

Sistematização da Metodologia do CEPARVS

Centro de Estudos, Pesquisas e Atendimentos Relativos
à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes



CHILDHOOD
pela proteção da infância

CADERNO
DE METODOLOGIA

Sistematização da Metodologia do CEPARVS

Centro de Estudos, Pesquisas e Atendimentos Relativos
à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes



Edição Childhood Brasil

Recife | Pernambuco | Brasil
Maio de 2012

CADERNO
DE METODOLOGIA

CONSELHO DELIBERATIVO

Presidente

Rosana Camargo de Arruda Botelho | Participações Morro Vermelho

Arthur José de Abreu Pereira | SDI Desenvolvimento Imobiliário
Carlos Alberto Mansur | Banco Industrial do Brasil
Carlos Pires Oliveira Dias | Camargo Corrêa
Celita Procópio de Araújo Carvalho | Fundação Armando Álvares Penteado
Christer Manhusen | Câmara do Comércio Sueco-Brasileira
Eduardo Alfredo Levy Júnior | Didier Levy Corretora
Erling Sven Lorentzen | Lorentzen Empreendimentos
Gregory James Ryan | Atlantica Hotels International
John Henry Baber Harriman | The Standard Chartered Private Bank
José Ermírio de Moraes Neto | Votorantim Participações
Kelly Gage | The Curtis L. Carlson Family Foundation
Klaus Werner Drewes | Drewes & Partners Corretora de Seguros
Luís Norberto Paschoal | Cia DPaschoal de Participações
Luiz de Alencar Lara | Lew'Lara\TBWA Publicidade
Mats Agurén | The World Childhood Foundation
Nils Eric Gunnarson Grafström | Invest Sweden
Paulo Agnelo Malzoni | Grupo Victor Malzoni
Paulo Setúbal Neto | Duratex
Pedro Paulo Poppovic | Conectas

CONSELHO FISCAL

Sergio Orlando de Asís

EQUIPE

Diretora Executiva

Ana Maria Drummond

Diretor

Ricardo de Macedo Gaia

Gerente de Operações

Ana Flávia Gomes de Sá

Gerente de Programas

Itamar Batista Gonçalves

Coordenadores de Programas

Anna Flora Werneck

Erika Kobayashi

Maria Gorete O. M. Vasconcelos

Rosana Junqueira

Assessora de Mobilização de Recursos

Vanessa Teramoto Higa

Assessora de Operações

Tatiana Larizzatti

Coordenador administrativo-financeiro

Demétrio Jerônimo da Silva Filho

Analistas de Programas

Letícia Born

Mônica Santos

PROGRAMA PROTEÇÃO EM REDES

**Centro de Estudos, Pesquisas e Atendimentos
Relativos à Violência Sexual contra Crianças e
Adolescentes (CEPARVS)**

EQUIPE DE SISTEMATIZAÇÃO DA METODOLOGIA

Coordenação de Metodologia

Maria Gorete Oliveira Medeiros Vasconcelos

Elaboração de Texto/Conteúdo

Alessandra de Lima Araújo

Ana Maria Campello Lima

Eliane Maria Bezerra

Fernanda Andrade

Joelma de Sousa Correia

Maria Carolina Batista Gomes

Maria das Graças de Oliveira Pinto de Souza

Sylvio José Barreto da Rocha Ferreira

Sistematização

Jaqueline Soares Magalhães

Revisão Técnica

Anna Flora Werneck

Benedito Rodrigues dos Santos

**EQUIPE TÉCNICA CEPARVS |
CONSULTORES CHILDHOOD BRASIL**

Ana Maria Barreto Campelo

Fernanda Andrade

Joelma de Sousa Correia

Maria Carolina Batista Gomes

Auxiliar Administrativa

Iraneide de Araújo Medeiros

Assessoria de Comunicação

Cirlene Bezerra de Menezes

Projeto Gráfico e Diagramação

Z.dizain Comunicação

Revisão Ortográfica

Dulcinea Santos

Impressão

Provisual

Tiragem

500 exemplares

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Sistematização da metodologia do CEPARVS :
caderno de metodologia / [coordenação Maria Gorete
Medeiros Vasconcelos, Fernanda Andrade, Joelma de Souza Correira].
-- São Paulo : Childhood - Instituto WCF-Brasil, 2012.

Vários autores.
"Centro de estudos, pesquisas e atendimentos relativos
à violência sexual contra crianças e adolescentes."
Bibliografia
ISBN 978-85-62194-06-1

1. Adolescentes - Violência sexual 2. Crianças -
Violência sexual 3. Proteção à infância e
adolescência I. Vasconcelos, Maria Gorete Oliveira
Medeiros. II. Andrade, Fernanda. III. Correia,
Joelma de Sousa.

12-11854

CDD-362.76

Índices para catálogo sistemático:

1. Crianças e adolescentes : Violência sexual :
Problemas sociais 362.76

CADERNO DE METODOLOGIA

Sistematização da Metodologia do CEPARVS

Centro de Estudos, Pesquisas e Atendimentos Relativos
à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes

SIGLAS E ACRÔNIMOS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEAS	Conselho Estadual de Assistência Social
CEDCA	Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente
CEPARVS	Centro de Estudos, Pesquisas e Atendimentos Relativos à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes
COMDICA	Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONDEPE/ FIDEM	Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAFIRE	Faculdade Frassinetti do Recife
GPCA	Gerência de Polícia da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MP	Ministério Público
NOB	Norma Operacional Básica
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAIR	Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento da Violência Sexual Infante Juvenil
RD	Região de Desenvolvimento
RMR	Região Metropolitana do Recife
RPA	Região Político-Administrativa
SDH	Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TJPE	Tribunal de Justiça de Pernambuco
WCF	World Childhood Foundation



Sobre a Childhood Brasil

A **Childhood Brasil** é uma organização brasileira que faz parte da World Childhood Foundation (Childhood), instituição internacional criada em 1999 pela rainha Sílvia, da Suécia, para proteger a infância e garantir que as crianças sejam crianças.

A organização apoia projetos, desenvolve programas regionais e nacionais, influencia políticas públicas e transforma a vida de muitas crianças e adolescentes. Também educa os diferentes agentes, orientando como cada um pode agir para lidar com o problema, promovendo a prevenção e proteção em rede para meninos e meninas.

Com sede em São Paulo, a **Childhood Brasil** é certificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e Entidade Promotora dos Direitos Humanos.

Programas desenvolvidos no Brasil

Ao longo de 13 anos, a **Childhood Brasil** investiu R\$ 34 milhões na defesa da causa, apoiando 108 projetos de 60 organizações e realizando diferentes programas que beneficiaram mais de 1,5 milhão de pessoas entre crianças e adolescentes, seus familiares, gestores de governos e de

organizações da sociedade civil. Atualmente estão em execução seis programas: **Na Mão Certa, Grandes Obras, Sementeiros, Turismo, Proteção em Rede e Comunicação.**

Projetos desenvolvidos em Pernambuco

A **Childhood Brasil** atua no estado de Pernambuco desde 2007, com ações voltadas para a proteção e prevenção à violência sexual contra crianças e adolescentes, desenvolvendo os seguintes projetos: **Turismo e Proteção à Infância; Formação Profissional de Jovens; Centro de Estudos, Pesquisas e Atendimentos Relativos à Violência Sexual contra Crianças e Adolescente (Ceparvs); Laços de Proteção e Na Mão Certa.** Estas ações estão alinhadas juntamente aos eixos estratégicos da instituição e implementadas por meio de parcerias intersetoriais.

Informações

www.childhood.org.br

Rua Capitão José da Luz, 25,

Edf. Joaquim Cardoso (Salas 402 e 403)

Coelhos, Recife – PE | (81) 3037-2345



Sumário

Apresentação	8
1. Contextualizando	11
1.1. Atuação da Childhood Brasil em Pernambuco – Proteção em Rede	11
1.2. Um breve panorama da violência sexual contra crianças e adolescentes em Pernambuco	12
2. O CEPARVS	
Centro de Estudos, Pesquisas e Atendimentos Relativos à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes	19
2.1. Linha do tempo: passo a passo para implantação	19
2.2. Parcerias: reunindo saberes e potenciais para o desenvolvimento	20
2.3. Intercâmbio interinstitucional: a busca por referências e troca de experiências	25
2.4. Embasamento teórico: a psicanálise como base do atendimento clínico	29
2.5. Metodologia do atendimento: a prática do CEPARVS em seu primeiro ano de funcionamento	45
2.6. Supervisão institucional e grupo de estudos	53
3. Considerações Finais	57
3.1. Os desafios para a continuidade	59
3.2. Os próximos passos	59
4. Bibliografia	62

Apresentação

Esse Caderno consiste na sistematização da experiência de implantação da metodologia do **Centro de Estudos, Pesquisas e Atendimentos Relativos à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (CEPARVS)**, que, desde março de 2011, oferece tratamento psicoterapêutico para crianças, adolescentes, famílias e supostos agressores.

Sistematizar não é uma tarefa simples. Existem diversas definições sobre o termo, seus objetivos, documentos e origem de tal processo. De acordo com Holliday, sistematização representa:

“Aquela interpretação crítica de uma ou várias experiências que, a partir de seu ordenamento e reconstrução, descobre ou explicita a lógica do processo vivido, os fatores que intervieram no dito processo, como se relacionaram entre si e porque o fizeram desse modo. (HOLLIDAY, 2006, p.24.)

Tanto pela organização, ordenamento de informações e de documentos, reunião de opiniões diversas, elaboração de um texto claro e informativo, entre outros aspectos práticos, quanto pelo fato, também apontado por Holliday (2006), de tratar-se da sistematização de experiências “vitais, carregadas de uma enorme riqueza acumulada de elementos que, em cada caso, repre-

sentam processos inéditos e irrepetíveis” (p.21). Ele acrescenta ainda: “É por isso que é tão apaixonante a tarefa de compreendê-las, extrair seus ensinamentos e comunicá-los” (p.21).

E quais seriam os objetivos dessa sistematização? Sem dúvida, comunicar a experiência vivida no desenvolvimento de uma metodologia de trabalho, visando disseminá-la, compartilhando os ensinamentos que dela surgiram (Holliday, 2006). Mas não apenas isso. O próprio processo de sistematização busca propiciar a seus autores e participantes diretos uma compreensão mais profunda das experiências realizadas, possibilitando melhorar a própria prática, e conduzindo a uma reflexão teórica os conhecimentos que surgem da prática concreta – neste caso, a do atendimento terapêutico a crianças e adolescentes que sofreram violência sexual, suas famílias e os supostos agressores.

Com esse pano de fundo, a sistematização da metodologia de atendimento do CEPARVS desenvolveu-se a partir da reunião das experiências, das impressões, das considerações teóricas e reflexões de diferentes atores envolvidos direta e indiretamente no processo de “fazer acontecer” este espaço e esta prática terapêutica: equipe técnica do CEPARVS, equipe da **Childhood Brasil**,

da FAFIRE, em parceria com o CRIAR/TJPE, além da consultoria para elaboração do projeto técnico científico do CEPARVS e para a sistematização dessa experiência.

A implantação do atendimento do CEPARVS surge da demanda, evidenciada no estado de Pernambuco, de criação de espaços de atenção especializada qualificada destinados às crianças e aos adolescentes em situação de violência sexual. Pesquisa realizada pelo próprio CEPARVS aponta para fragilidades na rede de proteção a crianças e adolescentes no Estado, no que tange ao atendimento terapêutico. Isso inclui ainda a atenção às famílias e aos supostos agressores envolvidos em tais situações.

Sabe-se que a atenção terapêutica é um dos pilares essenciais na atenção às situações de violência sexual, como apontam os Planos Nacional e Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, considerando que o público que vivencia essa experiência, e todos os demais envolvidos direta ou indiretamente, necessitam de um espaço de escuta, cuidadoso, ético, articulado com os demais atores da rede, que identifique as demandas de cada indivíduo, no sentido da interrupção do ciclo de violência, do acolhimento da angústia vivida e da retomada

do desenvolvimento e do vir a ser, a partir de uma dinâmica não mais abusiva ou violenta.

Diante disso, o objetivo geral do CEPARVS é contribuir para a efetivação da proteção e atenção integral a crianças e adolescentes em situação de violência sexual no estado de Pernambuco, por meio da realização de estudos e pesquisas, da formação dos técnicos que atuam nessa área, e, ainda, da realização de atendimento terapêutico às vítimas, a suas famílias e a seus agressores.

Enquanto Centro de Atendimento Terapêutico, cuja metodologia está aqui sistematizada, seus objetivos são:

- I. Atender crianças, adolescentes e famílias em situação de abuso e exploração sexual, que tenham uma denúncia formalizada no Sistema de Garantia de Direitos;
- II. Desenvolver metodologias de intervenção com referencial psicanalítico que contemplem atendimentos psicoterapêuticos para crianças, adolescentes, família e agressor, individualmente e/ou em grupo.

Nas páginas que seguem, é apresentado o contexto em que essa metodologia foi desenvolvida,

os passos que a possibilitaram, os obstáculos encontrados e os ensinamentos surgidos, bem como o embasamento teórico que sustenta a prática que vem sendo desenvolvida no CEPARVS.

Espera-se, com isso, além do contínuo aprimoramento do trabalho realizado, a possibilidade de ampliar as trocas com outros profissionais e serviços de atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência sexual, inspirando novas práticas, reflexões e a contínua proteção contra a violência sexual.



1. Contextualizando

1.1. Atuação da **Childhood Brasil** em Pernambuco – Proteção em Rede

Em 2007, na abertura da VII Conferência Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Governo do Estado de Pernambuco – em conjunto com o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente de Pernambuco (CEDCA-PE), celebrou, com a **Childhood Brasil**, o Termo de Cooperação Técnica 001/2007, com o objetivo de desenvolver ações articuladas em rede, voltadas para a implantação e ou implementação de políticas públicas de prevenção e atenção integral às situações de violência sexual contra crianças e adolescentes.

Em 2008, o Governo do Estado, o Ministério do Turismo e a **Childhood Brasil**, também, firmaram um Termo de Cooperação Técnica e Protocolo de Intenções, no qual foram assumidos compromissos para desenvolver ações concretas de políticas públicas no enfrentamento à violência sexual de crianças e adolescentes. Como resultantes dos compromissos firmados, inúmeras ações aconteceram em parceria com o CEDCA-PE, o Governo do Estado, as Prefeituras Municipais, as Organizações da Sociedade Civil e empresas.

Essas parcerias favoreceram a estruturação de projetos e ações de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes. Esses projetos consistem na convergência de ações integradas no âmbito do estado de Pernambuco, as quais visam à consolidação de políticas públicas com foco nessa temática. A experiência vivenciada é fruto de um processo intenso e democrático de articulação, objetivando o fortalecimento do Sistema de Garantia de Direitos no Estado.

