

FERIDAS DA INFÂNCIA: REPERCUSSÕES DA VIOLÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO DA CRIANÇA

Jamylle de Sousa Meira
Milena de Holanda Oliveira Bezerra

RESUMO

Diferentemente do que pensamos abusos contra a criança estão presentes nos mais diversos eixos sociais, etnias, religiões e culturas. Estes são mutiladores e atuam como um fator proeminente para um desenvolvimento emocional conturbado. Descobrir a violência é tarefa que demanda cutela e atenção aos sinais sutis preferidos pela vítima, de modo a fornecer-lhe auxílio e métodos de ressignificação da situação traumática. Tendo em vista que o problema possui manifestação e resolubilidade dessemelhantes, pretende-se com este trabalho explicar as formas de abusos sofridos por uma criança dentro de seu sistema familiar. Objetivando elencar os comportamentos apresentados no setting terapêutico de uma clínica-escola, que denotam a vitimização e os efeitos acarretados no desenvolvimento psíquico desta. Concluindo que com os atendimentos psicoterápicos percebem-se melhoras significativas no enfrentamento do problema, principalmente nos aspectos de entristecimento e agressividade. Os aparelhos protetivos municipais foram acionados, e a paciente continua em atendimentos para que se possa promover o resgate do curso regular e satisfatório do desenvolvimento da criança e a elaboração das situações de violência.

Palavras-chave: Infância. Violência. Desenvolvimento Psíquico.

ABSTRACT

Unlike what we think abuses against children are present in several social axis, ethnicities, religions and cultures. These are crippling and act as a prominent factor for troubled emotional development. Discover violence is a task that demands cutela and attention to subtle cues preferred by the victim in order to provide you with help and methods of reframing the traumatic situation. Given that the problem has dissimilar manifestation and resolution, it is intended with this work explain the forms of abuse suffered by children within their family system. In order to list the behaviors in the therapeutic setting of a clinical school, denoting victimization and the effects entailed in this psychic development. Concluding that with psychotherapy treatment are perceived significant improvements in tackling the problem, especially in the aspects of grieving and aggressiveness. The municipal protective devices were activated, and the patient remains in attendance so that we can promote the recovery of the regular course and the satisfactory development of the child and the development of situations of violence.

Keywords: Childhood. Violence. Psychic Development.

1 INTRODUÇÃO

A concepção de infância sofreu muitas modificações ao longo do desenvolvimento da sociedade; Philippe Ariès, em sua obra *História Social da Criança e da Família*, com primeira edição publicada em 1960, conceitua que na antiguidade as crianças eram vistas e tratadas como pequenos adultos, não havia características ou necessidades próprias. Seus comportamentos eram definidos como irracionais sem distinção quanto ao uso do vocabulário ou brincadeiras, onde relação estabelecida com os adultos era quase sempre pautada em submissão e discriminação (ARIES, 1981).

Crianças, jovens, adultos e idosos, compartilhavam do mesmo modo de se vestir, brincadeiras, e do trabalho. Não existiam particularidades da infância, Aires (1981) ainda afirma que as crianças eram iniciadas ao conhecimento sobre a sexualidade de maneira muito precoce.

Atos violentos contra a criança sempre estiveram presentes no processo histórico da humanidade. Crianças que nasciam deficientes eram mortas ou abandonadas, findando por definhando ou serem devoradas por animais. As razões para o infanticídio eram diversas, indo desde a diminuição de gastos, sacrifícios religiosos, rejeição da família por serem filhos de mães solteiras, ou até mesmo equilíbrio de sexos. Eram submetidas ao trabalho estafante, além de vendidas ou trocadas por mercadorias para garantir o sustento da família (AIRES, 1981).

Independendo da classe social, grupo étnico ou religioso, a violência sexual também se fez presente no percurso histórico infantil. A Grécia foi uma das primeiras civilizações onde a prática sexual com adolescentes era vista de forma natural, conceituando-se como um processo importante para o desenvolvimento e maturação (ULLMANN, 2007).

Segundo Bass e Thornton (1985), no período bíblico, mulheres e crianças eram patrimônio masculino, portanto, pais e maridos decidiam o que fariam com elas. A prática sexual em meninas era permitida a partir dos três anos, consentido pelo pai desde que em troca este recebesse uma quantia justa por sua filha.

Segundo as mesmas autoras, antes dos três anos de idade não existiam leis, nem restrições que regulamentassem a prática sexual com crianças, principalmente em meninas, visto que eram muito jovens pra serem consideradas virgens, além de não terem qualquer valor monetário.

