

# Psicoterapia e psicoterapeuta: representações de uma criança sob suspeita de sofrer abuso sexual

*Rodrigo Gabbi Polli\**

*Sabrina Dal Ongaro Savegnago\*\**

*Dorian Mônica Arpini\*\*\**

## Resumo

O abuso sexual infantil é uma forma de violência que produz traumas profundos em suas vítimas, sendo, na maioria das vezes, dissimulado e silenciado. O presente estudo buscou compreender a forma como uma criança sob suspeita de sofrer abuso sexual percebe seu terapeuta e sua terapia. Participou do estudo uma menina com 5 anos de idade, em atendimento psicológico em uma instituição pública de saúde, que, durante o tratamento, apresentou indícios de uma possível situação de abuso sexual. Para tanto, utilizou-se a técnica do desenho-história. Os resultados mostram que a criança vivenciou a terapia como um espaço onde ela pôde trazer seu segredo. Tal revelação foi possível pela relação de confiança estabelecida entre criança e terapeuta. Salienta-se a importância do sigilo e a capacidade do terapeuta de ter “olhos para enxergar e ouvidos para escutar” o que a criança traz no atendimento.

**Palavras-chave:** Infância; Abuso sexual; Psicoterapia da criança.

## Psychotherapy and psychotherapist: representations of a child under suspicion of sexual abuse

### Abstract

Child sexual abuse is a form of violence that produces deep traumas on its victims, since it is, most of the times, disguised and silenced. The following study aimed at understanding how a child under suspicion of sexual abuse conceives his/her therapist and therapy. This is the case study of a five-year-old girl, assisted in a public health institution, who presented evidences that were consistent with a situation of sexual abuse. Drawing-story technique was used. Results highlight that the child experienced therapy as a place where she could disclose her secret. Such disclosure was enabled by the relationship of confidence established between the child and the therapist. The importance of secrecy is underlined, as well as the therapist's ability “to see and listen” to what the child discloses during the session.

**Keywords:** Childhood; Sexual abuse; Child psychotherapy.

---

\* Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Psicólogo. Doutorando pelo Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: [ropsiu fsm@gmail.com](mailto:ropsiu fsm@gmail.com)

\*\* Universidade Federal de Santa Maria. Psicóloga, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria.

\*\*\*Universidade Federal de Santa Maria. Professora Associada do Departamento de Psicologia e do PPG em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria. Docente e Preceptora da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da UFSM

## Introdução

### *Abuso sexual*

Segundo Araújo (2002), o abuso sexual infantil é uma forma de violência que pode envolver poder, coação e sedução. Quando realizado desta forma, pode ser praticado sem o uso de força física, não deixando, assim, marcas visíveis. Com isso, torna-se mais difícil sua comprovação, especialmente com crianças pequenas. O abuso sexual contra crianças e adolescentes pode gerar sérias consequências físicas, cognitivas, emocionais e sociais. Trata-se de uma situação que deixa marcas profundas na vítima e que pode causar isolamento, retraimento, sentimentos de vergonha, medo, desamparo, culpa, além de dificuldade para confiar nas pessoas e estabelecer relacionamentos interpessoais (Arpini, Siqueira & Savegnago, 2012).

Pesquisas mostram que, em sua maior parte, os abusos sexuais contra crianças e adolescentes ocorrem dentro de suas próprias casas, sendo que os principais abusadores são o pai ou o padrasto (Arpini, Siqueira & Savegnago, 2012; Baía, Veloso, Magalhães & Dell'Aglio, 2013; Habigzang, Koller, Azevedo & Machado, 2005; Pelisoli, Pires, Almeida & Dell'Aglio, 2010; Siqueira, Arpini & Savegnago, 2011). Quando a violência envolve as relações familiares, o sofrimento e desamparo tornam-se mais intensos, já que aquela pessoa de quem a criança esperava cuidado e proteção transforma-se numa ameaça sempre presente (Habigzang, Koller, Azevedo & Machado, 2005). Nos casos em que o agressor é o pai, o abuso sexual gera uma confusão de papéis e funções, pois ocorre uma transgressão das leis morais por parte da figura paterna, que deveria oferecer amor e cuidado, mas que trai a confiança da criança, aproveitando-se de sua situação de vulnerabilidade (Arpini, Siqueira & Savegnago, 2012).

De acordo com Pfeiffer e Salvagni (2005), quando o agressor possui algum grau de parentesco com a vítima, ele pode utilizar-se da relação de confiança que tem com ela e de seu poder como responsável para alcançar uma maior aproximação e perpetrar atos abusivos. No início, a vítima pode perceber estes atos como demonstrações de carinho e de interesse por ela. A criança pode também sentir como um privilégio a atenção que lhe é dirigida pelo agressor e, dessa forma, receber sua aproximação com satisfação. O perpetrador da violência pode ainda passar à vítima uma ideia de proteção e de que seus atos seriam normais entre pessoas com uma relação de parentesco próxima.

Contudo, é importante frisar que, nas situações em que ocorre abuso sexual, se instala uma situação traumática. Para a psicanálise, a noção de trauma é entendida como resultado de uma carga energética excessiva que ultrapassa a capacidade do sujeito de absorvê-la de modo a dar-lhe um sentido. Esse excesso é aquilo que vai originar o trauma, produzindo efeitos patológicos (Laplanche & Pontalis, 1979; Marin, 2002). Nesse momento, como afirma Freud (1920), a excitação excessiva ultrapassa a capacidade do aparelho psíquico de dar conta da situação, gerando uma vivência de terror. Assim, a criança precisa dar conta de uma demanda de sexualidade adulta, que extrapola os interesses da infância, imposta por alguém que não leva em consideração as implicações disso para sua vida psíquica (Arpini, Siqueira & Savegnago, 2012).