A sistematização da experiência de implantação do projeto piloto do Centro de Estudos, Pesquisas e Atendimentos Relativos à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (CEPARVS) - reflete na convergência de esforços para o desenvolvimento de estudos, pesquisas e metodologias de atendimento especializado e em rede para crianças, adolescentes e famílias vulneráveis e/ou em situação de violência sexual, visando a sua disseminação para os serviços de referência.

Para isso, a primeira ação do CEPARVS consistiu em realizar uma pesquisa diagnóstica sobre a realidade das políticas de atendimento às situa-

ções de violência sexual em oito cidades-polo de desenvolvimento do Estado, bem como o treinamento de uma equipe especializada para realizar o atendimento terapêutico às crianças, aos adolescentes e as suas famílias que sofreram violência sexual, incluindo também a pessoa acusada pelo cometimento da violência.

1.2. Um breve panorama da violência sexual contra crianças e adolescentes em Pernambuco

Todas as ações e projetos desenvolvidos pela **Childhood Brasil** no estado de Pernambuco vão ao encontro da demanda apresentada por esse Estado no que se refere ao enfrentamento e à prevenção da violência sexual contra crianças e adolescentes. Nessa linha, a criação de um serviço de atendimento, estudos e pesquisas como o CEPARVS acontece em um contexto em que a violência sexual contra crianças e adolescentes ainda é grave. Mesmo com a atenção dos três setores da sociedade – Poder Público, Sociedade Civil e, mais recentemente, Setor Privado –, esse cenário ainda demanda a ampliação e o aperfeiçoamento das ações de prevenção e enfrentamento.

Apesar de ser um fenômeno antigo, foi apenas a partir dos anos 1990 que a questão entrou na

pauta de discussão brasileira, por meio de marcos importantes. Em 1988, a nova Constituição Federal apresentou, em seu artigo 227, as bases para o que se seguiria em termos legislativos:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Artigo 227 da CF - BRASIL, 1988.)

O Parágrafo 4º do referido artigo complementa dizendo: *“A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente”*.

Em consonância com a Constituição Federal e a Convenção sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas, ratificada pelo Brasil em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente foi promulgado no mesmo ano, estabelecendo que:

Art. 15. A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e

como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis.

Art. 17. O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.

Art. 18. É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor (BRASIL, 1990).

A promulgação desses marcos legais foi acompanhada de um amplo movimento social no Brasil, desembocando, posteriormente, na organização da sociedade civil pelo enfrentamento à violência social contra crianças e adolescentes. Em 1993, foi instaurada a CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes pelo Congresso Nacional.

O debate sobre a questão da violência sexual contra crianças e adolescentes, suscitado por essa CPI, representou um avanço importante na

causa. Foi nessa ocasião que o termo “prostituição infantil” foi substituído pelo termo “exploração sexual infanto juvenil”, adequando-se às diretrizes do ECA. Essa substituição não se restringiu a uma mudança semântica, pura e simplesmente, mas representou a ampliação do significado do termo, expressando, agora, que crianças e adolescentes estavam sendo vítimas de uma violação de direitos, não se encontrando nessa situação por vontade própria.

A realização do I Congresso Mundial de Combate à Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes, ocorrido em Estocolmo, em 1996, consolida o tema dentro da agenda política do país e do mundo. Foi nesse congresso que foram identificadas as diferentes modalidades e características da violência sexual, bem como suas possíveis causas e consequências. Segundo Mallak & Vasconcelos, esse Congresso “apontou a necessidade de analisar o fenômeno do ponto de vista histórico, cultural, social e jurídico e o definiu como crime contra a humanidade nas modalidades de prostituição infantil, pornografia, turismo sexual e tráfico para fins sexuais.” (2002, p.12.)

A distinção da violência sexual contra crianças e adolescentes em abuso e exploração também

representa um avanço na discussão, uma vez que são situações que acarretam diferentes consequências para as vítimas e requerem ações de prevenção e enfrentamento específicas. Nessa perspectiva, o abuso sexual é caracterizado pela utilização do corpo de uma criança ou de um adolescente para a satisfação sexual de um adulto, com ou sem o uso da violência física, sem finalidade comercial. A exploração sexual, por sua vez, pressupõe uma relação de mercantilização, por meio da qual o sexo é fruto de uma troca, seja financeira, ou baseada em favores ou presentes, tendo em vista a: “utilização de crianças e adolescentes em atividades sexuais remuneradas como a exploração no comércio do sexo, a pornografia infantil ou a exibição em espetáculos sexuais públicos ou privados.” (ANDI, 2007, p.13.).

O abuso sexual pode ocorrer no ambiente intrafamiliar, quando há grau de parentesco entre a vítima e o abusador (ascendente ou colateral, este último termo usado em sentido extensivo, por exemplo, um padrasto, um padrinho etc.), ou extrafamiliar, quando não há uma relação de convivência familiar. Já a exploração sexual ocorre, em geral, em redes de prostituição, pornografia, redes de tráfico e no turismo. Muitas crianças e adolescentes que estão em situação

de exploração sexual, sofreram anteriormente abuso sexual.

A participação do Brasil no I Congresso Mundial citado acima, bem como os avanços obtidos no País em relação à proteção da infância e adolescência da violência sexual, levou à elaboração e aprovação do Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil em 2000. Esse plano constitui:

“Um instrumento de garantia e defesa de direitos de crianças e adolescentes que pretende criar, fortalecer e implementar um conjunto articulado de ações e metas fundamentais para assegurar a proteção integral à criança e ao adolescente em situação ou risco de violência sexual.” (Plano Nacional, 2000, p.13.)

O Plano Nacional também “atende ao compromisso do Governo Brasileiro firmado na Declaração e Agenda para Ação, aprovadas no I Congresso Mundial de Combate à Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes (Estocolmo, 1996)”. Desde sua aprovação, esse plano passou a servir de base para que os estados elaborassem planos estaduais de enfrentamento ao abuso e à exploração sexual infanto juvenil, e, posteriormente, muitos municípios, também, passaram a fazê-lo.

No estado de Pernambuco, as ações de proteção da infância e adolescência contra a violência sexual têm como marco a criação do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente de Pernambuco – CEDCA/PE-, por meio da Lei Estadual nº 10.486/90. Esse foi o primeiro Conselho Estadual criado no país, e teve sua gestão iniciada em março de 1991.

A reboque das discussões e ações implementadas no país, o CEDCA/PE, em conjunto com organizações governamentais e não-governamentais locais, elaborou o primeiro Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes de Pernambuco. O Plano estabeleceu as metas a serem cumpridas no estado, no período de 2003 a 2005.

Em 2005, esse Plano Estadual deveria passar por uma avaliação e revisão para o estabelecimento de novas metas para os anos seguintes. Isso, no entanto, só ocorreu em 2007, quando o CEDCA/PE e o Governo do Estado, em parceria com a Rede de Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes e a **Childhood Brasil**, realizaram um Seminário de Avaliação e Deflagração do Processo de Elaboração do Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes.

Esse processo de avaliação e reelaboração do Plano Estadual realizou-se em quatro etapas: a primeira consistiu na realização de um Seminário Estadual; a segunda, resultou na organização de seis Seminários Regionais e um Encontro Distrital com o objetivo de adequar o Plano às especificidades regionais; a terceira efetivou a consolidação das propostas regionais em um outro Seminário Estadual; e, por fim, a quarta etapa planejou a sistematização de um documento que foi enviado para análise e deliberação conjunta do CEDCA/PE e do CEAS – Conselho Estadual de Assistência Social. Esse processo foi finalizado no dia 10 de junho de 2008, com a publicação da Resolução Conjunta nº1 do CEDCA/PE e CEAS/PE que aprovou:

“O Plano Decenal de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes do Estado de Pernambuco, constituído por um conjunto de princípios, objetivos e eixos estratégicos consubstanciados em metas e ações para serem implementadas no decênio 2008 – 2017.” (Plano Decenal, 2008, p.2.)”

O Plano Decenal de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes do estado de Pernambuco reafirma, em seus princípios, aqueles que foram estabelecidos pelo Plano Na-

cional e pelo ECA, e traz como objetivo: “Estabelecer um conjunto de ações articuladas que permitam intervenções técnicas, políticas e financeiras para o enfrentamento da violência sexual contra as crianças e os adolescentes do estado de Pernambuco.” (Plano Decenal, 2008, p.21.)

Desde sua publicação, esse documento tem servido de base para as ações de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, desenvolvidas no estado de Pernambuco. De 57% no número de casos notificados no Estado, comparando o período para se ter um panorama da situação da violência sexual contra crianças e adolescentes, a maioria resultou do sistema “Disque Direitos Humanos” - o Disque 100.¹ Esses dados apontam para um aumento de janeiro a março de 2011 (969 casos) com o mesmo período de 2012 (1529 casos). O investimento na divulgação do Disque 100 colaborou para um aumento significativo das denúncias. Também podemos atribuí-lo a uma maior sensibilização da população sobre a responsabilidade, em relação à notificação das situações de violência contra crianças e adolescentes.

Dados da Polícia Civil de Pernambuco, especificamente da Gerência de Polícia da Criança e do Adolescente, apontam números mais específicos

quanto à violência sexual contra essa parcela da população: somados, os crimes nomeados como atos obscenos, estupro de vulnerável, estupro e favorecimento da exploração sexual de crianças e adolescentes, totalizaram 521 casos no ano de 2011,² ano de implantação do CEPARVS.

Sabe-se, contudo, que existe ainda grande defasagem entre os números notificados e os números reais da violência sexual contra crianças e adolescentes. Muitos casos não são notificados, há problemas na comunicação entre os diferentes órgãos de notificação, o que gera perda de dados, sobreposições, entre outras questões. Entende-se que existe, na verdade, um número muito maior de casos do que os que chegam a ser notificados, e é ainda maior a diferença em relação aos que chegam à rede de proteção para algum acompanhamento. Entretanto, os números existentes são suficientes para apontar a urgência do aprimoramento de ações e implantação de novas ações de prevenção e enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes.

Paralelamente, a pesquisa realizada nas oito cidades-polo de desenvolvimento do estado de Pernambuco, como uma das ações do CEPARVS, evidenciou grande lacuna na rede de maior atenção ao eixo do Atendimento Integral no Plano Es-

¹O Disque Direitos Humanos – Disque 100 – recebe notificações de todo o país de situações de violência contra crianças e adolescentes, dentre outras.

²Fonte: INFOPOL/GACE/SDS

tadual Decenal. Nesse contexto, insere-se a sistematização da experiência aqui apresentada, cuja metodologia busca à abertura de novas possibilidades de atenção à crianças, adolescentes e suas famílias, que poderá ser disseminada por diferentes atores da rede socioassistencial e de saúde do Estado e do Brasil.



2. O CEPARVS

Centro de Estudos, Pesquisas e Atendimentos Relativos à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes

2.1. Linha do tempo: passo a passo para implantação

2010 – 2011 – 2012

- Articulação junto aos Juízes das Varas da Infância e Juventude, Varas de Família, Secretarias de Saúde e Desenvolvimento Social e Direitos Humanos para a consolidação das parcerias necessárias ao funcionamento do CEPARVS (2010);
- Estabelecimento de parceria com Faculdade Frassinetti do Recife – FAFIRE e definição das contrapartidas em termos de recursos humanos e físicos necessários ao funcionamento do CEPARVS (2010/2011);
- Composição da equipe do CEPARVS: um coordenador, psicoterapeutas e estagiários de psicologia (2011);
- Definição do espaço cedido pela FAFIRE para os atendimentos do CEPARVS: espaço adequado aos atendimentos clínicos individuais e em grupo, reuniões e supervisões, observando parâmetros éticos e técnicos (2011);
- Planejamento para a realização de diagnóstico situacional sobre o funcionamento do Sistema de Garantia de Direitos (SGD) nos municípios polos das oito regiões de desenvolvimento do Estado, com levantamento dos serviços existentes, formas de intervenção realizadas, demandas e lacunas existentes do ponto de vista metodológico, estrutural e técnico, além das potencialidades e desafios para a atuação em rede (2011/2012);
- Estabelecimento do fluxo de encaminhamento dos casos ao CEPARVS, a partir de reuniões com os técnicos do CRIAR-TJ/PE, com delimitação da função terapêutica (promoção) versus a função pericial (defesa), evitando sobreposição de papéis e funções na operacionalização do SGD (2011);
- Atendimentos no CEPARVS e supervisão institucional de orientação psicanalítica (2011/2012);

- Realização de Oficina de Alinhamento Metodológico da equipe ministrada pela equipe do CEARAS/USP – Centro de Estudos e Atendimentos Relativos à Violência Sexual-, vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2011);
- Visitas a organizações de São Paulo que realizam atendimento às situações de violência sexual contra crianças e adolescentes, para conhecimento das metodologias desenvolvidas e troca de experiências (2012);
- Sistematização da pesquisa de diagnóstico (2012);
- Sistematização da implantação da metodologia de atendimento do CEPARVS (2012).

2.2. Parcerias: reunindo saberes e potenciais para o desenvolvimento

Como já mencionado, o CEPARVS tem como um de seus princípios promover uma atuação articulada com atores sociais implicados com a causa da infância e da adolescência em diferentes setores, viabilizando atenção integral e produção de conhecimento. Além disso, parte-se da premissa de que a violência sexual engloba questões de saúde mental e de justiça, o que também exige uma parceria articulada e eficiente junto ao Poder Judiciário local.

Considerando esses aspectos, a **Childhood Brasil** firmou um termo de convênio com a FAFIRE – Faculdade Frassinetti do Recife, e estabeleceu parceria com o Tribunal de Justiça de Pernambuco, além das demais parcerias já existentes com o Governo do Estado.

A seguir, vamos apresentar os parceiros da **Childhood Brasil** na implantação do CEPARVS, considerando suas histórias e justificativas para participação nesse projeto:



Faculdade Frassinetti do Recife | FAFIRE

A parceria com uma Instituição de Ensino Superior para o desenvolvimento do projeto piloto do CEPARVS vai ao encontro do objetivo de produzir e compartilhar conhecimento sobre o atendimento psicológico especializado às situações de violência sexual contra crianças e adolescentes.

Fundada em 1941, a Faculdade de Filosofia do Recife iniciou suas atividades com os cursos de Pedagogia, Ciências e Letras e Filosofia. A Clínica de Conduta da FAFIRE surgiu em 1950, atendendo a demandas do curso de Pedagogia, e passou a contemplar também atendimentos na área de Psicologia e Psiquiatria. Com a implantação do curso de Psicologia, a clínica passou a chamar-se Clínica Psicológica da FAFIRE, em 1968, oferecendo serviços à comunidade local.

Em 1987, a clínica instalou-se no Centro Comunitário da FAFIRE – (CECOMFIRE), no Morro da Conceição, e, posteriormente, em 1996, o próprio CECOMFIRE foi transferido para o bairro de Santa Luzia. Neste ano, a faculdade passou a ser chamada Faculdade Frassinetti do Recife.