O Brasil possui registros desse tipo de violência desde o período colonial, as crianças eram vítimas de abuso do poder parental devido à ausência de diretos e a intolerância da sociedade da época. Vivia-se em situação de miséria extrema, e as crianças eram submetidas ao trabalho escravo, a violência, e a impunidade, excluídas em cortes orçamentários de políticas públicas e programas sociais (GUERRA, 1985).

É complexa a identificação de abusos cometidos contra crianças, na maioria das vezes elas são coagidas e ameaçadas caso venham contar para outrem. Hoje se atribuem uma maior visibilidade em decorrência da mobilização das entidades de proteção aos Direitos da criança e do adolescente, bem como da conscientização sobre a temática, onde vizinhos, amigos ou a própria criança podem denunciar sem exposição ou risco (FERREIRA, 1995).

Os atendimentos psicoterápicos infantis realizados pela clínica-escola Luiggi Bertollo situada na Faculdade Católica Rainha do Sertão, atuam por meio de encaminhamentos externos, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Conselho Tutelar, escolas, serviços de saúde; Demanda interna, advindas das demais clínicas-escola, e ainda por demandas espontâneas.

As principais queixas que demandam atendimento psicoterápico infantil se engendram na maioria dos casos em dificuldades de aprendizagem, desajustes comportamentais, agressividade, hiperatividade, dificuldade de estabelecer relações sociais, ou vitimadas por alguma situação traumática.

Psicoterapia é um processo dinâmico de desenvolvimento do autoconfronto mediante as possibilidades do próprio paciente, que favorece um contínuo de revelar a si mesmo, de se entregar e questionar objetivando a libertação dos seus conflitos mais íntimos, de se reconhecer se integrar consigo mesmo. Assim, paciente e terapeuta buscam métodos de transformação e comunicação bidirecionais e sistematizadas que atinja mudanças (BUCHER, 1989).

No âmbito infantil o processo psicoterápico necessita de uma ampla visão do problema, tendo em vista a total dependência do grupo familiar e escolar. Assim, conhecer a teia de relações que a mesma está inserida fornece um panorama além da queixa comportamental, mas também proporciona ao terapeuta a elaboração de métodos de interventivos mais eficazes (OAKLANDER, 1980).

O ambiente clínico é favorecedor de acolhimento e segurança. O sigilo profissional auxilia na libertação e no diálogo da criança, fornecendo-lhe subsídios

para lidar com suas demandas. Assim, a psicoterapia infantil proporá um leque de possibilidades de auto descoberta do paciente, sendo necessário senti-lo para então atribuir-lhe intervenções mediadoras nesta procura de si mesmo, e na cura de seus problemas (RIBEIRO, 1999).

Neste trabalho, pretende-se explicar as formas de abusos sofridos por uma criança dentro de seu sistema familiar. Objetivando elencar os comportamentos apresentados em setting terapêutico de uma clínica-escola que denotam a vitimização e os efeitos acarretados no desenvolvimento psíquico desta.

2. ABUSO INFANTIL: CONSTRUÇÕES CONTEMPORÂNEAS

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 227 designa que é obrigação da família, da sociedade e do Estado assegurar o menor de idade, com absoluta prioridade, todos os direitos fundamentais para um desenvolvimento saudável, colocando-os a salvo de toda e qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Diferentemente do que pensamos o abuso contra a criança está presente nos mais diversos eixos sociais, etnias, religiões e culturas. Defini-se como abuso quando um sujeito portando de condições superiores (idade, força, posição social/econômica, inteligência, autoridade) profere ações que gerem detrimientos físico, psicológico e/ou sexual, com o consentimento ou não da vítima obtido por meio de sedução, troca ou indução. (DESLANDES, 1994 apud ASSUNPÇÃO, 2008)

É difícil quantificar a proporção de crianças agredidas, bem como formular o perfil de abusados e abusadores, visto que ainda é mínimo o número de denúncias (STREY 1988, apud LABADESSA&ONOFRE, 2010).

A criança procura no indivíduo adulto segurança e afeto, o percebendo como provedor de todas as suas necessidades, sendo ele fundamental mediador para um desenvolvimento físico e psicológico. (COHEN&MARCELLI, 2010)

A condição de abuso proferido por alguém dentro do seio familiar (pais, padrastos tios, avos, irmãos ou alguém que possua íntima ligação com a família da criança) produz o sentimento de traição e falta de proteção, e sentimentos conflitantes entre a lealdade e a condição perversa das atividades sexuais (COHEN&MARCELLI, 2010). Este sentimento é produzido não apenas ao abusador,

mas as demais pessoas a quem ela poderia confiar, como a mãe e/ou órgãos de proteção a criança. É comum que ela exija provas de confiança a quem lhe profere ajuda.