Segundo Freud (1905, 1912, 1920), a criança é sexualizada pelo adulto/familiar, porém sua sexualidade será atualizada com alguém fora de suas relações familiares. A experiência do abuso, por inverter essa vivência, colocará a criança em um jogo confuso entre o proibido/permitido e o encobrimento da situação. A criança, nesse momento, precisará dar conta de uma demanda de sexualidade adulta, estabelecida por alguém que não reconhece os efeitos dessa exigência para sua psique. Para Ferenczi (1992), quando, nesse momento de necessidade de ternura, é oferecido um amor diferente do desejado, isso pode provocar um efeito patogênico comparável à privação do amor. A criança é envolvida em uma relação muito próxima e erotizada, somada às constantes ameaças que decorrem da situação estabelecida entre o autor e a vítima visando manter o segredo. Tal dinâmica produzirá sucessivas rupturas traumáticas, gerando um conjunto de sentimentos, como medo, temor, vergonha e culpa (Arpini, Siqueira & Savegnago, 2012; Siqueira, Arpini & Savegnago, 2011).

Pode-se compreender o quanto é complexa a situação vivida pela criança ou adolescente vítima, a qual se encontra marcada pela vivência da situação violenta (traumática). Para a psicanálise, a possibilidade de superação do trauma implica uma necessidade de elaboração, possibilitando à criança, pelo atendimento, a reorganização da distorção na relação adulto/criança que se estabeleceu como traumática pelo equívoco na relação de amor. Dessa forma, são situações que exigem uma ação terapêutica.

A possibilidade de superar a situação inicial instalada pela revelação da situação abusiva, somente será superada se uma relação sexual entre uma criança e um adulto puder ser aceita como realidade (Lamour, 1997).

Nesse momento pode-se então oferecer à criança a possibilidade de falar com o terapeuta. O autor afirma que os profissionais ficam em uma posição de grande vulnerabilidade. Nesse sentido, destaca-se a importância da construção de um trabalho de equipe e do fortalecimento de uma rede de atendimento, proteção e responsabilização que possa tratar essas situações de forma adequada (Faleiros, 2003; Lamour, 1997). Gonçalves (2005) refere que todo profissional que se dispõe a trabalhar com a violência na infância deve estar preparado para enfrentar um problema que muitas vezes é escamoteado, negado, tanto pela criança como pela família, devendo, portanto, estar atento a tais implicações. Destaca-se, assim, que o abuso sexual é um fenômeno complexo que demanda um olhar atento e cuidadoso, sobre o qual não cabem simplificações ou mesmo “banalizações” (Arpini, Siqueira & Savegnago, 2012).

### **Psicoterapia de crianças**

A partir das observações psicanalíticas, a infância deixou de ser vista como uma fase “tranquila”, livre de conflitos. Seja pelos impulsos sexuais, pelos desapontamentos causados pelas falhas do ambiente e/ou pelos sentimentos de culpa, as crianças – mesmo as que estão na mais tenra idade – encontram-se, muitas vezes, em sofrimento psíquico, experimentando pressão e ansiedade (Klein, 1975).

Por outro lado, mesmo em casos onde o estado de sofrimento seja mais grave, as crianças, de maneira geral, não se sentem ou identificam-se como doentes (Klein, 1975). Por si sós, elas não vão se submeter aos rigores de uma terapia. Aqui, cabe aos responsáveis pela criança olharem para ela e, ao identificarem que algo não vai bem, que algo está dificultando seu bom desenvolvimento e processo de maturação, procurar ajuda de um profissional especializado.

Realizado o primeiro momento de escuta da queixa dos pais ou responsáveis, cabe ao terapeuta avaliar se esta se enquadra dentro da área de trabalho da clínica com crianças. Winnicott (1986) situa como campo sobre o qual recai o nosso fazer, os distúrbios que não apresentam causa orgânica, mas sim psicológica, sendo, portanto, um obstáculo ao processo maturacional e ao desenvolvimento emocional do indivíduo. Assim, os distúrbios psicológicos acarretam imaturidade emocional para o sujeito, uma vez que há uma falha na capacidade do *self* de relacionar-se com as pessoas e com o ambiente. Nesse sentido, a psicoterapia propõe-se a eliminar esse obstáculo, devolvendo o sujeito ao processo de desenvolvimento e maturação.

Para tanto, a modalidade de atendimento clínico que a psicoterapia vai adotar – o tipo de manejo despendido pelo terapeuta para com seu paciente – vai depender da especificidade do caso e das necessidades do paciente (Winnicott, 1986).

Independentemente do tipo de transtorno apresentado pelo infante, as clínicas com crianças, de um modo geral, apresentam elementos terapêuticos comuns que as diferenciam do fazer da clínica com adultos. A criança não transmite seus conflitos e seus sofrimentos da mesma forma que um adulto. Ela o faz de forma característica e própria, utilizando-se do brincar, de jogos e de desenhos para se expressar (Avellar, 2004). Winnicott (1957) aponta que, na análise de crianças, a comunicação por meio do brincar é utilizada no lugar da fala. Na clínica, a criança vale-se do brincar, pois é por meio dele que ela consegue controlar suas angústias, ideias, conflitos e impulsos; é pelas brincadeiras e fantasias que a criança adquire experiência, desenvolve sua personalidade e organiza-se inicialmente para estabelecer relações emocionais e sociais, além de atuar na comunicação e revelação de material inconsciente (Winnicott, 1957).