A clínica sofreu ampliações em 1996, contando com um espaço de dois andares, dos cinco que compõem o CECOMFIRE. Essa ampliação integrou os dois espaços onde são desenvolvidos os serviços de clínica escola: a Clínica Paula Frassinetti e o Centro de Extensão Comunitária da FAFIRE.

A clínica desenvolve seus trabalhos considerando o compromisso social da instituição de ensi-

no superior e do profissional de Psicologia, com ênfase no social, ampliando o olhar curativo para as questões de prevenção e promoção da saúde, sempre englobando as novas demandas da saúde mental no mundo contemporâneo.

A parceria da **Childhood Brasil** com a Clínica Paula Frassinetti para a implantação do CEPARVS dá-se em acordo com os objetivos dessa instituição de ensino. Destacamos, dentre esses, o de desenvolver projetos de intervenção, considerando as necessidades da comunidade, prestar serviços de Psicologia à comunidade local, regional e à comunidade da FAFIRE e produzir conhecimento contínuo sobre as atividades desenvolvidas no serviço-escola.

Por outro lado, a parceria do CEPARVS com uma instituição de ensino superior vem ao encontro da necessidade constante de desenvolver estudos e pesquisas na temática da violência sexual, a fim de contribuir para a formação dos profissionais dos CREAS e dos centros de atendimento já existentes, bem como a de realizar pesquisas que favoreçam a compreensão dessa problemática e o diagnóstico dos casos de violência identificados no Estado. A universidade, como centro de estudos e produção de conhecimento, respalda a **Childhood Brasil** nessa tarefa, in-

clusive, com o envolvimento de seu corpo docente, com a possibilidade do estágio curricular (Psicologia, Pedagogia e Serviço Social).



Tribunal de Justiça de Pernambuco (TJPE) – Centro de Referência Interprofissional na Atenção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência da Capital (CRIAR)

Como mencionado anteriormente, as situações de violência sexual contra crianças e adolescentes estão sendo aqui consideradas como uma questão de saúde mental e de justiça. Dessa forma, foi imperativa a realização de uma parceria com o Tribunal de Justiça de Pernambuco, mais especificamente com o Centro de Referência Interprofissional na Atenção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência da Capital (CRIAR), para o estabelecimento de um fluxo e uma atenção devidos aos casos atendidos pelo CEPARVS.

Atualmente, em Recife, são duas as Varas dos Crimes Contra a Criança e o Adolescente, tendo a primeira sido fundada em 1996 e a segunda em 2008, na vanguarda do cenário nacional. A equipe multiprofissional foi constituída também em 2008, e, no ano seguinte, dada a importância do trabalho dos profissionais que a compõem, junto aos ca-

sos de violência contra crianças e adolescentes, foi regulamentada a criação do CRIAR. Composta por psicólogos, assistentes sociais e pedagogos, a equipe possui abertura para a entrada de novos profissionais, de outras especialidades, conforme a demanda do Centro.

A implantação do CRIAR, além de atender ao que preceitua o artigo 151 do ECA³, constitui-se como um espaço institucional importante para o trabalho interdisciplinar, abrangendo as diferentes percepções de cada área do conhecimento, na perspectiva de abordar este fenômeno complexo e multicausal que é a violência sexual, e preservar os direitos de crianças e adolescentes.

O atendimento do CRIAR tem como objetivo o estabelecimento de um vínculo de confiança com a criança e sua família, verificando o grau de ris-

³ Art. 151. Compete à equipe interprofissional, dentre outras atribuições que lhe forem reservadas pela legislação local, fornecer subsídios por escrito, mediante laudos, ou verbalmente, na audiência, e bem assim desenvolver trabalhos de aconselhamento, orientação, encaminhamento, prevenção e outros, tudo sob a imediata subordinação à autoridade judiciária, assegurada a livre manifestação do ponto de vista técnico. (ECA – Lei 8.069/90.)

co ao qual a criança está submetida, as medidas protetivas que devem ser tomadas, bem como os encaminhamentos que devem ser feitos para a rede socioassistencial. Os atendimentos são sistematizados por meio de relatórios multiprofissionais e encaminhados aos juízes. A equipe busca ainda promover a reflexão e o entendimento da criança e/ou adolescente e da família sobre a violência ocorrida, bem como fortalecer as relações interfamiliares para o cuidado com a criança ou o adolescente que sofreu a violência, evitando a exposição a novos riscos.

O CRIAR também desenvolve ações de prevenção à violência contra crianças e adolescentes, por meio de parcerias com outras organizações e o poder público, realizando palestras e capacitações de profissionais da Educação e outras áreas para a melhor identificação e encaminhamento de situações de violência contra crianças e adolescentes.

Outro aspecto importante observado pela equipe do CRIAR, é o cuidado contínuo por minimizar possíveis danos causados durante os procedimentos no Poder Judiciário. Nesse sentido, a equipe busca apoiar as crianças, adolescentes e suas famílias, esclarecendo toda a tramitação judicial, os papéis dos diversos atores envolvidos e os direitos previstos na legislação penal e no ECA.

Desde 2010, acontece também um trabalho conjunto entre a equipe e a Central de Depoimento Acolhedor, que funciona no mesmo prédio.

Perfil dos casos atendidos pelo CRIAR / TJPE (2008-2010):

- Total de casos atendidos: 206
- Total de crianças e adolescentes que sofreram violência: 249
- Idade das crianças: de 6 a 11 anos (34%)
- Idade dos adolescentes: de 12 a 14 anos (32%)
- Percentual de meninas: 81%
- Percentual de meninos: 19%
- Tipo de violência mais recorrente: sexual (84% dos casos)
- Maior percentual de agressor: familiar (61%), sendo pai (21%), padrasto (15%), outros familiares (14%), mãe (6%)
- Principal local de ocorrência da violência: residência (75%)

Esse resumo do perfil do público atendido pelo CRIAR-TJ/PE apresenta a origem da demanda dos casos que foram atendidos pelo CEPARVS nesse primeiro ano de implantação do projeto. A partir da parceria estabelecida entre TJ/PE e **Childhood Brasil**, a Coordenação da Infância e da Juventude CIJ, estabeleceu que os casos encaminhados ao CEPARVS seriam selecionados pelo CRIAR e pela Central de Depoimento Acolhedor.⁴

A partir da avaliação que realizam, de cada caso, a equipe multiprofissional do CRIAR-TJ/PE tem observado, em um grande número de vezes, a necessidade de acompanhamento psicoterapêutico a crianças e adolescentes que viveram o abuso sexual e seus familiares. Nesse sentido, a parceria com o CEPARVS foi considerada bastante positiva, uma vez que é patente a necessidade de implementação de serviços de apoio terapêutico às famílias, no sentido de fortalecer a rede socioassistencial e viabilizar a atenção necessária a crianças e adolescentes em situação de violência.

⁴ No capítulo sobre a metodologia do CEPARVS, apresentamos com maiores detalhes o fluxo de encaminhamento dos casos do CRIAR-TJ/PE para o CEPARVS, com a caracterização dos casos e critérios para encaminhamento.

2.3. Intercâmbio interinstitucional: a busca por referências e troca de experiências

Além do estabelecimento de parcerias, como as apresentadas no item anterior, uma das etapas do projeto de implantação do CEPARVS previu o intercâmbio com organizações de referência no atendimento às situações de violência sexual contra crianças e adolescentes. Essa etapa parte da premissa de que é fundamental conhecer os trabalhos que já vêm sendo desenvolvidos, os avanços e desafios encontrados e as diferentes metodologias utilizadas.

Para o desenvolvimento dessa ação, foram feitas articulações que viabilizassem a visita da equipe do CEPARVS a essas organizações. As visitas aconteceram em Centros de Referência existentes em São Paulo e região metropolitana. As organizações visitadas foram:

- PAVAS – Programa de Atenção às Vítimas de Violência Sexual
- CNRVV – Centro de Referência às Vítimas de Violência do Instituto Sedes Sapientiae
- CRAMI-ABCD – Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância do ABCD
- Projeto Quixote – Projeto Cuidar

O contato com essas organizações, suas equipes e metodologias de trabalho enriqueceu o processo de implantação do CEPARVS, jogando luz sobre questões que vinham sendo discutidas, chamando a atenção para pontos de conflito e possibilitando a ampliação do olhar da equipe do CEPARVS para as possibilidades de atenção à problemática da violência sexual e às pessoas nela envolvidas. A troca com outras organizações fez parte da capacitação da equipe de profissionais do centro.

No quadro abaixo, registramos resumidamente o que esse contato interinstitucional apresentou à equipe do CEPARVS:

INSTITUIÇÕES	CNRVV	PAVAS	CRAMI-ABCD	PROJETO QUIXOTE
FUNDAÇÃO	1994	1996	1989	1996
BREVE HISTÓRICO	A clínica psicológica foi a precursora do CNRVV, pois foi a partir das demandas surgidas ali que o centro foi estruturado. Em 2000, foi referendada pela Diretoria e pelo Conselho do Instituto Sedes Sapientiae a sua inserção na instância de Centros do Instituto. Atualmente, existem dois centros de atendimento na Zona Oeste de São Paulo, em Perdizes e no Butantã.	Surge a partir da preocupação de um médico ginecologista com um grande número de mulheres, adultas e adolescentes, que chegavam para atendimento com sinais de violência sexual.	Surge a partir da preocupação de um grupo de profissionais voluntários das áreas de Medicina, Serviço Social, Psicologia, Direito e Comunicação com os casos de maus tratos contra crianças e adolescentes que chegavam até o hospital infantil do município de Santo André/SP. Atualmente, existem três núcleos: Santo André, São Bernardo do Campo e Diadema.	Surge a partir da necessidade do desenvolvimento de um trabalho adequado às necessidades de crianças e adolescentes em situação de rua e de uso de “crack” nas ruas de São Paulo. Apostou na arte, na saúde e na educação para enfrentar os desafios e promover aproximação e vinculação com os jovens. Hoje atua com “Programas de atendimento” e “Formação & Pesquisa.” O Projeto Cuidar é uma das ações do Projeto Quixote com objetivo de atender situações de violência sexual contra crianças e adolescentes.

INSTITUIÇÕES	CNRVV	PAVAS	CRAMI-ABCD	PROJETO QUIXOTE
OBJETIVOS	Realizar trabalho de combate à violência doméstica, através de programas e políticas de intervenção.	<p>a) Prestar atendimento em saúde as crianças e adolescentes em situação de abuso sexual e as suas famílias, com atenção aos aspectos biopsicossociais;</p> <p>b) Criar metodologia de trabalho frente à demanda, entendendo o abuso sexual como questão de saúde pública;</p> <p>c) Desenvolver trabalhos científicos;</p> <p>d) Criar e implementar medidas preventivas na questão do abuso sexual e modelos de atendimento;</p> <p>e) Realizar supervisões institucionais e capacitações de equipes para atendimento a situações de violência sexual;</p> <p>f) Possibilitar um lugar aonde as pessoas atendidas possam se sentir seguras e vivenciar o abuso de outra forma.</p>	Tem como compromisso a participação na transformação da “cultura da violência”, em uma “Cultura de Paz”, permitindo, dessa forma, a criação de uma sociedade pautada na ética, no respeito e na prática da cidadania nas relações. Visa promover mudanças favoráveis na vida de crianças e adolescentes que sofrem violência doméstica, por meio de ações preventivas e de tratamento, propiciando melhorias nas condições para um desenvolvimento saudável.	“Transformar a história de crianças, jovens e famílias, vivendo em complexas e cruéis situações de risco social, por meio de atendimento clínico, pedagógico e social integrados, gerando e disseminando conhecimento, para que outras organizações possam surgir com o mesmo sonho paradoxal de não precisar existir.”
EQUIPE	Coordenador; Psicólogo; Assistente Social; Educador Social; e Voluntário.	Médico; Assistente Social; Psicólogo; Psicopedagogo; Aprimorando; Estagiário.	11 Psicólogos; 9 Assistentes Sociais; 1 Coord. Técnica; 1 Assistente de Coord. Técnica; 1 Coord. Administrativa; 1 Aux. Administrativa; 2 Recepcionistas; 2 Motoristas.	5 Técnicos (Psicólogos e Assistentes Sociais); 1 Psiquiatra; 2 Auxiliares Administrativos; 1 Recepcionista.
FLUXO DE ENTRADA DOS CASOS	O percurso para o atendimento ocorre desta forma: plantão telefônico, triagem, encaminhamento psicossocial no próprio CNRVV ou na rede do município. A família é sensibilizada pela equipe a realizar a notificação da situação de violência sofrida, mas caso isto não aconteça, o próprio CNRVV realiza a notificação.	Os casos chegam para atendimento no PAVAS por demanda espontânea da população, que tem conhecimento do serviço por meio de divulgação na mídia e em locais como escolas, creches, Poder Judiciário, Delegacias de Polícia etc. A família é sensibilizada para fazer a notificação, e se isso não ocorre, a equipe realiza a mesma.	Os casos vêm sendo encaminhados prioritariamente pelos CREAS locais em consonância com a implantação do SUAS. Embora a maioria dos casos já tenha sido notificada ao Conselho Tutelar, o CRAMI informa o Conselho Tutelar sobre o recebimento e acompanhamento dos casos, considerando o Artigo 13 do ECA.	Os casos chegam de três formas: por encaminhamento do Conselho Tutelar ou do Poder Judiciário; por meio da abordagem de rua feita pelos educadores; ou mesmo trazidos por outros jovens que já frequentam o Projeto Quixote.

