabisbaixo de Maria, em determinados momentos dos atendimentos realizados, equivaleriam a manifestações do verdadeiro *self* de Maria, possíveis de fazerem o contraponto com o discurso desafetado dela em função do *setting* que a ela estava sendo oferecido (Silva et al., 2014). Nesse sentido, apesar da compreensão de que o corpo dela estava sendo usado para comunicar angústias que, de outro modo, não seriam manifestadas, entendemos que a comunicação através do corpo não deixava de ser uma tentativa de integração que impede a desconexão entre psique e soma (Silva et al. 2014).

Entendemos, contudo, que o corpo de Maria não foi, ao longo desse estudo de caso, tomado o tempo todo como um corpo ferido, isto é, alvo de cuidado sensível, o que nos leva ao segundo aspecto desse campo “*Red: Crescer é uma fera*”. Notamos que a própria Maria, na maior parte das vezes, camuflava o seu corpo ferido acentuando um corpo sexuado, excitado ao som da música, que ansiava por se tornar um corpo grávido. Maria, inclusive, compreendia

que ela não poderia ser uma vítima de violência sexual, tal como os demais usuários do ambulatório, uma vez que seu corpo não apresentava as marcas físicas de um corpo visivelmente ferido.

Talvez, justamente devido ao fato de Maria apresentar seu corpo mais como sexuado do que como ferido, o olhar de parte da equipe ambulatorial e de sua mãe acabou voltando-se mais a essa dimensão corpórea de Maria. Assim, o corpo de Maria, mais do que ser visto como um corpo que traduzia feridas psíquicas não passíveis de serem comunicadas sem ser através dele, era tido como um corpo sexuado que deveria ser medicado, seja através da implantação de um método contraceptivo, seja através de tratamento psicofármaco para inibir o comportamento supostamente transgressor de Maria. Essa questão fica evidente quando, por exemplo, Maria manifestou dor de cabeça diante de uma situação estressante e essa dor foi interpretada, por sua mãe, como um sintoma de TPM, o que acabou, por associação livre, sustentando um discurso superegóico de sua mãe para com ela acerca da necessidade de ela usar um método contraceptivo.

Chama a atenção que, ao mesmo tempo em que Maria sustentava, mais do que o discurso de um corpo ferido, o de um corpo sexuado, declarava veementemente que não queria ser medicada, em especial no que diz respeito à implantação do método contraceptivo, dizendo que não estava tendo relações sexuais e que não se via, inclusive, tendo novas vivências sexuais num futuro próximo. Aqui é possível pensarmos no bordão que vem sendo usado pelas feministas, isto é, “meu corpo, minhas regras”, para aludir ao direito da mulher sobre o seu próprio corpo. Seria possível pensarmos que, ao ter o seu corpo controlado, sendo alvo de intervenções a contragosto, Maria estaria mais sob a égide de “meu corpo, suas regras”?

Por outro lado, será que meninas pré-adolescentes, tal como Maria, já teriam uma relação com o próprio corpo em que teriam condições de regê-lo por conta própria? A aquisição do próprio corpo, segundo Winnicott, não é dada; resulta de um processo altamente complexo em que psique e soma se envolvem em um movimento de coparticipação inseparável, sendo

considerada uma conquista do amadurecimento emocional. Gradualmente, os mecanismos instintivos juntamente com as experiências afetivas de cuidado corporal (que ocorrem em um ambiente suficientemente adaptativo), culminam no que o autor nomeava como personalização satisfatória (Junior, 2013). Nesse sentido, apoderar-se de nosso próprio corpo demandaria elaborado trabalho psíquico, o que pode dar margem para que pensemos que nem todo indivíduo tem maturidade emocional para regular o seu próprio corpo, embora seu corpo seja inviolavelmente seu. Como conjugar essa questão de que o corpo pertence a cada um e, ao mesmo tempo, não é sempre que o indivíduo tem autoridade e autonomia sobre o próprio corpo?

4.3 “Vítima x Suspeita”¹¹

Este campo refere-se ao mal-estar vivenciado pelas pessoas envolvidas mais diretamente no caso, que, de certo modo, pareciam sentir-se vitimadas. Foi possível observarmos, desse modo, que, a despeito de Maria adentrar legalmente no ambulatório como vítima de violência sexual, o sentimento de também ocupar um lugar de “vítima” atravessava os cuidadores responsáveis pela pré-adolescente, vale dizer, a sua mãe e a equipe interdisciplinar do ambulatório.