Guerra de Azevedo (2011) designa quatro tipos de violência, a física, a psíquica, a sexual e a negligência a violência física, psíquica, sexual e a negligência.

3 OS DESDOBRAMENTOS DA VIOLÊNCIA FÍSICA NO CONTEXTO FAMILIAR

Entendemos que a violência contra a integridade física é a que mais acomete crianças, é empregada comumente como artifício disciplinador e para obtenção dos comportamentos desejados, indo de uma palmada ao espancamento, podendo até levar a óbito (AZEVEDO, 2011). Muitos pais reproduzem o modelo educativo que tiveram quando crianças, tal método pode tornar-se um círculo vicioso produtor de adultos agressivos (KORN, *et al* 1998)

Contudo, devemos perceber que a violência física transcende a visão determinista de causa e efeito vivenciado por um agressor ‘malvado’ e uma vítima que espera e/ou provoca as circunstâncias de abuso, mas trata-se de um problema de saúde pública, perpassando as fragilidades da dinâmica familiar, e abrangendo uma esfera social e cultural.

“A violência é uma forma de relação social; está inexoravelmente atada ao modo pelo qual os homens produzem e reproduzem suas condições sociais de existência. Sob esta ótica, a violência expressa padrões de sociabilidade, modos de vida, modelos atualizados de comportamento vigentes em uma sociedade em um momento determinado de seu processo histórico.” (ADORNO, 1988 apud AZEVEDO, 2011)

O desajuste psíquico, familiares e o alcoolismo são outros aspectos propulsores de violência contra a criança. Segundo Delgado & Fisberg (1990), o uso de álcool proporciona a perda de controle do indivíduo, tornando-o mais propenso a atos de negligência, abandono, violência física e psíquica a outrem. Para Bhering (*et al* 2002) o desenvolvimento de uma criança dentro de uma estrutura familiar neurótica, certamente ocasionará heranças em seu comportamento. Um círculo vicioso possível gerador de adultos agressivos.

4 A VIOLÊNCIA SEXUAL E SUAS REPRESENTAÇÕES

Segundo a Organização Mundial da Saúde OMS (2002), abuso sexual é designado como atividades de cunho sexual exercida contra a criança por um indivíduo adulto, com fins de gratificação de necessidades ou desejos sexuais. Configura-se como uma das formas de maus-tratos infantis mais cruéis, com uma série de representações histórico-culturais, que perpassam os níveis sociais, chegando a produzir um processo cíclico de possíveis abusadores.

Qualifica-se como abuso sexual, a exposição sensorial (pornografia, exibicionismo, linguagem sexualizada); estimulação sexual (o toque em partes íntimas, masturbação); fotografar, ou observar a criança despida para fins eróticos; exposição deliberada da genitália (da criança ou do abusador) e ato sexual propriamente dito (efetivação, tentativa de violação, penetração oral, anal ou genital) (FONSECA; LAU; FARINATTI, 1996).

O abuso sexual é caracterizado como crime partindo do princípio que além do desenvolvimento psicossocial inferior, a criança não possui maturação biológica e nem a habilidade consciente de decisão em virtude de assimetrias de idade, estatura ou de poder em relação ao abusador (SANDERSON, 2005). Essa situação de fragilidade física e psíquica também está fortemente arraigada aos valores sociais de uma sociedade patriarcal e machista, onde mulheres e crianças ainda são submetidas a todas as convicções masculinas (AZAMBUJA, 2004 *et al* LABADESSA & ONOFRE 2010).

Uma atitude de defesa comum é o desenvolvimento da Síndrome do Segredo através da negação e da dissociação. A síndrome do segredo é um acordo de silêncio entre abusador e vítima, esta é coagida ameaçada (de forma física psíquica, ou contra sua família), espancada ou gratificada com brinquedos, doces ou dinheiro. Assim, há uma extrema dificuldade de descoberta e intervenção (FURNISS, 1993).

A estrutura da personalidade de quem maltrata pode apresentar aspectos patológicos, desvios de conduta e comportamentos desajustados que pode ser desencadeadores de condutas abusivas, fato que não justifica, mas fornece compreensão mediante a doença instaurada. Bittencourt (1995) assegura que o objetivo do abusador é exclusivamente sua satisfação sexual, e a vítima é comumente submetida à violência física direta, agressões verbais e coação.

Embora haja conotação determinista, muitos autores consideram o abuso sexual como um círculo vicioso, assim como há uma reprodução natural do modelo de educação que tiveram quando criança de seus pais (CARIOLA, 1995), a criança vitimada pode vir a repetir abusos sofridos quando adultos (ZAVASCHI, 1991).