INSTITUIÇÕES	CNRVV	PAVAS	CRAMI-ABCD	PROJETO QUIXOTE
METODOLOGIA DE ATENDIMENTO	<p>O CNRVV desenvolve programas de: tratamento, prevenção, formação de profissionais, pesquisa, parcerias/divulgação e administração. O primeiro passo é a triagem, realizada pelo serviço social (entrevistas) e pela psicologia (4 encontros em grupos). Prioriza-se o grupo familiar, porém se não houver possibilidade desse enquadre, os casos são encaminhados para os grupos: crianças, adolescentes, pais e/ou responsáveis, casais e agressores. Os grupos são abertos e conduzidos por psicólogos. Não existe limite de tempo para atendimento na organização. Os casos e seus são discutidos pela equipe e com a rede local. Há supervisão institucional, com todos os membros da equipe, e a supervisão dos casos, apenas com psicólogos.</p>	<p>O atendimento médico é a porta de entrada dos casos, estabelecendo o vínculo com os demais profissionais da equipe. É realizada triagem dos casos por meio de três atendimentos em grupo – com crianças separadas dos adultos – e a partir desta triagem se estabelece o direcionamento da atenção terapêutica e social a cada caso, de acordo com suas especificidades. O atendimento psicológico é apenas individual. Não há prazo determinado para o término do tratamento psicológico, uma vez que se considera a particularidade de cada caso também neste aspecto. Os casos são discutidos em equipe.</p>	<p>A partir da avaliação psicossocial (entrevistas e visita domiciliar), são realizados encaminhamentos internos e externos, para saúde, educação, etc. Existem diferentes modalidades de atendimento e acompanhamento dos casos, conforme a demanda de cada situação. A avaliação psicológica também funciona como base para encaminhamento interno dos casos. A maioria dos atendimentos é realizada em grupos, mas há também o individual. Há grupos de orientação para pais e responsáveis, grupos terapêuticos para adultos, para mães cujos filhos sofreram abuso sexual, grupos terapêuticos de crianças, de adolescentes e de agressores sexuais (adultos e adolescentes). Não há um tempo máximo para o acompanhamento dos casos. Esses são discutidos em reuniões de equipe. Também há reuniões gerais dos três núcleos e supervisão institucional. Há, ainda, o trabalho de prevenção e a capacitação de profissionais.</p>	<p>A criança e o adolescente, ao entrar no Projeto Quixote, participam de todas as oficinas oferecidas pelo projeto. Não existe lista de espera, o acolhimento é realizado por psicólogos e assistentes sociais no momento de chegada. Após as oficinas iniciais, a equipe discute os casos novos e decide sobre os encaminhamentos das crianças e adolescentes para oficinas, grupos e terapia. As famílias são atendidas em grupos terapêuticos e participam de oficinas de artesanato. Os produtos destas oficinas são vendidos na loja do Projeto Quixote. O trabalho passa por três diferentes momentos de supervisão: institucional com toda equipe (mensal); pedagógica (mensal); clínica (semanal).</p>
EMBASAMENTO TEÓRICO	<p>Psicanálise, Psicodrama e Teoria Sistêmica.</p>	<p>Psicanálise, Teoria Sistêmica e Teoria Psicodinâmica.</p>	<p>Psicanálise, Teorias Psicodinâmicas e outras (escolhas dos profissionais a partir de sua formação).</p>	<p>Sem informação.</p>

2.4. Embasamento teórico: a psicanálise como base do atendimento clínico

Para o desenvolvimento da metodologia de atendimento do CEPARVS, considerou-se essencial a escolha de um referencial teórico consistente com os objetivos desse serviço, que fornecesse aos profissionais referências consolidadas de uma teoria construída a partir da prática clínica, e que fosse ao encontro das demandas apresentadas pelas pessoas a serem atendidas no centro. A psicanálise, desde Freud, passando por seus seguidores e contemporâneos, foi à escolha para o embasamento teórico da prática desenvolvida no CEPARVS e as técnicas que ela apresenta foram adotadas no desenvolvimento dos atendimentos.

Vale ressaltar que não se considera aqui a psicanálise como a única possibilidade teórico-metodológica para a fundamentação do atendimento às situações de violência sexual contra crianças e adolescentes. Há outros referenciais teóricos e práticos, tendo alguns desses sido mencionados nas visitas realizadas a outras instituições, quando do intercâmbio interinstitucional, já descrito anteriormente, como as teorias psicodinâmicas e o psicodrama, por exemplo. Trata-se, então, de uma escolha dessa equipe, que se constituiu para

implantação do projeto piloto aqui apresentado, escolha essa baseada em experiências anteriores, literatura específica e identificação com os pressupostos e com a metodologia apresentada pela psicanálise.

No texto que segue, portanto, procurou-se fundamentar essa escolha, a partir do percurso da própria psicanálise e de seu cruzamento com as questões relacionadas à violência sexual contra crianças e adolescentes.

a. Para iniciar: por que a psicanálise?

Desde os primórdios da psicanálise, a sexualidade se revelou uma questão crucial para a compreensão do funcionamento, organização, e dinâmica da personalidade. Nesse sentido, os esforços iniciais de Freud visavam à elaboração de uma teoria do psiquismo que explicasse a natureza das neuroses a partir dos traumas sexuais vividos. Por traumas sexuais, entenda-se o abuso praticado (ou a sua simples tentativa) contra as crianças pelos adultos, ocasionando, nas primeiras, sequelas psicológicas as mais diversas, que, em geral, se re-

velavam, numa etapa ulterior das suas vidas, em forma de neuroses. Especialmente, em algum momento da adolescência ou no início da vida adulta, mas não apenas.

Assim, para Freud, havia uma correlação direta entre o abuso sexual sofrido e a formação das neuroses. Não por acaso, portanto, a primeira teoria das neuroses formulada por Freud se tornou conhecida pelo nome de “teoria da sedução sexual precoce”, embora a preocupação de Freud dissesse respeito à formulação de uma teoria explicativa das neuroses, já que ele era um homem de ciência. Essa teoria pode muito bem ser considerada o primeiro grito de alerta em defesa da saúde psíquica das crianças do seu tempo e de outros tempos mais. A atualidade do grito de Freud é assustadora, tanto quanto o foi para a época em que havia sido proferido, dominada pela moral vitoriana. Não foi por menos que Freud viu-se submetido a uma situação de isolamento intelectual, dentro e fora do mundo acadêmico, já que essa primeira teoria da sedução trouxe à baila uma questão que, até então, se constituía num verdadeiro tabu social: os abusos sexuais praticados contra crianças, capazes de infelicitizar suas vidas.

Mas, antes de prosseguirmos na abordagem da devida contribuição de Freud para a compreen-

são do assunto, no que concerne à formação das neuroses, é importante indagar acerca do sentido da palavra “sedução” e em que ele, Freud, se baseava para ter feito dela a assertiva de uma teoria. De acordo com Roudinesco e Plon:

“A palavra sedução remete, antes de qualquer coisa, à ideia de uma cena sexual em que um sujeito, geralmente adulto, vale-se de seu poder real ou imaginário para abusar de um outro sujeito, reduzido a uma posição passiva: uma criança ou uma mulher, de um modo geral. Em essência, a palavra sedução é carregada de todo o peso de um ato baseado na violência moral e física que se acha no cerne da relação entre a vítima e o carrasco, o senhor e o escravo, o dominador e o dominado.[...] foi exatamente dessa representação da coerção que Freud partiu, ao construir, entre 1895 e 1897, sua teoria da sedução, segundo a qual a neurose teria como origem um abuso sexual real. Essa teoria apoiava-se simultaneamente numa realidade social e numa evidência clínica.” (Roudinesco e Plon ([1998], 696.)

É importante mencionar que a prática clínica exercida por Freud (valendo-se, a princípio, da técnica da hipnose e do método catártico, na esteira dos trabalhos desenvolvidos por Charcot e Breuer, passando pela técnica da sugestão pós-

-hipnótica empregada por Bernheim) constituiu-se numa espécie de “Abre-te-Sésamo” para a grande revolução terapêutica que ele viria a operar no tratamento das neuroses, em estrita consonância com as suas formulações teóricas. Por essa época, que compreende a chamada pré-história da psicanálise, Freud já havia estabelecido alguns conceitos psicanalíticos básicos, oriundos da sua experiência clínica, que o levariam, posteriormente, em direção a novas descobertas teóricas: quer reformulando antigos conceitos, abandonando-os, ou formulando outros, quando assim se fez necessário para um melhor entendimento da organização, estrutura e dinâmica do aparelho psíquico.

Portanto, é pertinente afirmar que a trama dos conceitos presente na obra de Freud é expressão direta da escuta clínica revelada pela trama da própria vida enlaçada pelos distúrbios psíquicos. No entrelaçamento dessas tramas, Freud também revolucionou a prática clínica com a criação das técnicas de interpretação de sonhos e da associação livre. Em decorrência, vários conceitos foram formulados a partir do início da referida prática, dentre eles, os conceitos de inconsciente, ab-reação, resistência, recalque, e defesa. De acordo com a teoria do trauma da sedução sexual precoce, a criança que havia se tornado objeto da

cobiça e do abuso sexual, por parte de um adulto, na tentativa de defender-se da situação traumática vivida, acabava recalcando, no inconsciente, numa etapa ulterior da sua vida, mediante o mecanismo psíquico do recalque, a lembrança do trauma a que fora submetida. Primeiramente, porque a lembrança, “a posteriori”, do abuso sexual sofrido exigia ser esquecida ou posta à margem da consciência. Esse lugar à margem da consciência, e a ela inacessível, pelo menos de forma direta, é o que Freud chamou de inconsciente. O lugar da destinação, por excelência, do conteúdo recalcado ou o crematório psíquico das lembranças traumáticas.

Nessa sua primeira formulação de uma teoria explicativa das neuroses, destaca-se um pressuposto: o de que o material recalcado, e tornando inconsciente, já havia sido consciente, até a ocorrência da sua expulsão dessa esfera do psiquismo. Dessa forma, o inconsciente não era outra coisa, em termos de um lugar específico que ocupava no aparelho psíquico, senão a resultante da ação da defesa psíquica, em forma de recalque, sobre o material ou conteúdo psíquico objeto da defesa do Eu. Por “Eu”, entenda-se o consciente, pelo menos, nesse momento das descobertas de Freud. Para uma criança abusada sexualmente, a lembrança da situação traumática

é tão dolorosa e apavorante que ela prefere recalculá-la, na esperança de esquecê-la. Todavia, como o próprio Freud logo descobriu, para esquecer é preciso lembrar. Essa afirmação remete ao cerne do tratamento analítico, tal como postulado nos seus primórdios. Noutras palavras, é preciso que a experiência traumática seja simbolizada ou nomeada para que assim ocorra a superação do trauma, vindo à experiência traumática ser integrada ao Eu, livrando-o do peso e do horror do abuso sexual sofrido.

Mas o que levaria alguém a procurar ver-se livre de uma ideia traumática, a ponto de procurar afastá-la da consciência e recalculá-la no inconsciente? A resposta de Freud (e de Breuer, também) para essa questão situa-se no momento da ocorrência do trauma ou do abuso sexual vivido. Em geral, na primeira ou segunda infância, época em que a criança, não dispondo de um Eu suficientemente organizado para enfrentar as ameaças do mundo externo, ainda não possuía as condições necessárias para ab-reagir à situação traumática vivida, de forma adequada ou não patológica. Haja vista que ela ainda não havia atingido o grau de desenvolvimento psíquico, e também de maturidade biológica, que lhe permitisse fazer da ocorrência do trauma uma experiência traumática. Em face da ausên-

cia dessas condições, somente “a posteriori”, quando da ocorrência das condições citadas, é que se faz possível a emergência das neuroses. A lembrança do trauma e a dor psíquica dela decorrente é que põem em curso a defesa do Eu, em forma de recalque.

Logo, por não ter podido ab-reagir adequadamente ao trauma vivido, o sujeito, numa etapa posterior da sua vida, tenta livrar-se da ideia traumática a todo custo, fazendo do inconsciente o seu destino. Na sua busca por livrar-se de uma experiência que se lhe revela conflitante e perturbadora, ele, então, procura recalculá-la. É a forma que encontra à sua disposição para livrar-se da experiência traumática e restabelecer o equilíbrio psíquico comprometido e ameaçado. Todavia, o preço a pagar pela adoção dessa linha de fuga é sempre elevado, segundo Freud nos faz ver. E a principal razão de ser do elevado preço a ser pago reside numa impossibilidade, a do recalque do afeto vinculado à ideia traumática. Tendo em mente que o que é recalado é a ideia traumática, e não o afeto a ela vinculado.

Contudo, o abuso sexual sofrido na infância e o trauma que lhe é correspondente, somente produzem seus efeitos patogênicos *a posteriori*; em algum momento da adolescência ou no iní-

cio da vida adulta, como já foi dito. O que levou Freud a formular sua teoria da sedução foi sua experiência clínica, como, de resto, foi a partir da citada experiência que desenvolveu o conjunto da sua obra. No caso específico da teoria da sedução, constatou que seus pacientes costumavam, em algum momento do tratamento, reportar-se a um abuso ou trauma sexual ocorrido na infância, que implicava, invariavelmente, em “cenas vividas em que a iniciativa cabe ao outro (geralmente um adulto) e que podem ir de simples propostas por palavras ou por gestos, até o atentado sexual mais ou menos caracterizado, que o sujeito sofre passivamente e com pavor.” (Laplanche & Pontalis [2001], 468.).

Ainda segundo Laplanche e Pontalis, a teoria da sedução supõe que o trauma se produz em dois tempos separados um do outro pela puberdade. O primeiro tempo, o da sedução propriamente dita, é caracterizado por Freud como acontecimento sexual “pré-sexual”; o acontecimento sexual é trazido do exterior a um sujeito que ainda é incapaz de emoções sexuais (ausência das condições somáticas da excitação, impossibilidade de integrar a experiência). A cena, no momento em que se produz, não é objeto de recalque. Só no segundo tempo um novo acontecimento, que não implica necessariamente um significado sexual

em si mesmo, vem evocar por alguns traços associativos a lembrança do primeiro. De acordo com as palavras do próprio Freud: “Aqui (...), ofereceu-se a única possibilidade de ver uma lembrança produzir um efeito muito mais considerável que o próprio incidente.” (Ib.: 469).

É importante salientar que dizer que a cena de sedução é vivida passivamente não significa apenas que o sujeito teve um comportamento passivo nessa cena, mas ainda que a suporta sem que ela possa evocar nele qualquer resposta, sem que ela faça eco a representações sexuais: o estado de passividade é correlativo de uma não preparação, a sedução produz um pavor sexual.” (Ib.: 470). Desse modo, o que acontece nas neuroses é a dissociação entre a ideia e o afeto traumáticos. O processo de recalque somente atua sobre a ideia traumática ou a sua representação psíquica.

A dissociação observada entre a ideia e o afeto, e a vinculação desse último a uma outra ideia que não a original traumática, redundando na diminuição da valência afetiva original. Enquanto persistir a impossibilidade de restabelecimento do referido vínculo, em função dos processos de recalque, a linha de fuga adotada carregará consigo o elevado preço das neuroses.

Por sua vez, o conteúdo recalcado, ou a sua representação psíquica, não cessa de querer retornar à consciência. E é exatamente por não parar de querer retornar que o Eu mobiliza uma parcela considerável da sua energia psíquica na tentativa de impedir que se realize o que Freud chamou de “o retorno do recalcado”. Quanto maior for a pressão exercida sobre o Eu do material recalcado para retornar à consciência, maior será o dispêndio de energia do Eu posto a serviço da sua defesa e integridade. O Eu termina por estabelecer uma “aliança de compromisso”, de acordo com a expressão usada por Freud, para satisfazer a força do inconsciente representada pelo material recalcado, sem que com isso a sua integridade sinta-se ameaçada ou comprometida.