Foi possível observar que Eva sentia-se vitimada pela própria filha já no primeiro atendimento ambulatorial, demonstrando uma função materna prejudicada, quando ela começou apresentando Maria como alguém que contava mentiras e cujo relatório pedagógico “atestava” seu comportamento problemático, ao invés de falar da filha como uma criança vitimada que demandava ações de cuidado. Ao longo dos atendimentos no ambulatório, notou-se que Eva sentia-se tão vitimada pelo que ocorrera com a filha que por vezes ameaçava entregar a sua guarda legal ao Conselho Tutelar, chegando inclusive a declarar que faria uso do presente estudo como uma forma de punição à Maria, alegando que imprimiria o trabalho para que Maria

¹¹ Documentário da Netflix em que um repórter expõe diversos casos de agressão sexual em que a vítima acaba sendo acusada e criminalizada.

o lesse e refletisse sobre as consequências de seus atos antes de ter relações sexuais novamente. Em outras palavras, via-se que Eva parecia sentir-se tão vitimada pelo sentimento de não ter controle sobre Maria que recorria aos vários dispositivos da Rede de Proteção, dentre os quais o Conselho Tutelar e a equipe ambulatorial, como forma de ameaçar e punir a filha, que, nessa perspectiva, mais parecia ocupar o lugar de “agressora” da mãe.

Vale destacar que Eva não apenas via-se vitimada pela própria filha, como, também, em outras esferas de sua vida, tanto que, a cada atendimento ambulatorial, havia uma demanda de sua parte para que a equipe acolhesse o seu sofrimento pelo fato de ter um filho com autismo, por ter um marido que se encontrava no presídio, por ter uma suspeita de um câncer, por estar com a mãe internada... Podemos pensar que justamente por conta de tantos atravessamentos ela se revelava tão prolixa, fazendo com que os profissionais que a acolhiam se sentissem contratransferencialmente exaustos com tamanha demanda.

Entendemos também que, por sua vez, os profissionais que se ocuparam mais diretamente desse caso, no ambulatório em questão, também se sentiam “vitimados” pelo caso. Isso ocorria não apenas porque os atendimentos “exaustivos” junto à Eva faziam com que a equipe ficasse contratransferencialmente desejosa pelo encerramento desse caso no ambulatório, mas, também, porque os atendimentos prestados junto à Maria também despertavam mal-estar contratransferencial na equipe ambulatorial, uma vez que, como ela apresentava versões distintas de si a cada encontro, havia a impressão, por parte da equipe, de estar sendo manipulada e enganada pela pré-adolescente.

Algo que chama a atenção é que se, por um lado, Eva e a equipe ambulatorial viam-se sendo vitimadas pelas atitudes de Maria, por outro, víamos que Maria, que legalmente ocupava o lugar de vítima de violência sexual, não se apresentava conscientemente como tal. Pelo contrário, Maria apresentava um discurso desafetado em relação ao episódio sexual vivido, deixando apenas escapar o seu sentimento de que precisava de ajuda quando, ao brincar de

casinha no terceiro atendimento, encenou que a boneca estava se afogando e gritando pelo socorro da mãe.

Seria possível, num primeiro momento, pensarmos que a constituição desse vínculo peculiar, em que os cuidadores se sentiam vitimados pela vítima, que, por sua vez, não se apresentava enquanto tal, derivava justamente dessa dinâmica em que Maria apresentava manifestações de um falso *self* patológico, não apresentando-se verdadeiramente e despertando desconfiança de seus cuidadores para com ela e com os movimentos que ela poderia vir a adotar secreta e impulsivamente. Num segundo momento, entretanto, consideramos imprescindível refletir, dentro do campo “Vítima X Suspeita”, para além da tríade composta pela pré-adolescente, mãe e equipe ambulatorial, ampliando o nosso olhar para o macrocosmo em que estavam todos inseridos.