Em virtude das características específicas da mente da criança, ela não consegue fornecer – pelo menos em um grau suficiente – as associações de fala utilizadas no tratamento de adultos. Além disso, durante um longo período inicial da terapia, acabamos prescindindo da fala da criança, uma vez que o estado de ansiedade inerente ao conflito em que ela se encontra impede-a de abordar e apresentar seu problema de uma maneira direta, utilizando, para tanto, a brincadeira, o jogo e o faz de conta como formas de representação. Assim, quando brinca, a criança mais age do que fala, colocando pensamentos em atos (*acting out*) ao invés de palavras, dramatizando e revivendo experiências e fantasias. Desta forma, o brincar constitui-se, na clínica com crianças, a forma pela qual o terapeuta terá acesso às suas associações (Klein, 1975).

Partindo do princípio de que a criança expressa suas fantasias, desejos e experiências de uma forma indireta, isto é, de um modo simbólico por meio do brincar, é função do terapeuta dentro do *setting* interpretar o significado e compreender o conteúdo daquilo que a criança está querendo lhe comunicar. É a partir deste entendimento que o terapeuta vai encontrar-se apto a realizar interpretações e intervenções no tempo e na forma adequados ao paciente (Avellar, 2004).

É importante salientar aqui que a brincadeira não é a única via de expressão da criança e nem o único alvo das interpretações dos terapeutas. O modo como ela se

comporta durante as sessões, isto é, como passa de uma atividade a outra, e o meio que usa para compartilhar determinado conteúdo ganham significado quando analisados na situação como um todo. Além disso, enquanto brinca, a criança fala e conversa, transmitindo ao terapeuta toda uma variedade de informações que adquirem o valor de associações. Desta forma, a fala também figura como instrumento do tratamento (Klein, 1975).

Uma vez que conseguimos apreender corretamente a maneira utilizada pela criança para expressar-se, bem como os conteúdos que ela comunica, temos o que é necessário para penetrar níveis mais profundos de sua mente e, com isso, empreender com ela um trabalho terapêutico (Klein, 1975). De acordo com Klein (1975), a sensação de alívio proveniente da resolução de certa quantidade de ansiedade, juntamente com o ganho em prazer, fornece o estímulo que a criança precisa para prosseguir com o trabalho analítico. Com isso, o paciente começa a perceber e entender o valor que a terapia tem para ele, bem com o uso que pode fazer dela.

Neste sentido, o presente estudo buscou compreender a forma como uma criança sob suspeita de sofrer abuso sexual em atendimento psicológico em uma instituição pública de saúde percebe seu terapeuta e sua terapia.

## Método

### *Descrição da participante*

Participou do estudo uma menina com 5 anos de idade, que apresentou, durante o tratamento, indícios de uma possível situação de abuso sexual. Com o intuito de manter seu anonimato, vamos chamá-la de Maria. A realização do estudo deu-se em um momento em que a menina encontrava-se em atendimento psicológico na Unidade Básica de Saúde em que a pesquisa foi realizada. A responsável pelo tratamento de Maria era sua avó, com quem morava, juntamente com seu avô e um tio. Maria não frequentava a escola naquela época. As informações apresentadas a seguir foram todas retiradas do prontuário da criança da clínica de psicologia.

Em 2009, a avó de Maria participou do Grupo de Orientação a Pais e Responsáveis de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Santa Maria (RS). Nele, a avó relatou que os pais da menina haviam se separado quando ela tinha cerca de dois anos e a deixaram morando com os avós. A avó contou que a mãe visitava a criança todos os dias, mas rapidamente, sem dar o principal: amor. O pai visitava-a apenas de vez em quando. Quando Maria pedia, a avó ligava para o pai visitá-la. A avó achava que

a neta sentia falta dos pais. Às vezes, a menina chorava “sem motivo nenhum”. Quando era questionada, dizia que estava se lembrando do pai e da mãe, quando eles cuidavam dela. A avó acreditava que a neta era muito apegada a ela, pois durante três anos tentou que ela fosse à creche, para relacionar-se com outras crianças, mas ela foi por alguns dias e não quis mais ir.

No mesmo ano, Maria entrou para a lista de espera (aos quatro anos) para atendimento psicológico e, em junho de 2010, já com cinco anos de idade, foi chamada para iniciar o tratamento. A menina demonstrou aproveitar muito bem o espaço das sessões para elaborar, nas brincadeiras, seu sofrimento pelo “abandono” dos pais, bem como a saudade que sentia do pai, que morava em outra cidade. Com o passar das sessões, Maria começou a ser atendida duas vezes por semana, o que foi muito proveitoso por acelerar seu processo de elaboração. Ao longo do atendimento, levantou-se a suspeita de abuso sexual. Em dezembro de 2010, Maria foi encaminhada para o Centro de Referência Especializado de Assistência Social II e foi indicado que a menina continuasse o tratamento em 2011.