Em síntese, toda formação neurótica representa uma aliança de compromisso entre as defesas do Eu e as forças que o ameaçam. O resultado dessa aliança pode ser observado nas diversas formações neuróticas. Em realidade, essa aliança de compromisso estabelecida se constitui numa segunda linha de fuga. A primeira se constitui, pura e simplesmente, na tentativa ou no esforço desenvolvido de banir da esfera da consciência o material inicialmente recalcado. Dessa maneira, a aliança de compromisso é resultante de um desdobramento psíquico ocorrido no que

concerne à defesa da unidade do Eu posta em risco pela ameaça representada pelo retorno do material recalcado.

Por sua vez, o resultado desse desdobramento defensivo é o aparecimento ou a formação de sintomas, os mais diversos. No caso da histeria, o afeto dissociado da ideia original faz do corpo o lugar do deslocamento processado. Nesse caso, o corpo ocupará, por meio do processo de deslocamento, o lugar da ideia originalmente recalcada e a ele vincular-se-á o afeto livre e em circulação no aparelho psíquico, em função da dissociação ocorrida e posta em prática pelos mecanismos de defesa. Desse modo, a aliança de compromisso firmada é muito mais expressão ou parte do problema de que trata do que propriamente sua solução.

Embora cada neurose possua uma forma de expressividade própria, de acordo com a especificidade do deslocamento processado, toda neurose consiste numa tentativa de defesa do Eu ocasionada por uma experiência traumática e que se lhe revela ameaçadora ou insuportável, no que concerne à sua integridade. Ao longo da vida e da obra de Freud essa caracterização geral das neuroses praticamente se manteve a mesma. O mesmo não acontecendo com outros dos seus conceitos.

Na medida em que a sua experiência clínica avançava, Freud abandonava algumas concepções formadas (a teoria da sedução sexual precoce, por exemplo), e ia reformulando alguns conceitos e elaborando outros novos, como já foi dito.

Em 1897, Freud mencionou, numa carta endereçada a Fliess, que já não mais acreditava em sua Neurótica. Partindo-se do fato de que a psicanálise, propriamente dita, foi fundada com a publicação do livro *A Interpretação dos Sonhos* (1900), verifica-se que tal menção implica na sinalização de uma mudança de rumos. O que não tardou a acontecer, tanto da perspectiva teórica quanto prática. Da perspectiva teórica, Freud viria a abandonar sua teoria da sedução sexual precoce, que se baseava na crença da ocorrência de um trauma real como causa das neuroses. No lugar da ocorrência de um trauma real, constatou que as fantasias psíquicas desempenhavam uma importância decisiva na formação dos processos mentais. É nesse momento que a psicanálise elege a sexualidade como a principal força motriz da vida humana ou o elemento organizador, por excelência, de toda a vida psíquica – dita normal ou neurótica. Freud deu o nome de libido à energia sexual e apresentou sua tese, relativa ao assunto, no seu livro intitulado *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905).

Foi a experiência clínica de Freud que o fez mudar teoricamente de rumo. A grande motivação de Freud, na mudança de uma teoria para outra, foi sua descoberta clínica da importância e do significado, da função e do valor da fantasia psíquica na vida dos seus pacientes e nas pessoas, de uma maneira geral. Do real da ocorrência da sedução sexual na infância, como sendo a origem das neuroses, Freud passou ao real da fantasia psíquica. Nesse momento, “descobre que as cenas de sedução são às vezes produtos de reconstruções fantasísticas, descoberta correlativa da elucidação progressiva da sexualidade infantil” (Laplanche e Pontalis: 470). De acordo com as palavras do próprio Freud (apud Laplanche e Pontalis):

“Se é verdade que os histéricos tiram os seus sintomas de traumatismos fictícios, o fato novo é exatamente que eles fantasiem essas cenas; portanto, é preciso levar em conta, ao lado da realidade prática, uma realidade psíquica. Logo descobrimos que essas fantasias serviam para dissimular a atividade autoerótica dos primeiros anos de infância, para embelezá-los e transportá-los para um nível mais elevado. Então, por detrás destas fantasias surgiu, em toda sua vastidão, a vida sexual das crianças” (Ib.: 470).

Que não se entenda por “vida sexual da criança” práticas sexuais, de caráter genital, comum à vida adulta ou, de algum modo, próximo a isso. Para Freud, a sexualidade é uma forma de energia, por ele denominada de libido, que organiza e estrutura a vida psíquica da criança na sua relação consigo mesma e com o mundo social em que vive. E isso acontece de tal modo que a primeira forma de organização da libido se realiza de maneira autoerótica, ocasião em que a libido infantil faz do próprio corpo da criança o objeto da sua satisfação erótica, a partir dos orifícios e das cavidades que assinalam as relações do seu corpo com as pessoas à sua volta e ao mundo ao seu redor. As chamadas etapas de desenvolvimento da libido (oral, anal e fálica), assinaladas por Freud, apontam nessa direção e sentido. O sentido de um percurso que, a cada momento, se faz acompanhar de elaborações fantasísticas. Mas que, por serem fantasísticas, não são menos reais e traumáticas do que a violência real da sedução sexual experienciada no corpo.

Por sua vez, é importante dizer que o abandono da teoria da sedução não implicou na negação de que casos concretos de abuso nunca tivessem existido ou que tivessem deixado de ocorrer. Tampouco que eles não fossem capazes de gerar traumas. Em realidade, o citado abandono é objeto de con-

trovérsias na psicanálise. Há aqueles que o afirmam, como existem aqueles que o negam. Para Laplanche e Pontalis, por exemplo, “Freud, até o fim da vida, nunca deixou de afirmar a existência e o valor patogênico das cenas de sedução efetivamente vividas pelas crianças” (Ib.: 470). Por sua vez, Roudinesco e Plon, ao abordarem o assunto, assinalam a existência de três tendências na psicanálise, no que concerne à teoria da sedução. A primeira tendência, representada pelos psicanalistas ortodoxos, segundo os citados autores, nega a existência de seduições reais em prol de uma supervalorização da fantasia e, por conseguinte, leva a que a psicanálise nunca se ocupe, na análise, dos abusos sofridos por seus pacientes. Tanto na infância quanto na sua vida atual.

A segunda tendência, ainda na esteira do que dizem Roudinesco e Plon, consiste em negar a existência da fantasia e em remeter qualquer forma de neurose ou psicose a uma causalidade traumática, isto é, a uma violação (do pensamento ou do corpo) realmente sofrida na infância. Os partidários dessa posição acusam os freudianos de mentirem sobre a realidade social e, acima de tudo, de não levarem a sério as queixas e as confissões dos pacientes que são vítimas de violações, pancadas, torturas morais e físicas ou abusos diversos. Para Roudinesco e Plon, os partidários dessa

tendência “acabaram substituindo a análise por uma tecnologia da confissão e procurando fazer os pacientes ‘confessarem’, através da sugestão ou sob hipnose, tanto os traumas reais quanto os maus tratos imaginários”. [Por fim, a terceira tendência, ainda segundo Roudinesco e Plon, é:

“A única que se mostra conforme a ética e a teoria freudianas, bem como a realidade social, aceita simultaneamente a existência da fantasia e do trauma. No plano clínico, tanto com crianças quanto com adultos, o psicanalista deve ser capaz de discernir e levar em conta as duas ordens de realidade, muitas vezes superpostas. Na verdade, é tão grave desprezar o abuso real quanto confundir a fantasia com a realidade. Sob esse aspecto, a negação da ordem psíquica é sempre uma mutilação tão grave para o sujeito quanto a negação da ordem real.” (Ib.: 697-8).

A exposição das referidas tendências teve como propósito deixar patente que a questão da violência e do abuso sexual continua sendo um assunto atual e de total interesse para a psicanálise. Pelo menos, em duas de suas vertentes. Especialmente, levando-se em consideração que a prevenção e o atendimento às vítimas de abuso e exploração sexual tornaram-se objeto de preocupação e de interesse público. Destarte, exige-se que as

crianças e os adolescentes que vivem situações de abuso e exploração sexual, tanto quanto seus abusadores, sejam atendidos e acompanhados, clinicamente. Sendo-lhes assim oferecidas as condições necessárias para que possam ultrapassar o trauma vivido e as sequelas psicológicas deixadas, numa das pontas do problema.

Na outra, para que consigam libertar-se das armadilhas psíquicas que os motiva, inconscientemente, a perpetrar abusos sexuais os mais diversos, pondo fim a um círculo vicioso que, por si só, não terá fim. Mesmo que em escala reduzida, esta é uma contribuição que se pode oferecer e que não se deve negar: a contribuição clínica ou terapêutica, de acordo com o que nos ensinou Freud, e o legado por ele deixado com a psicanálise. Ao trazer a questão da sedução sexual à baila, no que concerne à formação das neuroses, Freud rompeu com a hipocrisia e o silêncio da sua época. Apoiar-se nos seus conhecimentos e sua experiência é a proposta do CEPARVS.

Considerações sobre o método e a técnica psicanalíticos

A teoria psicanalítica, criada por Freud, apresenta um método e uma técnica para o tratamento clínico, ambos considerados a base para o atendi-

to realizado pelo CEPARVS. Há, contudo, desde os escritos do próprio Freud, uma confusão entre o que seria o método e o que seria a técnica psicanalítica, sendo um tomado pelo outro em diversos momentos. Procuraremos, brevemente, apresentar aqui o método e a técnica psicanalítica, desenvolvidos por Freud e adotados/ampliados por seus seguidores e demais teóricos da psicanálise, bem como sua adaptação ao atendimento clínico de crianças.

A origem do desenvolvimento do método e da técnica psicanalítica está relacionada ao período que se costuma chamar de pré-história da psicanálise, ocasião em que Freud fez uso de sucessivas técnicas terapêuticas, tomando-as de empréstimo a seus colegas também interessados nos distúrbios neuróticos. De Charcot, ele se serviu da técnica da hipnose; de Bernheim, da sugestão pós-hipnótica; de Breuer, do emprego da catarse. Embora, a rigor, cada um desses empréstimos não se constituísse num método, propriamente falando, o registro histórico que deles se faz é o de que consistiram nas primeiras tentativas de abordagem metodológica por parte de Freud.

Equívocos à parte, todos os empréstimos realizados por Freud lhe foram de grande valia. Pelo menos, no sentido de que Freud deles pôde fazer

uso e deles pôde livrar-se, em busca da formulação de uma teoria consistente das neuroses e, por conseguinte, permitiu-lhe a apresentação de um método de investigação que lhe fosse condizente, fazendo-se acompanhar de uma técnica eficaz, de acordo com seu propósito clínico: promover a cura das neuroses.

Freud veio a fazer uso, pela primeira vez, do chamado “método” catártico na análise do caso de Emmy von N., embora ainda continuasse a empregar a hipnose. Em realidade, no caso em questão, ele se utiliza simultaneamente de outros procedimentos terapêuticos já conhecidos (a sugestão pós-hipnótica e a técnica da pressão) e, também, pela primeira vez, fez uso da técnica da livre associação. De acordo com Roudinesco e Plon:

“Na história da psicanálise, o método catártico deriva do campo do hipnotismo. Foi ao se desligar progressivamente da prática da hipnose, entre 1880 e 1895, que Freud passou pela catarse, para inventar o método psicanalítico propriamente dito, baseado na associação livre, ou seja, na fala e na linguagem.” (Roudinesco & Plon, 108).

O caso em tela se constitui no ponto de mutação naquilo que viria a se constituir o “método psicanalítico por excelência: a interpretação”. Contu-

do, há algo em comum em todas essas técnicas: a importância da fala. Inicialmente, no caso da hipnose e da sugestão pós-hipnótica, da fala do hipnotizador; em forma de ordem ou comando verbal. O poder da “cura” encontrava-se, portanto, situado do lado daqueles que assumiam a condição de serem detentores do poder de curar. E, por sugestão, levavam as pessoas a assim crerem. Estabelecida essa condição, removiam-se os distúrbios neuróticos, nas suas mais variadas formas de sintomas. Da cegueira histérica à paralisia facial ou dos membros, da afasia aos traumas de guerra, o poder da fala e o poder da “cura” estavam intrinsecamente associados. Mas, até então, o pêndulo ainda pendia para o lado contrário ou no sentido anti-horário. As duas técnicas acima citadas logo se revelaram infrutíferas, já que os sintomas removidos costumavam retornar, tal como haviam se manifestado antes ou, ainda, de outros modos.

Por falta de melhor compreensão da etiologia das neuroses à época, o tratamento empregado consistia na remoção dos sintomas. Daí a ineficácia das técnicas, cujo objetivo último era promover a cura dos males psíquicos. Para que tal objetivo fosse alcançado, era preciso fazer o pêndulo pender numa outra direção, com o propósito de resgatar a fala do sujeito perdida em algum espaço de si mesmo. Para tanto, era preciso que ele

assim procedesse a partir de sua espontânea vontade, desejando falar de si e dos traumas vividos.

No entremeio do emprego das técnicas da hipnose e da sugestão pós-hipnótica, e antes da formulação daquela que viria a se tornar a técnica psicanalítica por excelência - a associação livre -, uma outra técnica foi utilizada por Freud: a catarse, que ele tomou de empréstimo a Breuer, como já foi assinalado. Mediante a utilização dessa técnica, deu-se início a uma mudança significativa no eixo de rotação do pêndulo. Em termos práticos, equivale a dizer que tinha início o “primado da importância da escuta clínica” Mas escutar o quê? Escutar o que o sujeito tinha a dizer de si, sobre si e sobre os outros, possibilitando-lhe dar curso a uma fala negada, paralisada ou interrompida, da qual se excluiu ou fora excluído, por razões alheias à sua vontade ou que lhe eram desconhecidas.

A mudança definitiva de rotação do pêndulo aconteceu com o emprego da técnica da associação livre, utilizada por Freud, pela primeira vez, quando da análise do caso Dora. Avançando nas suas pesquisas, Freud viera a descobrir que o aquém e o para além da fala remetem para um ponto de escansão do sujeito em que ele escapa a si mesmo e faz da fala a sua “cerca de defesa”

imaginária para defender-se daquilo que se constitui no nó indesejável da sua vida, o desejo incestuoso e o paradoxo que o caracteriza: o de não poder consumá-lo.

Do emprego da interpretação como método terapêutico à descoberta da técnica da associação livre, com a mesma finalidade, três importantes descobertas teóricas foram realizadas: a do processo de formação de sonhos, a das etapas evolutivas da sexualidade infantil e a do complexo de Édipo.