Nesse sentido, vale lembrarmo-nos, conforme Costa et. al (2020) apontam, que, apesar de o ECA prever que o adolescente é um sujeito de direitos, inclusive sexuais, segundo a legislação penal brasileira, compreende-se que qualquer ato sexual praticado com menor de 14 anos é caracterizado como crime de estupro de vulnerável. Em função desse limite etário, familiares e profissionais veem-se diante de situações em que, independentemente do discurso daquele que é menor de 14 anos, o caso deve ser tratado de maneira absoluta como estupro de vulnerável, devendo ser acompanhado enquanto tal pelo Conselho Tutelar e demais órgãos da Rede de Proteção (Costa et al., 2020; Hohendorff & Patias, 2017).

O problema que daí decorre, segundo Costa et al. (2020), é que, embora essa lei tenha sido desenvolvida como meio de proteger a vulnerabilidade infantojuvenil, parece haver uma desconexão entre ela e os próprios adolescentes, que pedem para serem escutados segunda a presunção relativa. Tais autores, que realizaram grupos focais com estudantes do segundo ano do Ensino Médio, para discutir sobre a iniciação sexual, a violência sexual e os mecanismos de proteção, observaram que, em geral, os adolescentes participantes não compreendiam o marcador etário como marco social para iniciarem a vida sexual, com alguns deles se sentindo

capazes de decidir e de consentir, não se percebendo em situação de vulnerabilidade nessa fase inicial da adolescência (Costa et al., 2020).

Seria possível, a partir daí, nos indagarmos até que ponto a postura desafetada de Maria, com ela apresentando diferentes narrativas sobre o ocorrido, não estaria também relacionada ao fato dela estar sendo, de saída, caracterizada como vítima de estupro de vulnerável por parte da Rede de Proteção, estando inclusive inserida em um ambulatório dedicado a vítimas de violência sexual, a despeito de, inicialmente, não se ver enquanto tal. Será que Maria sentia-se uma menina “perseguida” por aqueles que se propunham a cuidar dela? Afinal, aquilo o que ela falava na Rede de Proteção de fato tinha repercussões, tanto que, após ela contar sobre o episódio sexual com os vizinhos, o Conselho Tutelar fora até a casa deles para questionar os responsáveis e, desde então, o vínculo entre eles havia sido cortado.

Trata-se de uma indagação importante se considerarmos que, na literatura especializada sobre a violência sexual infantojuvenil, deparamo-nos com diversos estudos que, com o intuito de aprimorar o cuidado a uma população já traumatizada com a violência sexual sofrida, tem discorrido sobre a importância de os profissionais que dela se ocupam evitarem um cuidado revitimizante. Dentre os estudos que versam sobre isso podemos destacar o de Pires (2017), para quem haveria uma revitimização quando a vítima precisar repetir a narrativa da agressão sofrida em diversos momentos: para algum familiar, para um conselheiro tutelar, para um médico, para outros profissionais que compõem a Rede de Proteção, para as autoridades policiais e judiciárias, dentre outras.

Para além da problemática da criança/do adolescente ter que falar repetidamente sobre a violência sexual sofrida, Favero e Rudge (2009) compreendem, a partir da obra do psicanalista húngaro Sándor Ferenczi, que outra possível revitimização teria a ver com os profissionais realizando um desmentido junto à vítima. Em sua teoria, Ferenczi apontava que a negação por parte dos adultos, frente à narrativa da criança de que sofreu uma violência sexual, levaria a criança a sentir-se desautorizada em sua fala, o que, por sua vez, teria um contorno também

traumático e desestruturante. Isso porque a confiança da criança em relação a sua percepção poderia ser destruída, levando a criança a se sentir paralelamente inocente e culpada (Favero & Rudge, 2009). A revitimização, nesse sentido, dar-se-ia porque, ao desmentir o relato da experiência já traumática da violência sexual, o adulto não constituiria um ambiente acolhedor à criança vitimada, impedindo a sua elaboração psíquica do ocorrido (Medeiros & Junior, 2020).

A partir desses estudos que tanto discorrem sobre as possíveis revitimizações que a vítima pode sofrer por parte daqueles que a priori são seus cuidadores, por meio de inquéritos repetitivos e desmentidos, é possível pensarmos que, talvez, no estudo de caso em voga, tenhamos nos deparado com uma pré-adolescente que se sentia também revitimizada. Contudo, nesse caso particular, a revitimização parecia estar mais associada ao fato dela estar sendo indagada e colocada de saída como uma vítima de violência sexual sem que ela se identificasse com esse lugar. É como se, ao ser caracterizada enquanto vítima de violência sexual, a despeito de declarar ter consentido uma vivência sexual, Maria fosse alvo do desmentido, com o seu discurso acerca do consentimento sendo tomado como algo fantasioso, dado que, segundo a lei, não há consentimento sexual envolvendo menores de 14 anos de idade.