Esta explicação é amplamente contestada por Bittencourt (1995), um dos únicos autores a definir como inconcebível que atos abusivos entre um adulto e uma criança sejam justificados pelas situações traumáticas vividas pelo agressor. Para o autor, mesmo que o indivíduo advenha de meios violentos, negligentes e fragilizados, ele é amplamente capaz de ser resiliente, e se constituir um adulto de estrutura psíquica saudável. Ele ainda afirma que todo ser humano dispõe de pleno potencial para reorganizar suas experiências traumáticas e prover novos sentidos a vida.

Dados epidemiológicos sobre o abuso sexual indicam que 80% das vítimas são meninas, com maior incidência de agressões cometidas por membros ou pessoas próximas a criança, com incidência de 99,9% dos casos o agressor é do sexo masculino. A violência sexual pode estar atrelada a agressões físicas, ocorrendo com mais frequência nos meninos (ISERM, 1993 apud MARCELLI & COHEN, 2010).

Considerando que a maioria dos abusos são causados por um membro da família. Para Azambuja (2004 *et al* LABADESSA & ONOFRE, 2010), é comum a convivência da mãe, que pode ser também vitimada e coagida pelo agressor, normalmente o provedor da subsistência familiar. Podendo ainda serem desapegadas afetivamente de seus filhos, ou tiveram uma gestação indesejada, vindo a rejeitar a criança.

Zavachi (1991) propõe que uma das explicações plausíveis para o abuso sexual pode concentra-se na personalidade passiva e introvertida do pai (ou padrasto) com fragilidades na vida sexual do casal. A relação com a criança (normalmente a filha) inicia-se como fuga para a situação de stress e solidão, justificando que: “A atividade do incesto pode não ser motivada pelo sexo, mas representa uma necessidade de afeto” (ZAVASCHI *et al*, 1999)

Visão também defendida por Marcelli & Cohen (2010), que ainda afirmam que a relação do casal é normalmente pautada em uma dependência recíproca, com extremas fragilidades na relação conjugal onde o marido é violento, e a esposa submissa.

O mesmo autor define que outros aspectos da realidade familiar também geram ambientes propício para as tendências incestuosas, como o isolamento social, e a ausência materna principalmente ocasionada pelo trabalho, bem como doença ou divórcio.

5 A VIOLÊNCIA PSÍQUICA E SEUS DESDOBRAMENTOS

De acordo com Malta (2002) a violência psíquica se engendra em atitudes de cunho depreciativo, inferiorizando e humilhando a criança, proporcionando-lhe sofrimento psíquico e aspectos negativos o desenvolvimento de sua identidade.

Hirschheimer & Waksman (2011) indiciam que os principais elementos que sugerem a violência psíquica na criança são a dificuldade em proferir carinho e afetividade entre os pais e a criança; comportamentos agressivos, timidez, submissão retraimentos, além de dores e queixas psicossomáticas.

Atos violentos contra outros membros da família, indução e/ou uso de álcool e drogas na presença da criança; negligência quanto aos cuidados fundamentais e situações de abandono também se sedimentam como violência psicológica para a criança (HIRSCHHEIMER & WAKSMAN, 2011).

6 ATITUDES NEGLIGENTES CONTRA CRIANÇA

A proteção, a promoção de cuidados, com alimentação, saúde, lazer e o suporte para um desenvolvimento psíquico saudável são funções obrigatórias do adulto, a negligência constitui na omissão do adulto a tais necessidades da criança, (FARINATTI, 1993).

Assim, tratamento desumano, depreciação, indiferença, desrespeito, displicência, falta de atenção as necessidades, esquecimento e punições exageradas, principalmente as incompatíveis com a idade da criança.

A negligência também está presente na forma de convivência aos atos violentos contra a criança. Normalmente a negligência parte mãe, principalmente quando a violência é de cunho sexual, pois: “Trata-se geralmente de mães jovens, despreparadas para o casamento (muitas vezes não casadas ou separadas) e para a maternidade. Em geral a gestação não era desejada, a mãe rejeita o bebê, muitas vezes o caçula” (DELGADO & FISBERG, 1990).

7 AS CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA

As consequências dos maus-tratos na criança podem atingir danos a curto e em longo prazo de acordo com o tipo e intensidade da violência, promovendo detrimientos significativos no âmbito físico e psíquico desta.