### *Instrumento do estudo*

Realizou-se um estudo qualitativo (Creswell, 2007) utilizando-se a técnica do desenho-história (D-E). Conforme Trinca e Tardivo (2002), o D-E constitui uma técnica composta por desenhos livres seguidos de narrativas de histórias, também de modo livre. Tal instrumento permite a exploração do funcionamento dinâmico da personalidade do participante, incluindo o levantamento de diversos outros aspectos, como queixas, angústias, fantasias, conflitos e impulsos. Por isso, apesar de configurar um procedimento clínico, o desenho-história também pode ser empregado em situações de pesquisa como uma técnica de coleta de dados (Trinca & Tardivo, 2002). Alguns estudos já utilizaram o D-E, alcançando, com sua aplicação, os objetivos propostos nas pesquisas (Ávila, Tachibana & Vaisberg, 2008; Brisac, Perin & Quayle (2011); Costa, Mombelli & Marcon, 2009; Polli & Arpini, 2012; Pontes, Cabrera, Ferreira & Vaisberg, 2008; Russo, Couto & Vaisberg, 2009).

A utilização desta técnica possibilita à criança comunicar-se livremente pelo uso da projeção e da associação livre. O D-E é aplicado individualmente, necessitando apenas de folhas de papel brancas, lápis preto e de cor (Trinca & Tardivo, 2002). A tarefa é iniciada com o pesquisador solicitando à criança que faça um desenho livre. Em seguida, ela é estimulada a contar uma história

relacionada com a produção. Após a realização do desenho e da história, o pesquisador – durante o inquérito – pode fazer perguntas com o objetivo de buscar mais detalhes e/ou esclarecer certos pontos do material trazido pela criança. Por fim, pede-se um título para a história e o desenho é guardado. Para este estudo, foi solicitada à criança uma sequência de três D-Es, a saber: 1) o desenho da sala onde a criança era atendida; 2) o desenho da criança na terapia; e 3) o desenho do terapeuta da criança.

### Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria (processo nº 23081.015041/2010-23 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 0259.0.243.000-10).

### Análise dos dados

A avaliação dos dados – tanto dos desenhos como das histórias – foi feita pela análise de conteúdo (Bardin, 1977). Em um primeiro momento, cada desenho-história – o da sala, o da criança na terapia e o do terapeuta – foi analisado separadamente, sendo avaliado o que havia aparecido em cada um. Posteriormente, foi realizada uma análise de todos os D-Es conjuntamente, sendo focalizado o que aparecia com maior intensidade e frequência – portanto, o que era comum e repetia-se nos

três desenhos e nas três histórias. Pela análise dos dados coletados pelo D-E foram estabelecidas as categorias a serem trabalhadas. Utilizou-se da teoria psicanalítica como referencial para a realização da discussão dos resultados, buscando, com isso, uma compreensão de como a criança em possível situação de abuso sexual representa sua psicoterapia e seu psicoterapeuta.

## Resultados

### Desenho-história da sala

Maria vivenciou sua psicoterapia como um espaço onde “eu só brinco lá”. A representação lúdica do *setting* terapêutico aponta para uma valorização, por parte da criança, dos brinquedos, jogos e materiais de desenho presentes na sala. O desenho (Figura 1) e a história contada pela menina evidenciam este aspecto:

A história da brincadeira:

As pinturas dos bebês da turma do Mickey são ótimos, mas eles são só uma pinturinha na sala. Eu também gosto de brincar lá na sala. Eu gosto mais também de pintar lá. E eu também gosto de brincar dos bonequinhos que lá têm, que eu gosto muito daquelas Barbie. E eu também gosto é de jogar, que lá tem um montão de jogos. Eu gosto de sentar nas almofadas ou brincar de montar. E



Figura 1 - Desenhou a pintura com os bebês da Disney, o armário que abriga os jogos, o coelho comendo cenoura, a psicóloga, ela, o baú cheio de brinquedos, a caixa com bloquinhos de montar, o tapete do Batman, a Barbie que tem mais três amigas, as almofadas, a mesa com a caixa de pintura, lápis de cor e giz de cera, e três fantasmas que podem te comer.

eu gosto mais de montar uns bloquinhos que têm numa caixinha. E eu gosto mais é de ver os quadradinhos que são uns fofinhos que têm todos os bebês da turma do Mickey. Gosto de ver todos os adesivos. Gosto de brincar de algumas historinhas também, gosto de brincar da Bela e da Fera. (Maria).

Pelo destaque dado pela criança aos recursos lúdicos da terapia – e concomitantemente ao brincar –, pode-se pensar a valorização destes como dispositivos terapêuticos que a possibilitaram abordar e comunicar seus conflitos e sofrimentos (Avellar, 2004; Winnicott, 1957). A importância de tais recursos, que possibilitam ao paciente abordar e trabalhar sua problemática de maneira indireta, parece ganhar maior ênfase quando a criança possui um segredo a ser revelado. Quando questionada sobre o que tinha na sala, Maria disse que lá:

“tem um montão de brinquedos. Jogos, livros, caixinhas de montar e Barbies. Tem jogos da memória, jogos de perguntas e jogo do amor, que a gente inventou. Tem que chegar até o Dia dos Namorados. Quem chega ganha uma surpresa, que é um segredo. Não sei o que é, só sei que é um segredo. Ninguém me contou o que é o segredo. Eu queria que alguém me dissesse aí eu podia te contar.” “Quem sabe do segredo?” “Só eu e a psicóloga. A vó não sabe. Só nós duas que sabemos. Quem perde vai para o pântano fedido”. (Maria).