Assim, embora, em geral, associemos o cuidado revitimizante à precariedade dos serviços e às intervenções repetitivas que os diferentes profissionais que compõem a Rede de Proteção podem vir a fazer no atendimento às vítimas e familiares, inclusive devido ao fato de o trabalho interdisciplinar desafiar diferentes profissionais, a partir de sua área de especialidade, a trabalhar de maneira integrada (Hohendorff & Patias, 2017), seria possível supormos que, em algumas situações específicas, a revitimização esteja associada a esse “desencontro” entre aquilo o que a pré-adolescente acredita ter vivido e aquilo o que a Rede de Proteção apresenta para ela. Nesse sentido, podemos pensar que, talvez, o fato de alguns integrantes da equipe ambulatorial apresentarem um discurso normativo e moralizante em relação à sexualidade de Maria, discorrendo para ela sobre interrupção legal da gestação e doação legal, bem como

apoiando a decisão materna de Maria usar método contraceptivo mesmo contra a sua vontade, tenha se configurado, mais do que como um gesto de cuidado, uma violência institucional.

Faz-se imprescindível, contudo, compreendermos que essa postura repressora de parte da equipe ambulatorial para com Maria não derivava simplesmente de uma atitude controladora de um determinado profissional para com a pré-adolescente. Entendemos, numa análise mais ampla, que o fato de estarmos inseridos em um sistema judiciário que determina que o menor de 14 anos seja tratado como alguém incapaz de dar consentimento sexual, devendo ter a sua sexualidade tutelada até completar os 14 anos, acaba convocando os profissionais que atuam junto a essa população a intervirem mais no campo de controle do que no de cuidado. Entendemos que talvez tenha sido por esse motivo que, depois de perceber que seus relatos eram analisados e tinham consequências, Maria começou a ser fugidia com a rede, numa tentativa de, talvez, tentar escapar ilesa das “acusações”.

Nesse sentido, compreendemos que os profissionais da equipe ambulatorial, mais do que estarem sendo “vitimados” por Maria e suas diferentes versões sobre aquilo o que ocorrera, encontravam-se numa condição de vulnerabilidade dada a submissão a uma legislação específica, que não abre diálogo para discussão de diferentes cenários que ocorrem na Rede de Proteção. Trata-se de um dado valioso uma vez que, apesar de a literatura especializada reconhecer o mal-estar dos profissionais que trabalham com vítimas de violência sexual, em geral tem associado esse sofrimento profissional à vulnerabilidade psíquica da vítima. Segundo Silva et al. (2021), por exemplo, não raro o profissional se sente impotente diante dos casos de violência sexual infantojuvenil, o que acaba despertando nele o sentimento de não estar suficientemente capacitado para lidar com tais casos, que, ao seu ver, demandariam a capacidade de desprendimento de sentimentos. Assim, conforme Tachibana e Barbosa (2022), é comum que o profissional se sinta numa condição de vulnerabilidade psíquica, experienciando contratransferencialmente sentimentos de exaustão, vazio e falta de sentido, compartilhando o mesmo estado afetivo-emocional da criança vitimada.

Entendemos, contudo, que, no caso em pauta, os profissionais se sentiam numa condição de vulnerabilidade devido ao fato de precisarem fazer intervenções junto à Maria desde o lugar de vítima de violência sexual, dada a sua tenra idade, apesar de ela mesma, de saída, não se identificar enquanto tal. Ter de conciliar a demanda jurídica e a demanda de Maria foi também emocionalmente desgastante para a equipe ambulatorial, tanto que, ao final, a decisão de encaminhar o caso para acompanhamento psicológico fora do ambulatório especializado em violência sexual infantojuvenil teria sido um meio de tentar disponibilizar à Maria um espaço de cuidado em que ela não se sentisse tão pressionada a falar e nem responsável diretamente pelas ações jurídicas que seriam tomadas a partir de suas falas, desprendendo-a de um dispositivo da Rede que parecia às vezes prender-lhe como que numa teia, fazendo com que temesse que seus relatos criassem “próximas vítimas”.