De caráter imediato, das vinte e quatro às quarenta e oito horas sucedidos ao abuso podem ser observados, sinais de contusões e escoriações. Quando a violação é de cunho sexual, percebem-se inflamações e sangramentos e graves lesões genitais, podendo haver contaminação por doenças sexualmente transmissíveis. (MARCELLI & COHEN, 2010)

Há longo prazo, o abuso físico é o produtor de marcas mais visíveis na criança, comprometendo a motricidade, a coordenação motora, e nos níveis sensoriais (FARIÑA, *et al*, 2000). O mesmo autor define que em situações onde a criança é submetida à negligência, percebe-se alterações metabólicas, gastrointestinais, a diminuição das defesas orgânicas com o aumento da incidência de doenças.

A estrutura psíquica de cada indivíduo será determinante nas formas distintas de lidar com os traumas sofridos. Sequelas nesta esfera respingam em toda a história do indivíduo, sendo um fator proeminente para um desenvolvimento emocional conturbado, ocasionando implicações conjugais, psicossociais e transtornos psiquiátricos (FURNISS, 1993).

A sintomatização psíquica poderá se apresentar com o desenvolvimento de quadros ansiosos, fobias, dificuldade de aprendizagem, baixa auto-estima, dificuldades psicomotoras, sentimentos de traição, desconfiança, hostilidade e dificuldades nos relacionamentos, sensação de vergonha, culpa e autodesvalorização, distorção da imagem corporal. Em níveis mais severos, com a instauração de transtornos como os alimentares, do sono, afetivos e estados depressivos, como transtornos de Estresse Pós-traumático, Transtorno Borderline de Personalidade e Transtorno de Conduta. (COHEN & MARCELLI 2010)

Verifica-se ainda que, ao atingir a adolescência, há uma grande incidência de tentativas de suicídio, condutas sexuais desviantes, em ambos os sexos. (COURTECUISSE, ALVIN apud COHEN & MARCELLI 2010)

8 METODOLOGIA

Este estudo constitui-se num relato de experiência ocorrida no âmbito clínico infantil do Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Faculdade Católica Rainha do Sertão - FCRS. Onde os dados pra realização de estudos foram anteriormente autorizados pelos genitores da criança com a assinatura de um termo livre e esclarecido.

O conteúdo das sessões são devidamente registrados em prontuários e arquivados no SPA, contendo apenas as informações necessárias para cumprimento dos objetivos do trabalho, levando em consideração os aspectos éticos os quais a profissão se sedimenta.

Ressalta-se que os dados foram devidamente autorizados para estudo com a assinatura do Termo Livre e Esclarecido pela genitora da criança.

Foram ainda realizadas supervisões semanais com professor da área, com a finalidade de estudar e estabelecer ações promover junto ao caso.

9 REPERCURSSÕES DA VIOLÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO DE UMA CRIANÇA

A paciente é uma menina de cinco anos, filha única, resultado de uma gestação indesejada. Foi trazida ao serviço de psicologia a partir de encaminhamento da clinica-escola de fisioterapia com a queixa de dificuldades motoras. A queixa principal sedimentou-se em comportamentos agressivos e irritabilidade.

Segundo a genitora, a gravidez ocorreu no fim do namoro com o pai da criança. Foi uma gestação sem qualquer acompanhamento médico, a barriga foi comprimida e escondida durante os nove meses, e ela estava decidida que após o parto daria a criança para adoção. Contudo, a prima com quem ela morava interveio e a convenceu a criar a menina.

A mãe assume que não havia afetuosidade pela criança ainda quando feto, e que até hoje ambas não possuem uma relação sólida. Pune a criança com castigos e agressões físicas, reconhecendo que por muitas vezes se excedia. Além de dedicar a criança apenas os cuidados principais, mas não brinca, e nem lhe dá demonstrações de carinho.

Já a criança, mesmo demonstrando uma carência afetiva, é carinhosa, e educada. Fala da mãe com afeição, aparentando o anseio por maior atenção e cuidados proferidos por ela. Quando brinca a criança indaga: *“filhinha eu vou cuidar de você, e não vou deixar o papai te machucar!”*(sic).

A relação com o pai biológico é distante, poucos contatos existiram entre os dois, e a pouco mais de cinco meses a criança obteve o nome do genitor em seu registro de nascimento.

Com aproximadamente um ano de vida, a mãe da criança casou-se, o rapaz assumiu a responsabilidade de proferir os cuidados paternos para com a garota. A mãe faz questão de enfatizar a relação íntima entre eles, se constituindo mais sólida que com qualquer outro com quem a criança possua laços sanguíneos.

Na escola, a criança é agressiva, briga com colegas e professores, é inquieta, conversa excessivamente e não possui desempenho escolar satisfatório.

Nos primeiros encontros a criança se apresentou dinâmica, curiosa e atenta, percebi que além das dificuldades motoras, e ainda problemas na fala.