Tratando-se de uma criança sob suspeita de sofrer abuso sexual, tal fala – em alguma medida contraditória – leva a pensar em dois sentidos. Primeiro, que a criança tem um segredo (possivelmente a situação de abuso sexual intrafamiliar), o qual foi compartilhado com sua terapeuta e mais ninguém. Afinal, só ela e a psicóloga sabem. A avó, não. Por outro lado, por tratar-se de uma suspeita de abuso, pode-se pensar que a criança vivenciou uma situação traumática para qual não tinha condições de dar conta. Este ponto corrobora o início de sua fala sobre um segredo que ela não sabe o que é, porque ninguém lhe disse sobre o que se tratava nem como se pode falar disso (causando certa “confusão”), mas expressando, ao mesmo tempo, que ela gostaria de ser auxiliada na compreensão do que se passa.

Com relação ao “jogo do amor”, Maria traz um apontamento interessante, “quem perde vai para o pântano fedido”. Pode-se pensar – tratando-se de uma criança em uma situação de possível abuso sexual – que no campo das relações onde entram em jogo impulsos

afetivo-sexuais, quem se dá mal, isto é, quem perde nesse “jogo do amor” acaba tendo que se deparar com um contexto muito ruim, desagradável e gerador de angústia: o “pântano fedido”.

A revelação de um segredo dá-se, na maioria das vezes, para uma pessoa em quem a criança confia, uma pessoa que a criança identifica como alguém que vai saber o que fazer com aquilo que ela está lhe confidenciando. Ao falar sobre si, o paciente – seja ele criança, adolescente ou adulto – demonstra que confia em seu terapeuta, que este – para além de manter em sigilo o que é trabalhado em sessão – tem uma atenção e um cuidado todo especial para com as coisas que o paciente traz e compartilha com ele. Pela aplicação do D-E, pode-se inferir a importância do sigilo na relação terapeuta-paciente. É por meio desta relação que o paciente vai vendo na figura do psicólogo alguém em quem pode confiar. “Ela (a terapeuta) me fala que eu posso falar pra ela que ela não vai falar pra ninguém. Pelo menos é o que ela me diz. E eu acho muito bom. Eu acho que ela não conta mesmo” (Maria). Concordando com o acima apresentado, Dolto nos diz que “o ser humano apenas pode superar a sua infância para encontrar a sua unidade dinâmica e sexual de pessoa social responsável libertando-se mediante um dizer a verdade a respeito de si mesmo a quem o pode ouvir” (1979, p. 19).

### ***Desenho-história da criança na terapia***

Ao ser solicitada a desenhar-se na terapia, Maria desenhou a si e à sua avó sentadas esperando que a terapeuta a chamasse para o atendimento (Figura 2). As crianças, mesmo as que estão em sofrimento psíquico muito grave, geralmente não se identificam como doentes, só chegando à terapia por intermédio de algum adulto responsável que se preocupe com a saúde dela e que perceba que alguma coisa está atrapalhando seu desenvolvimento. Devido a esta relação de dependência com seus cuidadores, estes – sejam eles pais, tios ou avós – acabam invariavelmente sendo inseridos no campo terapêutico (Dolto, 1971; Klein, 1975; Sigal, 2002).

Após a realização do segundo desenho, Maria contou a seguinte história:

História também de brincar

Ela (a terapeuta) sorri pra mim e brinca comigo. Ela gosta de brincar comigo e eu gosto de brincar com ela, por exemplo. É que eu fico esperando bem quietinha. Que eu mais gosto de brincar com ela do que ela gosta de brincar comigo. Mas a gente conversa. E aí eu brinco

sozinha. Eu acho isso interessante. É que ela não gosta tanto que eu faça alguma coisa séria e eu acho que ela gosta mais de conversar e eu gosto mais é de brincar. Ela gosta de conversar sobre mim. E eu gosto de ver todos os quadradinhos, de jogar bola e brincar de historinha. Eu gosto mais é de brincar de Barbie do que brincar com os outros jogos, porque é mais divertido brincar de Barbie. (Maria).



Figura 2 - Desenhou a si própria e a avó sentadas no banco esperando a terapeuta chamar e a porta da sala.

Através da história narrada acima, a criança salientou que ela preferia brincar enquanto, na sua vivência, a terapeuta preferia conversar. Esse lugar que o psicólogo ocupa como alguém que conversa, que está ali para falar sobre e trabalhar com as dificuldades do paciente – aquelas situações difíceis e geradoras de angústias, muitas vezes negadas e rejeitadas pela criança – pode levar o terapeuta a ser percebido como uma figura ameaçadora e perigosa (Sandler, 2001). Por entender que lidar com suas questões e problemáticas – principalmente de forma direta, por meio da fala – é por vezes muito difícil e ansiogênico, a criança prefere brincar. Pensando no caso de Maria, o conversar possivelmente remetesse a um falar sobre aquilo que deveria ser mantido em silêncio, o seu segredo (a possível situação de abuso sexual). Por isso, o brincar pode ter sido vivenciado na terapia como algo preferível ao conversar. O brincar permite à criança permanecer no mundo infantil dos jogos de bola e das brincadeiras de Barbie, não precisando ascender a um estado não condizente com sua faixa etária para lidar com questões relacionadas à sexualidade adulta.