A descoberta da técnica da associação livre mudou definitivamente a rotação do eixo do pêndulo, no tocante ao procedimento clínico psicanalítico. “A cura pela fala”, como assim foi denominada a técnica psicanalítica, adquiriu uma conotação radicalmente distinta e revelou uma prática clínica radicalmente diversa com relação a todas as práticas psicanalíticas até então empregadas (vide o caso de Ana O., a paciente de Breuer que, tendo sugerido a Freud o emprego dessa técnica, ao pedir que lhe deixasse falar livremente, inaugurou, desse modo, a técnica psicanalítica da livre associação de ideias) A técnica da associação livre contribuiu, assim, para que ocorresse um descentramento na relação terapêutica, a partir do deslocamento processado, concernente ao lu-

gar onde o poder da fala se instituíra: transferia-se este da parte do analista para a do analisando. Essa torção copernicana promovida na técnica foi um passo decisivo para o começo do fim da escansão do sujeito.

b. Sobre a psicanálise no atendimento de crianças

O emprego da técnica da associação livre também foi decisivo para que a psicanálise expandisse seu campo de atuação clínica. Por essa época, a psicanálise ainda era um saber teórico e uma prática clínica unicamente voltados para os adultos, embora muitos deles fossem adultos jovens. Curiosamente, a despeito das duas grandes descobertas citadas acima – o desenvolvimento da sexualidade infantil e os complexos de Édipo e de castração –, a partir da análise do caso do Pequeno Hans, Freud jamais atendeu clinicamente, de forma direta, a uma criança. Nem ele nem seus seguidores diretos dos primeiros anos da fundação da psicanálise. Mas a publicação do caso do Pequeno Hans abriu as portas nessa direção, juntamente com o emprego da técnica da associação livre. Desse modo, a psicanálise pôde expandir sua área de atuação clínica, nela incluindo o atendimento de crianças.

Contudo, uma limitação de ordem prática contribuiu para retardar em quase uma década o atendimento clínico de crianças: a dificuldade enfrentada por elas em se expressarem verbalmente, no que concernia a falarem de si, dos seus traumas e das suas dificuldades psíquicas. Fazia-se necessário, então, a construção de uma outra via de acesso à vida psíquica, em função da limitação da capacidade de expressão verbal das crianças. Mas a extensão da prática psicanalítica às crianças, mais do que ter sido fruto de um consenso teórico e técnico, acarretou uma grande controvérsia no mundo psicanalítico. No centro dessa polêmica estiveram presentes as duas figuras basilares da psicanálise infantil: Ana Freud e Melanie Klein. Controvérsia à parte, a psicanálise infantil fincou raízes e, de lá para cá, tem dado inestimável contribuição terapêutica no atendimento e tratamento de crianças acometidas dos mais variados distúrbios e sequelas psíquicas.

Para Klein, as crianças eram acometidas das mesmas ansiedades, angústias, amores e ódios que uma pessoa adulta. Em consonância com os princípios teóricos de Freud, ela postulava que as fantasias psíquicas das crianças são tão reais quanto o é a própria realidade externa do mundo. Em assim sendo, ela acreditava que qualquer

brincadeira infantil poderia ser tomada como sendo uma projeção da vida psíquica da criança. Em especial, das suas fantasias inconscientes.

Por sua vez, diferentemente de Klein, Anna Freud não acreditava ser possível analisar uma criança diretamente, o que tornava indispensável a presença, o acompanhamento e a participação dos pais no processo terapêutico. Para ela, por conta das limitações da vida da criança (observadas não apenas no manejo da linguagem, mas também no que se refere à ordem física, social e emocional), a motivação desta para o tratamento e sua relação com o analista passavam necessariamente pela sua relação com os pais.

Klein acabou revolucionando a própria psicanálise, ao formular novas concepções teóricas e desenvolver novas práticas clínicas. No entanto, a interpretação continuou sendo o método empregado. Porém, no tocante a técnica, Klein fundou um novo modo de abordagem, a partir da técnica da associação livre: a técnica do jogo infantil.

No que se refere às primeiras descobertas kleinianas (que se deram no período de 1919-32) Bleichmar & Bleichmar afirmam:

“Nesta etapa, Klein estabelece algumas hipóteses que foram a origem de suas teorias posteriores. O ponto de partida é o que ela denomina de “técnica psicanalítica do jogo infantil”. Para analisar crianças, aceita seus jogos, dramatizações, expressões verbais e sonhos, como material igualmente significativo. Através deles, explora sistematicamente as fantasias conscientes e inconscientes das crianças.” (Ib.: p.84).

Ainda na esteira de Bleichmar & Bleichmar:

“Klein crê que a análise de crianças é completamente análoga à do adulto. A neurose de transferência se desenvolve do mesmo modo, apenas variando a forma de comunicação, através do jogo, para ajustá-la às possibilidades de expressão da mente infantil. O analista tem a função exclusiva de interpretar, em profundidade, todo o material associativo que o paciente traz. Destaca a importância de analisar a transferência positiva e negativa, a angústia e a culpa, e os efeitos adversos de interpretar, parcialmente, o material, ou de introduzir técnicas não analíticas, como atitudes de orientação e diretivas.” (Ib.: p. 85).

Eis o que os citados autores escrevem sobre a função simbólica do jogo e a importância da técnica kleiniana:

“(…) O jogo infantil é uma maneira simbólica de elaborar fantasias e modificar a angústia. A criança domina os perigos de seu mundo interno, deslocando-os para o exterior e aumentando, desta forma, a importância dos objetos externos. O jogo é como uma ponte entre a fantasia e a realidade; uma maneira da criança produzir símbolos, necessários para o desenvolvimento mental.” (Ib.: p.88).

A acolhida que as ideias da vienense Melanie Klein teve na Inglaterra, permitiu que ela fizesse escola nesse país. Klein sempre foi a figura mais expoente da psicanálise inglesa. E, a partir da Inglaterra, expandiu sua influência pelo mundo, graças as suas incontestes contribuições teóricas e clínicas, as quais acabaram por revolucionar a psicanálise.

Mas, embora Melanie Klein tenha sido, e ainda seja, certamente, a figura mais exponencial da chamada “escola inglesa de psicanálise”, nem todos seus contemporâneos que viveram à época da “Grande Controvérsia” (e que não se perfilaram ao lado dos aliados de Anna Freud) foram fiéis seguidores dos princípios kleinianos. Esse é o caso de Donald Winnicott, por exemplo. De formação médica, Winnicott exerceu, conjuntamente, a pediatria e a psicanálise. E foi no exer-

cício misto dessas duas práticas que construiu seus princípios teóricos e sua abordagem clínica acerca do desenvolvimento da criança.

Apesar de ser inicialmente seguidor das ideias de Klein e ter sido influenciado por estas, tais acontecimentos não impediram Winnicott de realizar suas próprias investigações e procurar firmar o seu próprio caminho, teórico e clínico, no mundo psicanalítico. E ele assim o fez de forma inovadora e confiante, a despeito de ter seguido, em linhas gerais, um caminho distinto do de Klein. Embora ele não negasse a importância das fantasias psíquicas na vida das crianças, não foi sobre o universo das fantasias infantis que a sua atenção e prática recaiu. Sua formação médica e sua especialidade em pediatria fizeram-no trilhar numa outra direção.

Em contraste, por exemplo, com a ênfase dada por Klein ao mundo subjetivo da criança e às fantasias psíquicas infantis que o constituem, Winnicott voltou-se para o vínculo firmado entre a mãe e o bebê, considerando tal vínculo decisivo para a organização e o desenvolvimento psíquico saudável da criança, na dependência das formas de estabelecimento do vínculo mantido. Nesse sentido, a relação de objetos internos, tão valorizada por Klein, é substituída pela primazia

atribuída aos objetos externos: os reais suportes com os quais as crianças têm que lidar, ao longo da sua organização e de seu desenvolvimento em direção à maturidade. Também atribuiu importância a outras formas de vínculos, para além da citada relação – os vínculos de natureza social e cultural, tanto em sentido estrito quanto amplo, que se fazem presentes e que atravessam a relação mãe-bebê, afetando, de algum modo, a relação. A teoria de Winnicott diz respeito, portanto, aos vínculos relacionais que remetem para a realidade concreta da experiência vivida. Não foi por menos que ele integrou à análise das crianças a análise da mãe ou de quem estivesse a cuidar das crianças e, por extensão, das demais pessoas envolvidas com os cuidados infantis. Para Winnicott, nenhuma criança se constituía numa ilha psíquica, para ser interpretada e compreendida por si mesma.

A partir da Inglaterra, a psicanálise de crianças logo ganhou o mundo. Na França, foi introduzida por Françoise Dolto, nos anos 30. A princípio, a sua concepção de tal prática contrasta inteiramente com as formulações da escola kleiniana. Para Dolto, segundo nos fazem ver Roudinesco e Plon:

“O método utilizado com as crianças consistia em abandonar a técnica da brincadeira e da interpre-

tação dos desenhos e praticar uma escuta capaz de traduzir a linguagem infantil. Na verdade, segundo Dolto, o psicanalista devia usar as mesmas palavras que a criança e comunicar-lhe os seus próprios pensamentos sob o seu aspecto real.” (Roudinesco e Plon: p.158).

Mas, posteriormente, em 1949, Dolto passou a adotar uma postura analítica que, da perspectiva da técnica utilizada, muito a aproximava da técnica da brincadeira de Klein. De acordo com Roudinesco e Plon:

“Com essa boneca-flor, Dolto integrava à sua prática a técnica dos jogos e, embora não tivesse conhecimento, na época, dos trabalhos de Melanie Klein, referia-se implicitamente a uma clínica das relações de objeto, desprovida, entretanto, da temática kleiniana do ódio, da inveja e de qualquer perseguição ligada à ideia de objeto mau.” (Ib.: p.158).

Dolto também alertou para a questão da constelação familiar e seus complexos na etiogênese dos distúrbios psíquicos. Para Roudinesco e Plon, “a anamnese conduzida por Dolto [no seu livro intitulado *O caso Dominique*, publicado em 1971] permitiu a reconstituição da história edipiana dos pais e o progressivo distanciamento

do adolescente em relação a um clima familiar incestuoso.” (Ib.: p.159). Na época em que Dolto acompanhou o caso, Dominique era um adolescente, de 14 anos de idade, que “sofria de uma fobia generalizada e apresentava tendências esquizofrênicas graves”. Segundo relato de Dolto, o pai do adolescente interrompeu o tratamento. É bem possível que Dominique tenha se tornado vítima daquilo que Ferenczi, em 1932, num Congresso Psicanalítico, chamou de “confusão de línguas entre os adultos e a criança”.

Da análise do caso do Pequeno Hans para cá, passando pelo advento propriamente dito da psicanálise infantil (vide os trabalhos de Klein, Freud [a filha], Winnicott, Dolto e tantos outros), a psicanálise não parou de crescer e de se desenvolver nessa sua área específica de atuação. Da fantasia à realidade, da “confusão de línguas” ao abuso real, ela tem revelado ser um corpo teórico e prático de fundamental importância no auxílio terapêutico a crianças e adolescentes em situação de violência sexual, tanto quanto aos seus familiares e abusadores – podendo esses últimos também ser parte integrante da própria família dos abusados. Talvez nenhuma outra prática clínica disponha de tanto lastro teórico para abordar e tratar essa questão; afinal, a mesma remete aos primórdios da psicanálise.

É baseado nesse lastro e nesse legado psicanalítico que o CEPARVS objetivou instituir uma prática clínica no auxílio terapêutico a crianças e adolescentes que sofreram violência sexual – atendimento extensivo aos familiares dos abusados e, também, aos próprios abusadores. Foi também objetivo do CEPARVS levar o legado psicanalítico adiante, incentivando o estudo e a pesquisa e compartilhando a metodologia com instituições afins – públicas, privadas e não governamentais, na forma de curso, treinamento e aperfeiçoamento de profissionais que atuam na área e lidam com a questão do abuso e da violência sexual, em suas mais diversas e perversas formas de expressão.

2.5. Metodologia do atendimento: a prática do CEPARVS em seu primeiro ano de funcionamento

A partir da capacitação da equipe do CEPARVS realizada pelo CEARAS, e das referências dos serviços visitados, dos estudos e embasamento teórico-clínico de orientação psicanalítica, das discussões em supervisão institucional e, ainda, de entendimentos com as organizações parceiras – FAFIRE e CRIAR-TJ/PE, foi implantada a metodologia de atendimento para o primeiro ano de funcionamento do CEPARVS.

Abaixo, apresentamos os principais aspectos dessa metodologia, desde o fluxo de encaminhamento dos casos, passando pela demanda para atendimento terapêutico e os enquadres desenvolvidos, visando compartilhar e disseminar possibilidades de uma atenção especializada, cuidadosa e ética, às pessoas envolvidas em situações de violência sexual contra crianças e adolescentes.

a. Estabelecimento do fluxo de encaminhamento dos casos

Desde sua concepção, inspirada no modelo de atendimento do CEARAS/USP, o CEPARVS buscou

desenhar fluxo e metodologia que permitissem a clara separação entre saúde mental e justiça, visando à proteção do sigilo terapêutico entre as pessoas atendidas nesse serviço e os terapeutas responsáveis pelos casos.

Para tanto, estabeleceu-se a supracitada parceria com o CRIAR-TJ/PE, de forma que os casos a serem encaminhados ao CEPARVS já deveriam estar em tramitação no Judiciário, independente do atendimento clínico posteriormente oferecido. Dessa forma, esse foi o único critério preestabelecido para a escolha dos casos a serem encaminhados ao Centro, ou seja, a preexistência de processo judicial.

Além disso, a demanda reprimida de casos dessa natureza, em tramitação no judiciário, não tinham a garantia de atendimento terapêutico porque os serviços existentes não absorviam a totalidade dos casos. Optou-se por encaminhar ao CEPARVS as situações que apresentavam relevantes sinais de sofrimento psíquico nas crianças, adolescentes e familiares.

Desta forma, foram encaminhados pelo TJ/PE para o CEPARVS, 10 casos emblemáticos de crianças e adolescentes que sofreram violência sexual. Por se tratar de experiência piloto e pioneira no

estado de Pernambuco, que visa a consolidação de metodologia de atendimento terapêutico, contemplando o tratamento à criança, família e autor da agressão.

b. Condições específicas para o encaminhamento dos casos:

- Isenção da exigência de notificação, por parte do psicólogo, do abuso sexual sofrido pelos seus pacientes (crianças e adolescentes) às autoridades competentes, visto que essa denúncia já ocorrera. Dessa forma, acredita-se que seria evitada uma “delicada” situação, posto que, ao atender apenas casos em que já havia sido feita a denúncia da violência sexual e o processo frente ao suposto autor da agressão nos trâmites da Justiça já havia sido instalado, não seria preciso, por parte do psicólogo, fazer a notificação do fato ocorrido, relatado pelas crianças e pelos adolescentes nas sessões de terapia – aspecto este que comprometeria o sigilo das informações e, conseqüentemente, a confiança do paciente no processo terapêutico.
- A prioridade dada aos casos de maior vulnerabilidade psíquica e social deveu-se ao fato de poder oferecer uma oportunidade de pro-

cesso terapêutico para aquelas pessoas que se encontram em situações-limite em uma cidade carente de serviços especializados dessa natureza.