Quanto ao motivo do encaminhamento, a mãe relata que segundo o médico os exames clínicos não acusaram qualquer tipo de problema que venha a ter comprometido sua estrutura física, não encontrando causa biológicas para o problema. O tratamento fisioterápico já ocorre a cerca de dois anos, não havendo até então ganhos significativos no problema motor.

Rapidamente o vínculo no processo terapêutico foi estabelecido, a criança apresentou-se á vontade, sem inibições. Não apresenta resistência a nada que lhe é solicitado, como a retirada da mãe da sala e o fim da sessão.

O desenho é uma das atividades preferidas da criança, ela traz constantemente a representação da figura de uma Menininha e de um Monstro, ao indagar-lhe sobre as características do Monstro ela de sobressalto diz apenas que *“não é o papai!”* (sic). Segundo as descrições da criança, a personagem da Menininha está sempre triste, ela nunca verbalizou o motivo, contudo a desenha sempre chorando junto aos pais.

O desenho se institui como uma linguagem gráfica natural da criança favorece a interação, e a vinculação terapêutica. Nele, a criança se expõe, abrindo portas para a transformação. Assim, todo o arsenal contido no seu mundo, composto de medos, angústias, carências, desejos, necessidades, está em constante interação, criando um sistema de representações rico e relevante favorecendo a intervenção

terapêutica que venha a [re] construir novas idealizações. (GOLDBERG, 1999 apud GOLDBERG, YUNES & FREITAS 2005)

A figura do monstro torna-se cada vez mais freqüente, nos desenhos e nas brincadeiras. Intervenho perguntando-lhe o que fazer com ele, a criança diz que o quer morto, e que lhe traga uma faca. Construo o desenho de uma gaiola e uma história onde o Monstro é aprisionado pra sempre, não mais atormentando seu outro personagem, a Menininha. Após essa intervenção ela sorri, e comporta-se como se eu não estivesse presente. Repete pra si mesma constantemente “*O monstro está preso!*” (sic).

A criança denota agressividade acentuada quando brinca com os bonecos representativos de sua família. Da dinâmica familiar, são citados apenas o Papai, Mamãe e a Menininha, havendo em sua brincadeira elementos ambivalentes de amor e ódio, agressões e carinho, morte e vida. A criança espanca a boneca representante da filha com o pai. Diz que ele a matou, e pedi que eu o mate também. Escondo o boneco, e ela o pega bruscamente, diz que o ama, e que eu não posso matá-lo.

Segundo Florence Mèredieu (2006), a criança transcreverá na brincadeira a forma na qual ela se desenvolve no mundo, trata-se da reprodução de sua visão interior das coisas, e é a própria criança que atribuirá sentido, significado e interpretação, principalmente quando ela consegue contar histórias relacionadas com suas produções.

Seus comportamentos de agressividade e ambivalência de sentimentos tornam-se cada vez mais repetitivos, adquirido apenas uma nova configuração. “*Mate ele tia, o papai!*”. Logo em seguida, “*Não tia! eu amo o meu papai e ele também me ama!*” (sic).

A criança descreve ao longo do processo os atos de violentos físicos proferidos por seus cuidadores: Em alguns atendimentos, a criança chega com hematomas, ao ser questionada não responde como os adquiriu, diz em frases soltas que: “*O meu pai me ama tia!*” (sic). Já segundo a mãe, foram ocasionados por um colega da escola.

A criança sempre é acompanhada pela mãe e pelo padrasto e, segundo funcionários da recepção, o casal não entra na sala de espera, demonstrando certa inquietação durante o atendimento. O comportamento dos mesmos começou a apresentar-se de maneira inadequada, quando, certa vez, ao abrir a porta para a

criança ir ao banheiro, deparei-me com o casal junto à porta, e com reação de espanto, ambos se dispersam rapidamente, e desde então o padrasto da criança evita contato visual, ou qualquer tipo de cumprimento proferido a ele.

Em alguns encontros ela simula enquanto brincávamos com os bonecos da família o pai tirando-lhe a roupa, em seguida pressionou de forma busca o rosto sobre o corpo despido da boneca. Disse-lhe que não havia visto, e pedi-lhe que fizesse novamente aquele momento, ela o fez, agora com o rosto do boneco na região genitália, agora de maneira ainda mais violenta que a boneca caiu de minhas mãos. Após este momento pedi que explicasse à brincadeira, no entanto ela não mais quis brincar, manteve-se distante e calada até o fim da sessão.

Em um grande número de sessões a criança menciona insistentemente que *“Meu papai tira minha calcinha!”* (sic). Ela não consegue esclarecer o que ocorre posteriormente, prefere ficar em silêncio, pedindo *“Tia vamos só brincar!”*.

Nos últimos encontros o padrasto não acompanha mãe e filha a clínica, noto que a criança se mantém mais calma durante o processo terapêutico.

A criança chega ao consultório e fala de forma súbita que seu pai foi embora, *“Ele não quer mais ser meu pai, ele me enganou! Ele gritou e tirou a minha calcinha assim...”*. Ela faz uma pausa, e continua: *“Tia ele me bate com um murro assim na minha cabeça!”*

Falei à mãe que a criança falou muito sobre o padrasto ultimamente, ele abruptamente virou-se e fixou o olhar sobre a criança, que aparentou vergonha e recolhendo-se para brincar num canto da sala atrás da casinha de bonecas. A mãe perguntou-me o que ela havia falado, e percebendo a coação que a mesma havia feito com o olhar, disse que não poderia revelar o conteúdo, mas que imaginei que o padrasto havia viajado, pois a menina aparentava saudade. A mãe faz questão de enfatizar a relação de extremo afeto entre eles. Bem como entrou em contradição com o que diz respeito a sua relação com a criança, mostrando-se agora cuidadosa e mais afável com a criança. Ela ainda ressalta da forma autêntica que a filha se expressa, contando-lhe tudo que faz na escola, inclusive os comportamentos que poderiam ocasionar punições da mãe.

Foi utilizados testes psicológicos como o HTP (House, Tree, Person) com a finalidade de fornecer subsídios que nortearão na condução do processo, no desenvolvimento de técnicas que melhor se adéquem a problemática da criança.

Estes também auxiliaram o contato entre terapeuta e criança, viabilizando a interação e a focalização em determinados aspectos.

Na aplicação do teste HTP obtivemos resultados que sugerem inteligência elevada, problemas emocionais, estagnação de afetos, desgaste e debilidade física; Medo insegurança, agressividade, sadismo e dissimulação. Introspecção, fuga, fantasia, egocentrismo, impotência e necessidade de fuga.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o Estatuto da Criança e do adolescente, Artigo 13, ao profissional que suspeite de atos de violência e negligência contra a criança “a sua obrigação de denunciar os casos de maus-tratos. Sendo ainda que no Artigo 245, há a determinação de punição do profissional que não tiver a conduta anteriormente citada, levando a multa de 3 a 20 salários de referência, e o dobro, caso haja reincidência do não-cumprimento da Lei (BRASIL, 1991)

Após a identificação que a criança era submetida à violência física e psíquica, com a probabilidade de abuso sexual, coordenação do SPA, e ao professor supervisor da área foi devidamente informada a fim de tomar as medidas cabíveis que venham a proteger a integridade da criança.

Em supervisão estabeleceu-se métodos que objetivassem o resgate do curso regular e satisfatório do desenvolvimento da criança, viabilizasse a ressignificação das situações de violência na qual ela passa. Bem como encontrar meios de canalização dos sentimentos provavelmente oriundos dos abusos, como a agressividade.

Em atitude protetiva aos direitos da criança, contactamos o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e o Conselho tutelar do município. Segundo seus representantes, a criança deveria continuar em atendimento, e que as ações se engendrassem na confirmação da hipótese de abuso sexual. E que os referidos serviços realizariam as medidas cabíveis para a resolução do caso.

A criança ainda se encontra em atendimento, percebe-se melhoras em seu quadro de agressividade e tristeza através dos últimos desenhos elaborados por ela, bem como seu comportamento durante as sessões. Contudo percebe-se a

importância de que a criança continue no processo psicoterápico devido à impossibilidade de quantificar as cicatrizes proferidas pelos abusos.

REFERÊNCIAS

ARIÉS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

ARAÚJO, S. B; FORMOSINHO-OLIVEIRA, J. **Entre o risco biológico e o risco social**. Revista Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 28, n. 2, p.87-103. Jul./dez. 2002.

ASSUMPÇÃO, F. B. J.; KUCZYNSKY, E. **Situações psicossociais na infância e na adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2008.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Infância e Violência doméstica**. São Paulo: LACRI USP, 2002.

AZEVEDO, M. A; GERRA, V. N. A. **Mania de bater: a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil**. São Paulo: Editora iglu, 2001.

BASS, E.; THORNTON, L. (Org.). **Nunca contei a ninguém**. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1985.

BHERING, C.; DESLADES, S. F.; GOMES, R.; SANTOS J. F. C.; SANTOS M. M. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 707-714, mai-jun. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança do adolescente**. Brasília: Centro de Documentação, 1991.

BITTENCOURT, C. B. F. **Violência sexual contra crianças: Implicações psicológicas**. Pediatria Moderna, 1995

CARIOLA, T. C. **A posição da criança vítima de maus-tratos na constelação familiar**. Pediatria Moderna, São Paulo. v. 31, n. 2, 1995.

DELGADO, L. F.; FISBERG, M. Síndrome do bebê espancado. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 25, n. 3, jul. 1990.

FARINATTI, F. et all. **Pediatria Social – A criança maltratada**. São Paulo: MEDSI. 1993.

FARIÑA, F.; SEIJO, D.; NOVO, M.; FREIRE, M. J. Menores vítimas de malos tratos. In: **PRIMERAS JORNADAS INTERNACIONALES DE VICTIMOLOGÍA DE LA RIOJA**. La Roja, 2000.

FERREIRA, K.M.M. Violência doméstica/intrafamiliar contra criança e o adolescentes-Nossa realidade. In: SILVA, L. M. P. **Violência doméstica contra criança e o adolescente**. Recife: EDUPE, 2002.

FERREIRA, K.M.M. **O papel dos pais contra a infância**. Revista Sociedade e Estado, v. 10, n. 2, jul/dez.1995.

FONSECA, Nice Maria; LAU, Maria Izabel; FARINATTI, Franklin. Maus-tratos à criança. **Revista de Medicina Ambulatorial**, n. 13, p. 41-43, out. 1996.

FURNISS, T. **Abuso sexual da criança**: uma abordagem multidisciplinar, manejo, terapia e internação legal integrados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GOLDBERG, L. G.; YUNES, MATTAR. M. A.; FREITAS, J. V. **O desenho infantil na ótica da ecologia do desenvolvimento**. Psicologia em estudo V. 10. 1. ed. 2005.

GUERRA, Viviane de Azevedo. **Violência de pais contra filhos**: procuram-se vítimas. São Paulo: Cortez, 1985.

LABADESSA, M.V; ONOFRE, M.A. **Abuso sexual infantil: breve histórico e perspectivas na defesa dos direitos humanos**. Revista Olhar Científico. Faculdade Associadas de Ariquemes. V 01. Nº1, jan/jul.2010.

KORN, G. P.; CRESPO, A. C. A.; ULSON, G.; CARNEDUTTO, M. D. & GUTIEREZ, M. T., 1998. **Síndrome dos maus-tratos em crianças**. Pediatria Moderna, v. 34, p. 445-460.

MALTA, S. B. B. **Violência na família**: uma matriz da violência na sociedade. Estado de Alagoas: Prefeitura Municipal de Coruripe, 2002.

MARTINS G. A. **Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil**. RCO – Revista de Contabilidade e Organizações – FEARP/USP, v. 2, n. 2, p. 8-18, jan./abr. 2008.

MÈREDIEU, F. **O desenho infantil**. Tradução de Álvaro Lorencini, Sandra M. Nitrini. 11ed. São Paulo: Cultrux 2006.

OAKLANDER, V. **Descobrendo crianças**: abordagem gestáltica com crianças e adolescentes. São Paulo, Summus Editorial, 1980.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **Gestalt - Terapia de curta duração**. São Paulo: Summus Editorial, 1999.

SANDERSON, C. **Abuso Sexual em Crianças**: fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais. São Paulo: M. Books do Brasil Editora, 2005.

SEI, M. B. Abrindo espaço para o ser: Winnicott e a ludoterapia no contexto da violência familiar. ***Psyche (Sao Paulo)*** [online]. v. 12, n. 22, p. 199-214. 2008.

SILVA, L. M. P. **Violência doméstica contra a criança e o Adolescente**. Recife: EDUPE, 2002.

Sociedade de Pediatria de São Paulo. **Manual de Atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência**/Núcleo de Estudos da violência Doméstica contra a criança e o adolescente. Coordenação: Renata Dejtiar Waksman, Mário Roberto Hirschheimer – Brasília: CFM, 2011.172 p.

ULLMANN, R.A. **Amor e sexo na Grécia Antiga**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

ZAVASCHI, M. L. S.; QUINALHA, A. F.; ENK, I.; TELELBON, M. & DEFAVERY, R. Abuso sexual em crianças: Uma revisão. **Jornal de Pediatria**. 1991.

SOBRE AS AUTORAS

Jamylle de Sousa Meira

Aluna do 9º semestre do Curso de Psicologia, estagiária da Clínica Infantil no Serviço de Psicologia Aplicada da Faculdade Católica Rainha do Sertão – FCRS.

Milena de Holanda Oliveira Bezerra

Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva. Professora do curso de Psicologia da Faculdade Católica Rainha do Sertão – FCRS. Psicóloga do CAPS Quixadá.