### Desenho-história da terapeuta

A valorização da figura do terapeuta pode ser vista no desenho a seguir (Figura 3) e na história abaixo:



Figura 3 - Desenhou uma malinha para levar a psicóloga para onde ela for. Um joguinho para levar a psicóloga. A malinha contém a psicóloga, ela e brinquedos e coisinhas de pintar.

A psicóloga que gosta de brincar

A psicóloga tem um cabelo muito lindo e que ela mais gosta é de brincar comigo também. Ela gosta de brincar comigo e ela gosta de conversar comigo, mas eu não. E a gente também gosta mais de brincar ou jogar de Barbie, qualquer coisa. A psicóloga fala muito bonito e ela também gosta das coisas que eu gosto. (Maria).

Ainda neste sentido, Maria representou sua terapeuta como uma pessoa legal e boa, que brincava e conversava com ela e, com isso, a ajudou. Para tanto, a figura do psicoterapeuta deve ter:

dedos para brincar comigo, olhos para enxergar e ouvidos para escutar. Tem que escutar todas as minhas perguntas e todas as minhas historinhas, todas as minhas coisas. Ela tem que ter orelha para escutar tudo isso. Olhos para enxergar as coisas que a gente pode ver lá [na terapia]. Alguma coisa que esteja me incomodando que eu não saiba o que é. (Maria).

Tal fala denuncia que o psicólogo, para auxiliar seus pacientes a abordar e trabalhar seus problemas e suas dificuldades, tem que estar com sua atenção voltada para aquilo que a criança está tentando lhe dizer, seja por meio do brincar ou do falar. O terapeuta tem que estar interessado e engajado nessa complexa tarefa de acompanhar e amparar a criança ao longo de todo o percurso do tratamento, sendo necessários para isto uma escuta aguçada e um olhar diferenciado, próprios do fazer da Psicologia.

No caso de uma criança com suspeita de abuso sexual, o terapeuta tem que estar atento para, quando a criança começar a denunciar o abuso – por meio de brincadeiras, desenhos, falas –, conseguir captar essas mensagens, que muitas vezes aparecem de maneira indireta. Durante a própria aplicação do D-E, Maria trouxe alguns elementos que podem levar a pensar em um possível quadro de abuso. Dentre eles, destacam-se as seguintes falas: “três fantasmas que podem te comer”, “tenho medo de escuro e fantasma. O fantasma pode comer a gente, pois ele pode confundir a gente com comida dele” (Maria); e do desenho (Figura 4) a seguir, que a criança fez enquanto contava uma das histórias.

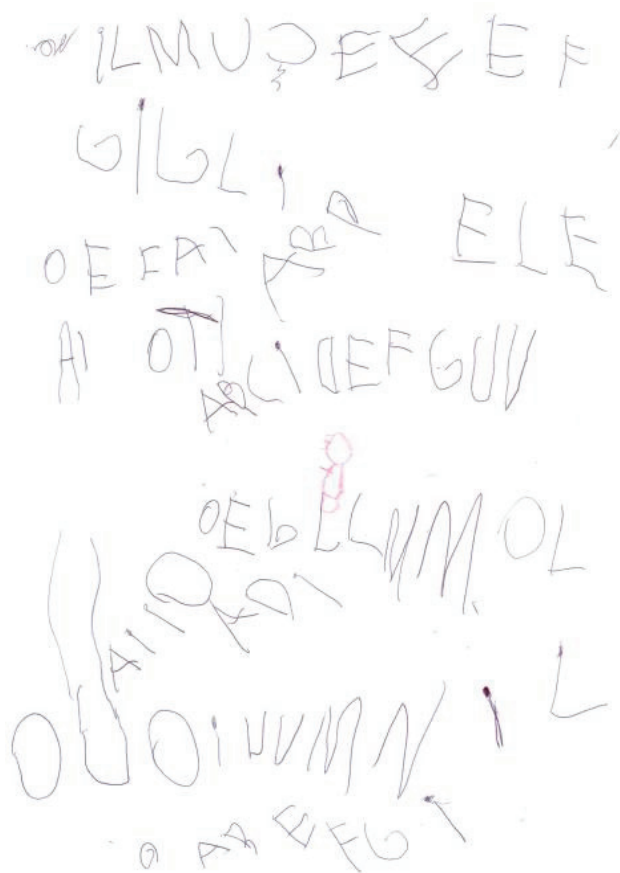


Figura 4 - No meio de letras aleatórias, como se estivesse escrevendo a história que contava, Maria desenhou um objeto fálico, em vermelho, um boneco.

## Discussão

Os resultados mostram que a criança vivenciou a terapia como um espaço onde ela pôde trazer seu segredo. Tal revelação foi possível pela relação de confiança estabelecida entre ela e sua terapeuta, salientando, para isto, a importância do sigilo e a capacidade de ela ter “olhos para enxergar e ouvidos para escutar” as coisas que apareceram no atendimento, principalmente as que angustiam a criança.

Com relação ao tema da violência infantil, diz Gabel:

Mais odiosas ainda são as violências sexuais a que algumas delas são submetidas durante a infância e a adolescência. Tais fatos permanecem às vezes dissimulados, devido ao silêncio que os cerca: deve-se à reticência das vítimas em queixarem-se e à surdez dos adultos que cuidam dessas crianças. (1997, p. 7).