- Assim, neste primeiro ano de funcionamento, que estamos aqui chamando de “projeto-piloto”, o CEPARVS atendeu dez famílias encaminhadas pelo CRIAR-TJ/PE, obedecendo ao seguinte fluxo:
- A equipe transdisciplinar do CRIAR-TJ/PE realiza triagem dos casos, visando selecioná-los a partir dos critérios supramencionados;
- É realizado contato da equipe do CRIAR-TJ/PE com a equipe de terapeutas do CEPARVS para disponibilização de horários para as entrevistas preliminares, realizadas, inicialmente, apenas com os pais ou responsáveis pela criança ou adolescente;
- Não há necessidade de envio de relatório pela equipe do CRIAR-TJ/PE ao CEPARVS no momento do encaminhamento;
- Após a realização das entrevistas preliminares, da escuta aos envolvidos em cada caso encaminhado, as terapeutas do CEPARVS, em

conjunto com a coordenação avaliam as demandas apresentadas para identificação dos envolvidos, aos quais será ofertado o espaço de escuta terapêutica. Esse poderá ser estendido a todos os membros familiares, envolvidos direta ou indiretamente na situação de abuso sexual, incluindo a pessoa que supostamente cometeu a violência.

c. Elaboração da demanda de atendimento

É sabido que a simples, mas não menos importante, decisão de aceitar o tratamento por parte das famílias que enfrentam situações de violência sexual, sugerido pelos profissionais do CRIAR-TJ/PE, não se caracteriza necessariamente em uma “demanda” de cuidados, termo esse utilizado no sentido psicanalítico. Portanto, mesmo chegando ao tratamento, essa demanda precisa ser construída no desenrolar dos atendimentos pelos pacientes na relação transferencial com o terapeuta, para que o processo terapêutico possa ocorrer efetivamente.

O termo “demanda” foi introduzido no campo da psicanálise por Jacques Lacan e, a partir daí, foi frequentemente utilizado para avaliar a possibilidade de iniciar um tratamento. Em francês, “demande” significa “pedido” e “pergunta”; por

isso, pode-se dizer que o surgimento de uma indagação por parte dos pacientes sobre seu sofrimento psíquico é um relevante indicador desse movimento de busca de um processo terapêutico (GUELLER, 2012). Certamente essa “demanda” não se resume a um enunciado explícito e de forma consciente, feito pelo sujeito, mas, sobretudo, representa um pedido que se revela também nos tropeços e lacunas de seu discurso, indicando a emergência dos seus desejos inconscientes.

Portanto, a partir do que foi dito acima, é importante que o terapeuta compreenda em que contexto foi feito o encaminhamento e o que, de fato, a família está lhe solicitando quando o procura, como também o que é que os familiares compreendem acerca deste espaço de escuta que lhes está sendo oferecido.

No contexto específico desse projeto-piloto, foi possível observar que as famílias precisam situar-se melhor sobre seu deslocamento/trânsito entre estas duas instituições, o CRIAR-TJ/PE e o CEPARVS. Por vezes, percebem que o espaço de escuta oferecido pelo CEPARVS é uma mera extensão do espaço de acolhimento obtido no CRIAR-TJ/PE, levando a uma série de expectativas e demandas que não poderiam ser satisfeitas neste novo cenário. Desfazer este “mal-entendido” é fundamen-

tal, visto que o atendimento no CEPARVS, embora esteja inicialmente atrelado ao CRIAR-TJ/PE pela via do encaminhamento dos casos, não está condicionado ao que ocorre no âmbito da Justiça.

Já dissemos anteriormente que separar o que é do cenário da Justiça e o que é do âmbito da Saúde Mental é essencial. Ou seja, torna-se condição importante ao atendimento psicoterapêutico saber que o dito no espaço de escuta clínica não será utilizado para beneficiá-lo e/ou nem para prejudicá-lo no processo judicial que tramita na Justiça.

Considerando ainda a questão da produção de uma demanda de atendimento, outro aspecto relativo à clínica de crianças e adolescentes é o fato de esses pequenos sujeitos não virem sozinhos à terapia, elemento esse estrutural que deve ser levado em consideração nesse tipo de atendimento (GUELLER, 2012; VORCARO, 2004). Portanto, nessa área clínica específica, os pais (ou responsáveis) devem ser convidados a participar do processo terapêutico de seus filhos, não apenas para trazer informações relevantes sobre a vida destes, mas, sobretudo, para falar sobre a dinâmica familiar, podendo, a partir disso, posicionar ou (re)posicionar o lugar que os filhos ocupam em seu próprio mundo psíquico.

Partindo do que foi dito anteriormente sobre a clínica de crianças e adolescentes, no específico cenário desse Centro, é fundamental analisar que, apesar da ocorrência de violência intrafamiliar repercutir em todos os membros da família (e, a partir daí, concluirmos precipitadamente que todos eles precisariam de um espaço de escuta), em cada caso, é preciso definir “quem” e o “que” demandam os familiares em torno de um tratamento que é feito primordialmente em nome da criança e do adolescente que sofreram abuso sexual. Dessa forma, é importante que o atendimento não seja reservado à escuta clínica apenas da criança e do adolescente, mas que também seja ofertado um espaço de fala para aqueles familiares que desejem elaborar suas angústias, seus medos e até suas implicações (diretas e indiretas) no abuso ocorrido na família.

d. Enquadres de atendimento psicoterapêutico desenvolvidos no CEPARVS

- **Atendimento psicológico individual à criança e/ou ao adolescente:** as crianças e os adolescentes encaminhados para atendimento no CEPARVS, após escuta e triagem inicial realizada com seus pais, foram encaminhadas ao atendimento individual, considerando-se a demanda de cada um. Esse atendimento de-

envolveu-se com base na técnica psicanalítica para a clínica infanto-juvenil, utilizando-se, inclusive, dos recursos materiais previstos para tal modalidade clínica. Embora o espaço terapêutico seja da criança e/ou do adolescente, os pais (ou responsáveis) são convocados a participar de alguns atendimentos de seus filhos, enquanto representam aqueles que, frente a estes, assumem as funções simbólicas (materna e paterna) diante do terapeuta responsável pelo tratamento, para que seja possível observar os enlaces e desenlaces da dinâmica familiar. Caso o autor da violência seja um dos pais, este também deverá ser convocado enquanto pai, e não como o autor da violência. Colocá-los na posição de pais, integrantes da família, é importante, porque os convocam a assumir (ou, ao menos, refletir) o lugar simbólico destinado a sua posição na cadeia geracional, já que se sabe o quanto as funções simbólicas estão perturbadas, em casos de violência sexual, no interior da família (incesto).

RESULTADOS: Foram atendidas, nesse enquadre sete crianças e dois adolescentes.

- **Acompanhamento aos pais e aos familiares:** os pais e outros familiares têm um espaço de escuta reservado para eles, sem a presença

da criança e/ou do adolescente (embora seja do conhecimento destes), tendo como responsável por esse espaço um outro terapeuta, e não o deles, visto que esses membros também precisam falar sobre o que ocorre na família e como se sentem diante de determinadas questões. E, por outro lado, existem situações que precisam ser discutidas apenas entre adultos, não cabendo à participação de crianças e adolescentes.

RESULTADOS: Nesse enquadre nove familiares foram acompanhados.

- **Terapia familiar:** os atendimentos às famílias foram realizados por duas terapeutas, visando trabalhar a dinâmica familiar como um todo, no sentido de possibilitar as tramas relacionais com ela envolvidas. Cabe ressaltar que, neste primeiro ano de implantação, a terapia familiar ocorreu ainda de forma bastante incipiente e experimental, sendo necessário aprofundamento e ampliação da equipe técnica para possibilitar maior alcance desse enquadre de atendimento clínico.

RESULTADOS: Uma família foi atendida na implantação do projeto piloto.

- **Atendimento psicológico individual ao adulto:** quando algum desses personagens da família “demandou” um espaço de escuta, no sentido de ter um processo terapêutico próprio, para aprofundar questões pessoais, foi encaminhado para a Clínica Psicológica da FAFIRE ou CECOMFIRE.

RESULTADOS: Nesse enquadre, dois adultos foram atendidos.

- **Sobre o atendimento psicológico ao possível agressor sexual,** que se inseriu no último enquadre citado acima, é importante observarem-se algumas considerações. A sociedade, por repudiar fortemente o abuso sexual, tende a acreditar que a única intervenção possível, frente à pessoa que comete essa violência, é a de caráter judicial, no sentido de puni-la exemplarmente por ter cometido essa violenta transgressão moral contra uma criança ou adolescente. De fato, vale salientar que se deve estar atento aos efeitos estruturantes produzidos na criança, no adolescente, na família como um todo e, sobretudo, no autor da violência, promovidos pela interferência da Justiça, que funciona como um elemento terceiro (Lei), mostrando que o corpo social assume a responsabilidade de aplicar a lei quando esta

não se fez presente no sujeito ou na dinâmica familiar. Entretanto, é possível e essencial oferecer outro tipo de intervenção, além da descrita acima, caso eles demandem atendimento psicológico para elaborarem o que significam tais atos abusivos em suas vidas.

- **Foram enfrentados diferentes obstáculos para efetivação do atendimento ao suposto agressor**, os quais já eram previstos, considerando-se algumas alternativas possíveis para esta situação: 1) poderiam não aderir ao tratamento psicológico proposto; 2) poderiam comparecer às sessões, mas não, necessariamente, se implicarem no tratamento, apenas por acreditar que a “aceitação” da proposta poderia trazer-lhes benefícios e atenuantes no momento do julgamento; 3) poderiam encontrar, nesse espaço, um lugar propício à elaboração de questões significativas de suas vidas, efetivando-se em uma real “demanda” de tratamento. Dentre os dez casos encaminhados ao CEPARVS, nesse primeiro ano de implantação, as três possibilidades se concretizaram em diferentes casos, e alguns dos supostos agressores sexuais não chegaram nem mesmo a demandar o atendimento psicológico. Assim, foram realizados atendimentos com dois suspeitos de agressão sexual.

e. Infraestrutura física e procedimentos do atendimento desenvolvido no CEPARVS

- **Local:** os atendimentos foram realizados em espaços próprios para esses casos, na Clínica Paula Frassinetti, da FAFIRE. Nesse espaço, contou-se com sala de espera, serviço de recepcionista e salas adequadas ao atendimento clínico psicológico.
- **Frequência e duração dos atendimentos:** as sessões aconteciam com frequência semanal e tinham a duração de 45 minutos.
- **Período de atendimento:** no contexto de projeto-piloto, que tinha uma duração prevista para um ano, considerou-se a duração máxima de um ano para os atendimentos. Entretanto, dependendo da demanda de cada caso, poderá ser dada continuidade ao tratamento por mais um ano.
- **Materiais utilizados no atendimento às crianças e aos adolescentes:** para pensar sobre o atendimento às crianças no CEPARVS, baseado na psicanálise, consideramos que essa foi adaptada à criança por meio da técnica do brincar, como apresentado nessa sistematização, ao falar-se sobre o embasamento

teórico do trabalho desenvolvido. Relembrando, aprendeu-se, com a inventora dessa técnica, Melanie Klein, e com os psicanalistas que a sucederam, que é no brincar que as crianças representam simbolicamente suas experiências, suas fantasias e seus desejos. Não é que as crianças e os adolescentes não possam falar/associar livremente, mas, utilizando-se da atividade lúdica típica do mundo infantil, verificou-se que eles podem expressar seus conflitos internos e elaborá-los mais espontaneamente. Aprendeu-se, também, que é necessário levar em conta o material que as crianças utilizam durante a sessão: brinquedo, dramatização, água, recorte; a maneira como brincam; a razão por que passam de uma brincadeira para outra, e os meios que escolhem para suas representações. Partindo desses pressupostos, foram utilizados, no CEPARVS, os materiais típicos à Clínica Infantil.

- **Sobre o foco ou direcionamento do atendimento para a temática da violência sexual:** Mesmo que inicialmente os pacientes possam focalizar sua “fala” em torno da violência sexual sofrida - até porque são encaminhadas pelo CRIAR/TRJ-PE justamente pelo que lhes ocorreu em suas vidas e para um serviço especializado visando atender a tal demanda, a in-

tervenção não se restringe a essas ocorrências específicas. Como a abordagem terapêutica é a psicanálise, solicita-se que os pacientes possam “falar” o que lhes vier à mente, mesmo que lhes pareça sem sentido e bastante distante da queixa inicial que os trouxe ao tratamento. Esses eventos precisam ser contextualizados nos cenários familiar e social em que esses pacientes estão inseridos, bem como os efeitos dessas situações traumáticas, em diversas dimensões de suas vidas, também devem ser analisados, levando o paciente para outras questões que não tenham relação direta com a violência sexual sofrida, mas que fazem parte de sua história de vida como um todo.

2.6. Supervisão institucional e grupo de estudos

Como já mencionado anteriormente, a possibilidade de um atendimento às situações de abuso sexual contra crianças e adolescentes, com qualidade, pautado na Ética, com embasamento teórico adequado e articulado com a rede de proteção, demanda formação contínua dos profissionais, bem como a constante revisão e reflexão sobre a própria prática. Além disso, assume-se cada vez mais a importância da atenção e do cuidado que cada profissional, que atua junto a essas demandas, deve ter em relação a esses aspectos que o mobilizam profissional e pessoalmente, ao entrar em contato com as histórias de sofrimento trazidas por seus pacientes sobre a violência sexual vivida e, ainda, em relação a outros sofrimentos psíquicos que se apresentam. Faz-se importante cuidar daquele que cuida, para que o cuidado, neste caso, a atenção terapêutica, por este fornecida, não incorra na revitimização daquele a quem se propõe atender, nem tampouco no adoecimento do próprio profissional.

Sabe-se também que há diferentes formas de acessar e prover esse cuidado com a equipe, embora exista ainda, na maioria das instituições, grande dificuldade ou impossibilidade de garantir o aces-

so dos profissionais a essas formas de atenção com o próprio trabalho e consigo mesmos, seja por ausência de recursos financeiros direcionados a esse fim, seja por desconsiderarem ainda tal importância.

No CEPARVS, essa preocupação e esse cuidado estiveram presentes desde a elaboração do projeto, o que permitiu a previsão tanto de recursos financeiros, quanto de uma atenção especial à seleção dos profissionais e às parcerias estabelecidas para sua capacitação. Com isso, além da capacitação, realizada pela equipe do CEARAS/USP, e do intercâmbio interinstitucional, já descritos nessa sistematização, a equipe de profissionais do CEPARVS pôde contar com um processo de supervisão institucional ao longo da implantação do serviço de atendimento, com frequência quinzenal.