De todo modo, compreendemos, dentro do campo “Vítima X Suspeita”, que os principais envolvidos no caso, no ambulatório, sentiram-se de alguma maneira vitimados. A equipe se sentia vulnerável nesse entrecruzamento entre as demandas de Maria e as expectativas da Rede de Proteção; Eva sentia-se excessivamente cobrada e controlada pelos dispositivos da Rede de Proteção, o que a levava a assumir condutas repressoras para com Maria, por sua vez; e Maria, que parecia ter feridas sim em relação ao episódio sexual vivido, parecia nem conseguir entrar em contato com elas, dado o sentimento maior de estar sendo vitimada pela Rede de Proteção, num contexto de violência institucional.

Diante disso, podemos questionar o que era prioritário neste atendimento. Seria necessário envolver tantos pontos da Rede de Proteção? Além disso, além de nos questionarmos se houve ou não consentimento na relação sexual vivida por Maria, fica dúvida: havia consentimento de Maria para estar em atendimento no ambulatório?

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi fruto da escuta da voz e do corpo de uma pré-adolescente acerca das práticas sexuais que por ela foram supostamente consentidas, mas que, a rigor, foram juridicamente violências sexuais sofridas. A partir dele foi possível levantamos questionamentos sobre o paradoxo de a pré-adolescente apresentar-se enquanto uma criança e uma adolescente, em um só tempo, o que por sua vez despertava no entorno, para além da dualidade em relação a vivência/violência sexual vivida por ela, também a dualidade a respeito de como dirigir-se a ela, isto é, como uma grande menina ou uma pequena mulher. Além disso, foi possível tecermos reflexões sobre a comunicação corpórea expressiva da pré-adolescente, bem como sobre as intervenções que foram dirigidas ao seu corpo, tido mais como um corpo sexuado que deveria ser alvo de intervenções do que um corpo em sofrimento. Por fim, discutimos sobre o mal-estar vivenciado pelos cuidadores responsáveis pelo caso, vale dizer, a mãe da pré-adolescente e a equipe ambulatorial, que por vezes sentiam-se vitimados e adotavam intervenções revitimizantes para com a pré-adolescente.

Entendemos, evidentemente, que tais reflexões não abarcariam todo e qualquer caso de vivência/violência sexual envolvendo pré-adolescentes, uma vez que nos debruçamos sobre um único estudo de caso, o que pode, inclusive, ser considerada uma limitação desse estudo. Ainda assim, consideramos o estudo valioso, uma vez que o tema tem sido fervorosamente debatido na literatura especializada sem, no entanto, contar com a perspectiva da própria pré-adolescente.

Concluimos, assim, que essa pesquisa abre espaço para que novos estudos sejam feitos sobre o tema, fomentando a discussão sobre os cuidados integrais de (pré) adolescentes que se encontram nesse impasse pessoal e jurídico. Seria possível nos questionarmos sobre a possibilidade de a Rede de Proteção, diferentemente da Justiça, que opera segundo a presunção absoluta, ofertar cuidado fazendo uma escuta não absoluta os (pré)adolescentes. O cuidado deve ser integrado, pessoal e único, com uma escuta mais flexível e não normativa.

Por fim, pensando nos desenhos realizados no primeiro atendimento ambulatorial de Maria, entendemos que, ainda que a Rede de Proteção, por vezes, se assemelhe a uma montanha-russa, marcada por altos e baixos e movimentos circulares/redundantes, entendemos que é possível que ela venha a estar mais próxima da casa colorida, constituindo-se como um ambiente suficientemente bom em meio às demais falhas ambientais.

6. REFERÊNCIAS

- Aiello-Vaisberg, T.M.J., Machado, M. C. L., Ayouch, T., Caron, R., & Beaune, D. (2009). Les récits transferenciels comme présentation du vécu clinique: Une proposition méthodologique. In: D. Beaune (Org), *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues* (pp. 39-52). Paris: L'Harmattan.
- Assis, N. P. D. (2019). “*Vadias ou Certinhas*”: *Estudo Psicanalítico Sobre o Sofrimento de Meninas Adolescentes*. [Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas]. Repositório Institucional PUC-Campinas. https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/bitstream/handle/123456789/15599/ccv_ppgpsico_dr_Nat%C3%A1lia_DPA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cardoso, A. T., Falcke, D., & Mosmann, C. P. (2019). Sexting: Percepções de adolescentes sobre o fenômeno e acerca do papel das relações familiares. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(3), 665–685. <https://doi.org/10.12957/epp.2019.46909>
- Carneiro, C. (2018). O estudo de casos múltiplos: Estratégia de pesquisa em psicanálise e educação. *Psicologia USP*, 29, 314–321. <https://doi.org/10.1590/0103-656420170151>
- Castro, Y. A. V., & Couto, V. V. D. (2021). Escuta Clínica a Adolescentes que se Cortam: um olhar para o corpo e o vínculo materno na perspectiva da psicanálise. *Contextos Clínicos*, 3(14), 827-849. <https://doi.org/10.4013/ctc.2021.143.05>

- Costa, S. F. da, Taquette, S. R., Moraes, C. L. de, Souza, L. M. B. da M., & Moura, M. P. de. (2020). Contradições acerca da violência sexual na percepção de adolescentes e sua desconexão da lei que tipifica o “estupro de vulnerável”. *Cadernos de Saúde Pública*, 36. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00218019>
- Favero, A. B., & Rudge, A. M. (2009). Trauma e desmentido. *Psychologia*, (50). https://doi.org/10.14195/1647-8606_50_8
- Fernandes, C., Rangel, E., Díaz-Benítez, M. E., & Zampiroli, O. (2020). As porosidades do *consentimento*. Pensando afetos e relações de intimidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (35), 165–193. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.35.09.a>
- Herrmann, L. (2006). A Episteme da Psicanálise: Uma contribuição da Teoria dos Campos. *Jornal da Psicanálise*, 39(70), 81-96. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100005&lng=pt&tlng=pt
- Hohendorff, J. V., & Patias, N. D. (2017). Violência Sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo. *Barbarói*, (49), 239-257. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i49.9474>
- Jimenez, L., Assis, D. A. D., & Neves, R. G. (2015). Direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes: Desafios para as políticas de saúde. *Saúde em Debate*, 39 (107), 1092–1104. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151070385>
- Junior, C. A. P. (2013). Sobre o corpo-afeto em espinoza e Winnicott. *Revista EPOS*, 4 (2). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2013000200003&lng=pt&tlng=pt.
- Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1990. (07 de dezembro de 1990). Código Penal. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
- Lei nº 8069, de 19 de julho de 1990. (13 de julho de 1990). Dispõe sobre o Estatuto da

Criança e do Adolescente e dá outras providências.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm

Lei nº 8624, de 04 de fevereiro de 1993. (04 de fevereiro de 1993). Dispõe sobre o plebiscito que definirá a forma e o sistema de governo e regulamenta o art. 2º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, alterado pela Emenda Constitucional nº 2. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18624.htm

Lima, J. A., & Alberto, M. de F. P. (2012). Abuso sexual intrafamiliar: As mães diante da vitimação das filhas. *Psicologia & Sociedade*, 24, 412–420. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000200019>

Lira, M. J. (2018) A proteção da vulnerabilidade sexual da criança pelo Direito: Uma visada psicanalítica sobre o que está por trás do meramente jurídico. In: VIII Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, 2018, Rio de Janeiro. VIII Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, 2018.

Lowenkron, L. (2015). Consentimento e vulnerabilidade: alguns cruzamentos entre o abuso sexual infantil e o tráfico de pessoas para fim de exploração sexual. *Cadernos Pagu*, 45(0), 225-258. <https://doi.org/10.1590/18094449201500450225>

Lowenkron, L. (2016). Menina ou moça?: Menoridade e consentimento sexual. *Desidades*, 10, 9–18. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2318-92822016000100002

Lowenkron, L. (2007). (Menor)idade e consentimento sexual em uma decisão do STF. *Revista De Antropologia*, 50(2), 713-745. <https://doi.org/10.1590/S0034-77012007000200007>

Magalhães, C. L. P. (2021). A abordagem psicossocial sobre a violência de gênero e a violência sexual: Uma revisão de literatura. *Kairós*, 16(especial), 7–27. <https://www.ojs.catolicadefortaleza.edu.br/index.php/kairos/article/view/33>

- Medeiros, E., & Junior, C. A. P. (2020). O Trauma em Ferenczi e seus Desdobramentos nas Obras de Balint e Winnicott: Regressões em Análise e seu Manejo Clínico. *Tempo Psicanalítico*, 52(1), 271-298. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382020000100011&lng=pt.
- Mello, R., Féres-Carneiro, T., & Magalhães, A. S. (2015). A maturação como defesa: uma reflexão psicanalítica à luz da obra de Ferenczi e Winnicott. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 18(2), 268-279. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n2p268.6>
- Pedroso, J. da S., Lobato, C. P., & Magalhães, C. M. C. (2016). Brincar e realidade: Verbalizações de crianças em situação de acolhimento institucional. *Psicologia em Estudo*, 21(4), 711–721. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v21i4.31806>
- Pires, C. P. (2017). Os Toques que Nunca Desaparecem: os Sistemas de Inquirição de Crianças Vítimas de Abuso Sexual. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Sistema Integrado de Bibliotecas Repositório. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/39796?locale=en>
- Pollo, V., & Costa, R. S. (2013). Entre o Direito e a Psicanálise: O Abuso e a Brincadeira Sexual. *Psicanálise & Barroco em Revista*, 11(1), 17-42. <http://seer.unirio.br/psicanalise-barroco/article/view/8675>.
- Pohl, K., & Neves, A. S. (2020). Uma leitura psicanalítica sobre o corpo e as ressonâncias da violência sexual na infância complementar. *Tempo Psicanalítico*, 52(1), 187-215. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382020000100008&lng=pt&tlng=pt
- Ribeiro, A., Ribeiro, J. P., Silva, R. R., & Doellinger, O. V. (2016). “Um insuportável vazio” – falso *self* e a organização *borderline* na personalidade, a partir de um caso

- clínico. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 18(3), 45-54.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-848530>
- Roudinesco, E., Plon, M., & Ribeiro, V. (Orgs.). (1998). Contratransferência. In *Dicionário de Psicanálise*. Jorge Zahar.
- Sanches, A., & Cardoso Jr., H. R. (n.d.). Ruptura de Campo: Proposta Clínica e Metodológica de Fabio Hermann. *FCL UNESP*.
- Sauer, J. (2014). A Presunção de Violência nos Delitos Sexuais com Vítimas Menores de Idade. *Novum Jus*, 8(2), 95-110. <https://doi.org/10.14718/NovumJus.2014.8.2.5>
- Silva, G. V. da, Lima, A. A., & Barbosa, N. N. (2014). Sobre os conceitos de verdadeiro self e falso self: reflexões a partir de um caso clínico. *Cadernos de psicanálise*, 36(30), 113-127.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952014000100007&lng=pt&tlng=pt
- Silva, J. G., Alves, Y. L., Souza, E. G., Miranda, L. F. S., Franciscatto, D. T., & Oliveira, J. C. (2021). Vulnerabilidade do enfermeiro frente às crianças vítimas de violência. *Revista Científica de Enfermagem*, 11(35), 563-569.
<https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.35.563-569>
- Silva, S. S., & Mello, M. M. (2017). As manifestações do Desamparo em Adolescentes Postas em Ato e no Corpo. In Damião, D. B. & Moreira R. C., *Psicologia: Um Olhar na Família*. (1ª ed., p. 85-92). Editora Científica.
- Siqueira, D. P., & Passafaro, V. L. de O. (2020). Direitos da personalidade, vulnerabilidade e adolescente sob uma perspectiva winnicottiana. *Quaestio Iuris*, 13(1), 25-46. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/40158/33934>

- Tachibana, M., & Barbosa, P. C. (2022). A Solidão na Violência Sexual Infantil: Reflexões a partir de um Ambulatório Especializado. In Silva, H., Batista, A. & Lima, J. (Orgs.), *Winnicott: seminários manauaras* (1ª ed., p. 397-411). INM.
- Ventura, M., & Corrêa, S. (2006). Adolescência, sexualidade e reprodução: Construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 1505–1509. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000700014>
- Winnicott, D. W. (2019). *O brincar e a realidade*. UBU editora (Trabalho original publicado em 1971).
- Zimerman, D. (2007). *Fundamentos Psicanalíticos—Teorias, Técnicas e Clínica: Uma abordagem didática*. Artmed Editora.