O tabu existente em relação às violências sexuais refere-se principalmente à apreensão em falar sobre este assunto. Faz-se necessário trabalhar com as vítimas de abusos sexuais fazendo, inicialmente, com que se rompa o silêncio ou o segredo que dissimula estes acontecimentos. Se não, é como se, em detrimento das vítimas, não houvesse um problema. Assim, é imprescindível que os adultos coloquem-se à disposição para escutar (Alvin, 1997). De acordo com o autor, já é muito complicado para a criança ou adolescente narrar, com toda confiança, um episódio de abuso sexual. Isso acontece pela vergonha e pelo temor de julgamentos e retaliações. Assim, para a vítima, nada é pior que se abrir com uma pessoa que, *a priori*, tem dúvidas quanto à veracidade do que lhe é contado. Neste mesmo sentido, Gabel afirma que o abuso sexual é uma das formas de maus-tratos que mais se ocultam: “a criança tem medo de falar e, quando o faz, o adulto tem medo de ouvi-la” (1997, p. 11).

Neste sentido, estudos (Arpini, Hermann, Forno & Soares, 2010; Ferenczi, 1992; Lamour, 1997) indicam que crianças vítimas de abuso sexual vivenciam um conflito que inclui o segredo e sua possível revelação. As preocupações manifestadas por Maria demonstram que ela tinha algo a revelar, algo que ela não compreendia e do qual não podia falar: “Quem chega ganha uma surpresa, que é um segredo. Não sei o que é, só sei que é um segredo. Ninguém me contou o que é o segredo. Eu queria que alguém me dissesse, aí eu podia te contar” (Maria). Este segredo pode estar relacionado com o medo da revelação e seus desdobramentos: a culpa, a vergonha e a possível fragilização dos vínculos familiares. Assim, destaca-se a



importância de a criança encontrar um terceiro para o qual ela possa abrir-se e quebrar o silêncio. “E ela [a terapeuta] me fala que eu posso falar pra ela que ela não vai falar pra ninguém. Pelo menos é o que ela me diz. E eu acho muito bom. Eu acho que ela não conta mesmo” (Maria).

Desta forma, entende-se que o silêncio não significa que as coisas estão bem. Ele, inclusive, não permite que a situação modifique-se e que se possa dar um caminho diferente ao vivido por meio da elaboração. A necessidade de conservar em silêncio a situação abusiva é também considerada traumática (Viaux, 1997). Assim, a impossibilidade de a vítima expor o que acontece e o receio de não ser compreendida levam-na, muitas vezes, ao isolamento, o que aumenta ainda mais o sentimento de desamparo (Arpini, Hermann, Forno & Soares, 2010).

Além disso, a vítima facilmente encontrará motivos para sentir-se culpada pelo ocorrido e o agressor vai alimentar esses sentimentos de culpa promovendo o segredo que silencia a criança e, dessa forma, vai tornando-a conivente com sua própria violência. Assim, a elaboração desta situação traumática por meio do atendimento psicoterapêutico pode restituir à criança a possibilidade de reorganizar os lugares perdidos ao serem transbordados os limites que organizam o eu (Lamour, 1997).

Tendo em vista os resultados alcançados por este estudo, salienta-se ainda a importância de proporcionar um espaço de escuta para a criança, onde esta possa expressar seu mundo interno – incluindo representações, angústias, fantasias e conflitos. Desta forma, assinala-se o valor da realização de estudos com crianças a fim de conhecer como elas concebem certos fenômenos, aspectos e elementos que integram o mundo infantil e sobre os quais recai o interesse da Psicologia. Tais empreendimentos possibilitarão adequar o nosso fazer para que este se adapte e atenda melhor às demandas da criança e, em especial, no caso do presente estudo, das crianças sob suspeita de sofrerem abuso sexual. Trata-se, assim, de disponibilizar a expressão a este grupo ao qual, muitas vezes, o uso da palavra, ou de outras formas de retratar suas vivências, não chega nem a ser oportunizado.

Destaca-se, por fim, a relevância da psicoterapia para superar as situações traumáticas originadas pelas violências sexuais, em especial o abuso sexual. Pretende-se ainda salientar a importância do papel do terapeuta nessas situações, pois é sua condição de escuta e acolhimento que permitirá à criança encorajar-se para compartilhar seu segredo.

## Referências

- Alvin, P. (1997). Os adolescentes vítimas de abusos sexuais. In M. Gabel (Org.), *Crianças vítimas de abuso sexual* (pp. 72-81). São Paulo: Summus.
- Araújo, M. F. (2002). Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*, 7, 3-11.
- Arpini, D. M., Hermann, C., Forno, C. D. & Soares, A. C. (2010). A importância da escuta na revelação da violência contra a infância e a adolescência. *Psicologia, Educação e Cultura*, 14(1), 111-128.
- Arpini, D. M., Siqueira, A. C. & Savegnago, S. D. O. (2012). Trauma psíquico e abuso sexual: o olhar de meninas em situação de vulnerabilidade. *Psicologia Teoria e Prática*, 14(2), 88-101.
- Avellar, L. Z. (2004). *Jogando na análise de crianças: intervir-interpretar na abordagem winnicottiana*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ávila, C. F., Tachibana, M. & Vaisberg, T. M. J. A. (2008). Qual é o lugar do aluno com deficiência? O imaginário coletivo de professores sobre a inclusão escolar. *Paidéia*, 18(39), 155-164.
- Baía, P. A. D., Veloso, M. M. X., Magalhães, C. M. C., Dell’Aglío, D. D. (2013). Caracterização da revelação do abuso sexual de crianças e adolescentes: negação, retratação e fatores associados. *Temas em Psicologia*, 21(1), 193-202.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barreto, M. A. & Vaisberg, T. M. J. A. (2007). Escolha profissional e dramática do viver adolescente. *Psicologia e Sociedade*, 19(1), 107-114.
- Brisac, J. N. W., Perin, S. H. & Quayle, J. (2011). Representação da relação mãe-bebê através do procedimento desenho-história em gestantes adolescentes e tardias. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 19(1-2), 69-77.
- Costa, J. B., Mombelli, M. A. & Marcon, S. S. (2009). Avaliação do sofrimento psíquico da mãe acompanhante em alojamento conjunto pediátrico. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 317-325.
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed.
- Dolto, F. (1984). *Psicanálise e pediatria – as grandes noções da psicanálise – dezesseis observações de crianças* (4ª ed.) (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Originalmente publicado em 1971).
- Dolto, F. (2004). Prefácio. In M. Mannoni, *A primeira entrevista em psicanálise: um clássico da psicanálise* (pp. 7-33) (R. C. Lacerda, Trad.). Rio de Janeiro: Elsevier. (Originalmente publicado em 1979).
- Faleiros, E. T. S. (2003). *O abuso sexual contra crianças e adolescentes: os descaminhos da denúncia*. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos.
- Ferenczi, S. (1992). Confusão de língua entre os adultos e a criança: a linguagem da ternura e da paixão. In *Obras completas - Psicanálise* (Vol. IV, pp. 97-106). São Paulo: Martins Fontes.
- Freud, S. (1989). Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. In *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 127-216). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905).
- Freud, S. (1989). A dinâmica da transferência. In *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 133-143). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1912).
- Freud, S. (1989). Além do princípio do prazer. In *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 17-85). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1920).
- Gabel, M. (1997). Algumas observações preliminares. In M. Gabel (Org.), *Crianças vítimas de abuso sexual* (pp. 9-13). São Paulo: Summus.
- Gonçalves, H. S. (2005). Violência contra a criança e o adolescente. Em: G. Brandão & H. Gonçalves (Orgs.), *Psicologia jurídica no Brasil* (pp. 277-307). Rio de Janeiro: NAU.
- Habigzang, L. F. Koller, S. H., Azevedo, G. A. & Machado, P. X. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(3), 341-348.
- Klein, M. (1997). A psicanálise de crianças (L. P. Chaves, Trad.). In *Obras completas de Melanie Klein* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1975).
- Lamour, M. (1997). Os abusos sexuais em crianças pequenas: sedução, culpa, segredo. In M. Gabel (Org.), *Crianças vítimas de abuso sexual* (pp. 43-61). São Paulo: Summus.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (1979). *Dicionário de psicoanálise*. Barcelona: Labor.
- Marin, I. (2002). *Violências*. São Paulo: Escuta/Fapesp.

- Pelisoli, C., Pires, J. P. M., Almeida, M. E. & Dell' Aglio, D. D. (2010). Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência. *Temas em Psicologia*, 18(1), 85-97.
- Pfeiffer, L. & Salvagni, E. P. (2005). Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 81(5).
- Polli, R. G. & Arpini, D. M. (2012). O olhar de meninos de grupos populares sobre a família. *Estudos de Psicologia*, 29(4), 531-540.
- Pontes, M. L. S., Cabrera, J. C., Ferreira, M. C. & Vaisberg, T. M. J. A. (2008). Adoção e exclusão insidiosa: o imaginário de professores sobre a criança adotiva. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 495-502.
- Russo, R. C. T., Couto, T. H. A. M. & Vaisberg, T. M. J. A. (2009). O imaginário coletivo de estudantes de educação física sobre pessoas com deficiência. *Psicologia e Sociedade*, 21(2), 250-255.
- Sandler, A. M. (2001). Sobre interpretação e *holding* na análise de crianças. In R. Grana & A. B. S. Piva (Orgs.), *A atualidade da psicanálise de crianças: perspectivas para um novo século* (pp. 65-73). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sigal, A. M. R. (2002). Psicanálise com crianças. A legitimidade de um campo. Os pais, o recalque e a circulação de significantes enigmáticos na condução da cura. In A. M. R. Sigal, *O lugar dos pais na psicanálise de criança* (pp. 27-43). São Paulo: Escuta.
- Siqueira, A. C., Arpini, D. M. & Savegnago, S. D. O. (2011). Família e abuso sexual na perspectiva de adolescentes em situação de vulnerabilidade social. *Aletheia*, 34, 109-122.
- Trinca, W. & Tardivo, L. (2002). Desenvolvimentos do processo de desenhos-histórias (D-E). In J. A. Cunha (Org.), *Psicodiagnóstico – V* (pp. 428-438). Porto Alegre: Artmed.
- Viaux, J. (1997). A perícia psicológica das crianças vítimas de abusos sexuais. In M. Gabel (Org.), *Crianças vítimas de abuso sexual* (pp. 121-131). São Paulo: Summus.
- Winnicott, D. W. (1982). *A criança e o seu mundo* (6ª ed., A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: LTC. (Originalmente publicado em 1957).
- Winnicott, D. W. (2005). *Tudo começa em casa* (4ª ed., P. Sandler, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1986).

Submetido em: 23-6-2013

Aceito em: 7-11-2013