Os atendimentos clínicos de casos relacionados ao abuso sexual incestuoso provocam impacto no profissional que recebe suas vítimas em tratamento, mobilizando questões do terapeuta, sendo importante recorrer a um outro espaço que possibilite ter a clareza e o distanciamento necessários à condução do caso. A supervisão pro-

porciona esse outro espaço, no qual, no lugar de segunda escuta, o supervisor entra em posição privilegiada de terceiro simbólico na relação dual entre paciente-analista, determinando, pelo seu posicionamento na estrutura, algo da produção de efeito. Sem ter a participação na cena do atendimento, a não ser no a posteriori, o supervisor não é tomado pela pressão que certa transferência estabelece. Dessa forma, é possível fazer novas leituras, abrindo novas perspectivas.

A supervisão é uma prática psicanalítica específica, mediante a qual um psicanalista recorre a outro para falar da sua clínica, a partir de um ou mais casos que está conduzindo. Para a psicanálise, ela é de grande importância, a ponto de ser considerada por Freud, junto com a análise didática do analista e o estudo da teoria, prática fundamental no percurso de quem é movido pelo desejo de se tornar analista. A importância se dá pelo fato de que há motivos estruturais que fundamentam o exercício da supervisão. Freud, no seu texto de 1912, “Conselhos ao médico no tratamento psicanalítico”, chama a atenção para o conceito de ponto cego do analista, em relação ao qual diz que a cada um dos recalques não vencidos pelo analista corresponde um ponto cego em sua percepção analítica.

A análise didática do terapeuta permite, dentro do possível, sua neutralidade, ou seja, a não intromissão de seus aspectos psíquicos nos atendimentos que têm a seu cargo. Porém, não impossibilita que situações específicas mobilizem desejos e fantasmas do terapeuta, produzindo interferência inconsciente no próprio atendimento. A supervisão coloca em cena o “ponto cego”, permitindo que o terapeuta se implique e se mantenha alerta a respeito do lugar que está tomando na transferência pelo discurso da pessoa atendida.

A busca pela supervisão sistemática passou pelo conhecimento da necessidade desse lugar terceiro, e pelo reconhecimento de que o impasse e a insuficiência fazem parte da natureza da escuta na clínica. Nos relatos dos atendimentos e de seus impasses feitos durante a supervisão, no qual o terapeuta se faz ouvir, criam-se condições que possibilitam colocar em cena a dificuldade que está em jogo no atendimento. Nos deslizes dados na narração, o terapeuta pode reconhecer os limites de uma escuta e de uma intervenção. Ao surpreender-se na sua narração, aí, por meio dessa consideração, se produz sempre algo inédito que o leva a reformular e reordenar o caso, reposicionando-o.

Dessa forma, a supervisão no CEPARVS, desde o início dos atendimentos, vem sendo feita quinzenalmente e tem se constituído como espaço de trocas, interrogações, questionamentos e de fundamentação da singularidade clínica.

Além do espaço de supervisão clínica e institucional, a equipe de profissionais do CEPARVS planeja e coordena um grupo de estudos, com frequência mensal, com participação de docentes, discentes e de profissionais de outras instituições que trabalham com a temática. Esse espaço visa ao aprofundamento teórico na questão da violência sexual contra crianças e adolescentes e na psicanálise, base teórico-metodológica do trabalho no Centro. As leituras e discussões decorrentes desses encontros permitem constante revisão da prática desenvolvida no CEPARVS, bem como seu aprimoramento e sua disseminação.



3. Considerações finais

Decorrido um ano do início das atividades do CEPARVS, pode-se pontuar aspectos significativos do trabalho implantado. Esses se referem tanto ao alcance das metas estabelecidas no projeto, quanto aos benefícios que ultrapassam as expectativas desenhadas previamente, e às principais dificuldades. A seguir, são destacadas as principais conquistas nesse primeiro ano de atendimento no CEPARVS e seus desafios:

- A parceria com o CRIAR-TJ/PE possibilitou o estabelecimento de um fluxo adequado para os encaminhamentos dos casos ao CEPARVS, possibilitando a separação entre os papéis da Saúde Mental e da Justiça, uma vez que os casos encaminhados já vinham sendo acompanhados pelo Poder Judiciário, restando ao CEPARVS apenas o acompanhamento em termos de Saúde Mental, sem necessidade de realizar a notificação;
- O encaminhamento de dez famílias e o início do acompanhamento terapêutico após a triagem realizada pela equipe. Os atendimentos realizados são objeto de estudo e supervisão clínica. As crianças e os adolescentes encaminhados, além de suas famílias e daqueles que cometeram o abuso sexual, encontraram um

espaço de escuta para elaboração psíquica da violência ocorrida, possibilitando rompimento do ciclo de violência;

- A parceria com a FAFIRE possibilitou a criação de espaços adequados ao funcionamento do CEPARVS, com salas destinadas à realização de reuniões, grupos de estudos e supervisões, além dos atendimentos clínicos às famílias encaminhadas ao serviço. Além disso, instaurou-se uma parceria no âmbito da pesquisa acadêmica e da participação de estagiários na equipe do CEPARVS, como parte da formação desses profissionais;
- A equipe do CEPARVS passou por um processo de aprimoramento da metodologia que contou com os espaços de supervisão quinzenal, com um profissional psicanalista, e com um grupo de estudos e a participação da coordenação de Programas da **Childhood Brasil**. Ambos os processos, além de contribuírem para a melhoria e o refinamento da metodologia do serviço oferecido, confirmam a importância de oferecer à equipe diferentes possibilidades de cuidado com os profissionais, que refletem na qualidade do atendimento oferecido à população atendida;

- Foram visitadas quatro organizações com “expertise” no atendimento psicoterápico a situações de violência sexual e com credibilidade junto à rede de proteção no município de São Paulo/SP. O intercâmbio foi realizado com sucesso e trouxe elementos teóricos e práticos para subsidiar a construção da metodologia do CEPARVS; contribuindo para a equipe refletir sobre a sua escolha metodológica e ampliação do olhar no que se refere a possibilidades de ampliação deste serviço;
- A escolha da psicanálise como base teórica metodológica para os atendimentos realizados no CEPARVS mostrou-se profícua e adequada. O estudo e a discussão dos atendimentos, a partir desse referencial, contribuem para a compreensão da dinâmica da violência sexual, vivida em cada uma das famílias encaminhadas ao CEPARVS, e das demandas psíquicas apresentadas, individualmente, por essas pessoas envolvidas na situação de abuso sexual;
- O CEPARVS passou a ser reconhecido pela Vara de Crimes Contra Crianças e Adolescentes da Capital como espaço de tratamento psicoterapêutico para os casos de violência sexual cometidos contra estes;
- A Clínica da FAFIRE está absorvendo os atendimentos do CEPARVS, juntamente com sua equipe, independente do financiamento externo do projeto. Esse aspecto é positivo na medida em que aponta para a sustentabilidade do centro de atendimento criado, além da importância do serviço prestado dentro da clínica escola da instituição de ensino superior;
- O atendimento aos agressores sexuais é ainda um desafio a ser solucionado. É evidente a importância desse atendimento, para fortalecer a criança ou o adolescente que vivenciou a violência sexual, aos familiares ou responsáveis que indiretamente passaram pela situação, e também para possibilitar o rompimento de um ciclo de violência. Contudo, dos casos encaminhados ao CEPARVS, apenas dois supostos agressores sexuais iniciaram o atendimento e acabaram por abandoná-lo pouco tempo depois. Essa dificuldade – relatada também pelas organizações de referência visitadas pela equipe –, exige ainda dos profissionais e da rede de proteção como um todo, maior aprofundamento das discussões, frequente debate entre Justiça e Saúde Mental, melhor articulação dos serviços e compreensão da dinâmica psíquica e social envolvida.

3.1. Os desafios para a continuidade

A implantação do CEPARVS constituiu-se de um desafio essencial, partindo de uma demanda evidenciada pelas pesquisas realizadas no Estado de Pernambuco sobre a precária atenção que vem sendo dispensada às crianças e aos adolescentes em situação de violência sexual e às demais pessoas envolvidas nesses episódios. Reuniu esforços de diferentes parceiros, com atuação em âmbitos diversos, conciliando saúde mental, justiça e produção de conhecimento, sem sobreposições ou trocas de papéis. Foi, dessa forma, ao encontro do que está definido como diretriz nos Planos Nacional e Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, compondo, junto com os parceiros e demais organizações da Rede de Proteção, a política de proteção integral à infância e adolescência.

- Desde sua concepção, buscou-se o desenvolvimento de uma metodologia diferenciada, eficaz, que acolhesse a demanda das pessoas a serem atendidas, sem provocar revitimizações, e respeitando as particularidades de cada uma delas. Para isso, assentou-se sobre uma base teórica consolidada, com contínuo aprofundamento e aprimoramento, além do cuidado constante com a equipe, através dos espaços de

estudo e supervisão e da troca com organizações que também desenvolvem esse trabalho.

- Há, sem sombra de dúvida, uma série de desafios a serem ainda enfrentados, como a demanda de atendimento crescente, por exemplo. Mas a percepção da qualidade do trabalho implantado, dos resultados observados junto às pessoas atendidas, crianças, adolescentes e famílias, traz a certeza da importância do contínuo investimento em metodologias que, como a implantada no CEPARVS, primam pela qualidade, pela ética e, acima de tudo, pela proteção de crianças e adolescentes contra a violência sexual. Por um futuro livre de violência e um presente com possibilidades para além da violência já vivida.

3.2. Os próximos passos

Após avaliar o primeiro ano de funcionamento do CEPARVS, conclui-se que a implantação desse projeto piloto alcançou grande parte das metas iniciais propostas. Passado esse período, apresenta-se a necessidade de ampliar as ações desse Centro, observação essa pautada e inspirada no conhecimento adquirido a partir da própria realização das atividades e das trocas de experiências com outros serviços que atendem crianças e

adolescentes que sofreram violência sexual, com o objetivo de alcançar outros patamares de intervenção, deixando de lado o caráter experimental do projeto.

Para viabilizar essa continuidade e ampliação, novas ações são imprescindíveis, inclusive para o enfrentamento de outros desafios nessa nova etapa do projeto, que vão desde o repensar a inserção de outros profissionais que possam fazer parte da equipe técnica, o incremento do processo de articulação com os serviços municipais e estaduais de atendimento especializado disponíveis no estado de Pernambuco (no que tange à intervenção psicossocial quanto à medida judicial), até a elaboração de novas contrapartidas entre as instituições parceiras desse projeto.

Para dar início a esse processo, um projeto de continuidade foi elaborado e apresentado à FAFIRE e à **Childhood Brasil**. Vale ressaltar que a continuidade e ampliação da atuação do CEPARVS encontram justificativa na existência de diversas lacunas e fragilidades no sistema de atendimento aos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes em todo o estado de Pernambuco.

Considerando os eixos de Estudos e Pesquisas, a Capacitação Profissional e o Atendimento Tera-

pêutico, a proposta apresentada contempla os seguintes aspectos:

- Manutenção e incremento do grupo de estudos;
- Criação de linhas de pesquisa sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes no Núcleo de Pesquisa e Iniciação Científica (NUPIC);
- Estreitamento de laços com outras organizações e serviços que atuem na prevenção e no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes;
- Capacitação de outras equipes para atuação nessa temática, considerando a disseminação da metodologia desenvolvida no CEPARVS;
- Ampliação da capacidade de atendimento psicológico – possibilidade de atender a um número maior de crianças, adolescentes e famílias, através da ampliação da equipe técnica do Centro;
- Garantia de continuidade da supervisão clínica aos atendimentos realizados no CEPARVS;
- Maior integração do CEPARVS com a Clínica Paula Frassinetti da FAFIRE.



4. Bibliografia

ARAÚJO, A.L.; PINTO, M.G.O.; BEZERRA, E.M. **Atenção no âmbito da Justiça e da Clínica Psicológica às vítimas e famílias em situação de violência sexual.** Uma experiência de parceria entre o CRIAR/TJPE, Childhood Brasil e FAFIRE. Recife, PE – 2012. (MIMEO)

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: 15 mai. 2012.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Brasília: Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, Departamento da Criança e do Adolescente, 2002.

_____. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil**. 3ª ed. Brasília: SEDH/DCA, 2002. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/conanda/plano_nacional.pdf> Acesso em: 15 mai. 2012.

CEDECA-BA. **Construindo uma história: tecnologia social de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes** / Centro de Defesa da Criança e do Adolescente da Bahia –

Salvador: CEDECA-BA, 2003.

FERREIRA, S. **Projeto técnico científico para implantação do CEPARVS**. Recife, PE – 2012. (MIMEO)

FREUD, S. As neuropsicoses de defesa: uma tentativa de teoria psicológica da histeria adquirida, de muitas fobias e obsessões e de certas psicoses alucinatórias. Obras Completas de Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976.

GABEL, M. (org.). **Crianças vítimas de abuso sexual**. Summus Editorial, 1997.

GUELLER, A.S. **Atendimento psicanalítico de crianças**. IN Revista Mente e Cérebro, de 01 de Março de 2012, 51-55.

HOLLIDAY, O.J. **Para sistematizar experiências**. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2006. Disponível em: <http://www.mma.gov.br/estruturas/168/_publicacao/168_publicacao30012009115508.pdf> Acesso em: 15 mai. 2012.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. **Vocabulário da Psicanálise**. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LEAL, M.L.P. **A Exploração Sexual Comercial de Meninos, Meninas e Adolescentes na América Latina e Caribe.** (Relatório Final – Brasil). Brasília: CECRIA. IN Ministério da Justiça, UNICEF, CESE, 1999.

MAGALHÃES, J.S. **Abuso sexual intrafamiliar: reflexões sobre um caso clínico sob a perspectiva da psicanálise do self.** São Paulo: s.n., 2003. – 135p (Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo).

MALLAK, L.S. & VASCONCELOS, M.G.O.M. (orgs.). **Compreendendo a Violência Sexual em uma Perspectiva Multidisciplinar.** Colaboração Felipe Raminelli Leonardi – Carapicuíba, SP: Fundação Orsa Criança e Vida, 2002.

ONU. **Convenção sobre os Direitos da Criança.** Adotada pela Resolução n.º L. 44 (XLIV) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada pelo Brasil em setembro de 1990.

CEDCA-PE. **Plano Decenal de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes do Estado de Pernambuco (2008-2017).** Aprovado pela Resolução Conjunta nº 1, do CEDCA/PE e CEAS/PE, de 10 de junho de 2008. Disponível em: <www.cedca.pe.gov.br> Acesso em: 15 mai. 2012.

ROUDINESCO, E. & PLON, M. **Dicionário de Psicanálise.** Tradução Vera Ribeiro, Lucy Magalhães; supervisão da edição brasileira Marco Antônio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

CHILDHOOD
pela proteção da infância

ISBN-13: 978-8562194061



9 788562 194061

Realização:

CHILDHOOD
pela proteção da infância

Parceria:

