

Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Departamento de Psicologia

**As experiências de profissionais no acolhimento a crianças e adolescentes vítimas de
violência sexual: uma contribuição da psicanálise**

Monografia apresentada ao Departamento de
Psicologia da Universidade Federal de São
Carlos como requisito parcial para obtenção do
grau de Bacharel em Psicologia.

Isabella de Paula Ferreira

Orientador: Prof. Dr. Leonardo C. P. Câmara

São Carlos
Setembro/2022

Agradecimentos

O desenvolvimento desta monografia contou com o auxílio e suporte de diversas pessoas, dentre as quais agradeço:

Primeiramente aos meus pais, Eliana e Osvaldo, por me apoiarem em todas as escolhas que precisei fazer durante o caminho até aqui.

A minha irmã, Danielle, pela curiosidade que me motivava sempre.

À Lola, pelas incontáveis horas de companhia, ao meu lado, todos os dias, enquanto eu escrevia ao computador.

Às duas participantes desta pesquisa, que escolheram confiar em mim para dividir um pouco de suas vidas.

Ao meu orientador, Leonardo, pela grande disponibilidade e auxílio desde o início deste projeto e por ter aceito encarar os desafios e descobertas que essa pesquisa nos reservaria.

Por fim, as minhas amigas, Ana Laura, Nicole e Ana Carolina, por terem acompanhado de perto o desenvolvimento desta monografia, por terem compartilhado as minhas emoções e conquistas como se fossem delas.

“Do mesmo modo que aquele que fere ao outro fere a si próprio, aquele que cura, cura a si mesmo”
Carl Jung

As experiências de profissionais no acolhimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual: uma contribuição da psicanálise

Resumo: O presente estudo tem como tema a vivência de profissionais que atuam diretamente com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. O objetivo central é compreender as experiências de profissionais da assistência social e da psicologia nesse contexto, analisando como o trabalho direto com esses pacientes afetam os diferentes âmbitos de suas vidas. Para isso, propôs-se a utilização de entrevistas semi-estruturadas durante três encontros. Os resultados foram obtidos por meio da análise de conteúdo de Bardin, com base em aportes teóricos da psicanálise e de estudos contemporâneos sobre trauma, o que produziu três categorias: contratransferência, traumatização vicária e autocuidado. Foi possível constatar que as profissionais são diretamente impactadas pela atuação. Na atividade profissional, os impactos foram associados principalmente com: a relação com os responsáveis das vítimas; com os sentimentos negativos que surgem durante os atendimentos; com as dificuldades presentes no âmbito jurídico. No que se refere à vida pessoal, foram constatados impactos na interface entre a vida profissional e a maternidade, o que levou a transformações na visão de mundo. Identificou-se, por fim, a importância do apoio e do suporte provenientes de uma equipe coesa e multidisciplinar para lidar com os afetos suscitados pelo atendimento a essa população. Embora os achados não possam ser generalizados, eles caminham de acordo com a literatura e possibilitam que estudos futuros possam se aprofundar na criação de projetos de capacitação e suporte a diferentes profissões que estão relacionadas ao fluxo de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

Palavras-chave: violência sexual; trauma; contratransferência; traumatização vicária; psicanálise.

The experiences of professionals in the reception of children and adolescents victims of sexual violence: a contribution of psychoanalysis

Abstract: The present study has as its theme the experience of professionals who work directly with children and adolescents victims of sexual violence. The main objective is to understand the experiences of social care and psychology professionals in this context, analyzing how the direct work with these patients affects the different areas of their lives. For this, it was proposed to use semi-structured interviews during three meetings. The results were obtained through Bardin's content analysis, based on theoretical contributions from psychoanalysis and contemporary studies on trauma, which produced three categories: countertransference, vicarious traumatization and self-care. It was possible to verify that the professionals are directly impacted by the performance. In the professional activity, the impacts were mainly associated with: the relationship with those responsible for the victims; with the negative feelings that arise during the consultations; with the difficulties present in the legal sphere. With regard to personal life, impacts were found at the interface between professional life and motherhood, which led to changes in the world view. Finally, the importance of support and support from a cohesive and multidisciplinary team to deal with the affections raised by the care of this population was identified. Although the findings cannot be generalized, they are in line with the literature and allow future studies to delve into the creation of training and support projects for different professions that are related to the flow of care for children and adolescents who are victims of sexual violence.

Key-words: sexual violence; trauma; countertransference; vicarious traumatization; psychoanalysis.

Sumário

1. Introdução	1
2. Fundamentação teórica	5
2.1. O conceito de contratransferência.....	5
2.1.1. A noção de contratransferência em Sándor Ferenczi.....	6
2.1.2. Contratransferência na clínica do trauma de acordo com Dalenberg (2000)	7
2.2. O conceito de traumatização vicária	12
3. Apresentação dos dados	16
3.1. Contratransferência	16
3.2. Traumatização vicária	24
3.3. Autocuidado.....	26
4. Discussão.....	30
4.1. Discussão sobre a contratransferência	30
4.2. Discussão sobre a traumatização vicária	32
4.3. Discussão sobre o autocuidado	33
5. Considerações finais	35
Referências	37
Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	40
Anexo B: Roteiro de entrevista	46

1. Introdução

A violência é um conceito que expressa diferentes especificidades e possui diversas caracterizações. A Organização Mundial da Saúde (OMS) a define como o “uso da força física ou poder contra si próprio, contra outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande probabilidade de resultar em ferimentos, mortes, dano psicológico, mal desenvolvimento e privação” (OMS, 1996).

Ao empregar a palavra “poder”, é possível acrescentar à definição atos que resultem de relações humanas, como ameaças ou intimidação, negligência, os diversos tipos de abuso físico, sexual, psicológico, bem como os atos autolesivos, a exemplo do suicídio (OMS, 1996). Dentre os diversos sentidos da violência, temos a violência sexual, caracterizada como “[t]odo ato sexual, tentativa de consumir um ato sexual, insinuações sexuais indesejadas, ações para comercializar ou usar de qualquer outro modo a sexualidade de uma pessoa por meio da coerção por outra pessoa, independentemente da relação desta com a vítima, em qualquer âmbito” (OMS, 1996, p.149).

No que tange à violência sexual contra crianças, são inúmeras as consequências a que a vítima está sujeita a curto e longo prazos após a exposição a uma situação de violência, desde aspectos na saúde física, como exposição a doenças sexualmente transmissíveis (DSTs); na saúde mental, como depressão, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade e aumento do risco de suicídio; na saúde sexual e reprodutiva, como gravidez indesejada, abortos inseguros, disfunção sexual etc. (OMS, 1996). Nesse contexto, considera-se que a violência contra crianças e adolescentes, em conjunto com suas consequências, podem resultar em um trauma, o qual, de acordo com a quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), caracteriza-se como uma “[e]xposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual” (American Psychiatric Association, 2013).

A partir do momento em que a criança ou adolescente vítimas de violência procuram um sistema público de atendimento, elas se inserem então na rede de proteção referente ao seu município, a qual visa o atendimento e prevenção da violência. Segundo Hirschheimer, Waksman e Pfeiffer (2018), o fluxo de atendimento em casos de suspeitas de violência sexual tem seu início em hospitais ou unidades básicas de saúde, por um relatório médico, psicológico e social. Após o relatório, são notificados órgãos como o Ministério Público, Delegacia de Polícia especializada e o Conselho Tutelar, o qual, por sua vez, acompanha o decorrer do caso. Quando há ocorrência de lesões gravíssimas ou risco de revitimização, a criança ou adolescente é mantida em internação hospitalar, e a responsabilidade passa à Vara da Infância e Juventude, ocorrendo a decisão judicial, a qual deliberará pela destituição da guarda familiar ou

restauração desses vínculos. Nesse último caso, a vítima e a família são encaminhadas aos cuidados dos equipamentos em serviços especializados e de proteção.

Nesse contexto, é possível perceber o trabalho interdisciplinar necessário na rede de proteção a essas vítimas, uma vez que a violência sexual deve ser compreendida em suas diferentes facetas: médica, legal e psicológica. A efetividade do tratamento e da intervenção depende em grande parte da comunicação e do bom funcionamento desses serviços. Todavia, a falta dessa articulação, a ausência dos acompanhamentos dos casos, bem como a má organização dos laudos e informações, prejudica a intervenção e denúncia dos casos, evidenciando a necessidade de capacitação dos profissionais e da criação de serviços especializados (Habigzang, Azevedo, Koller & Machado, 2006).

Assim, é deparando-se com as instituições de proteção, cuidado e justiça, que a vítima inicia um contato com profissionais de áreas da Saúde, Assistência Social e Direito. A relação entre vítima e profissional desencadeia sentimentos e reações complexas, como demonstrado por Cocco, Silva e Jahn (2010): médicos e enfermeiros que realizam atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência apresentam comumente sentimento de indignação, revolta e impotência.

Em uma sociedade a qual apresenta elevados índices de violência contra crianças e adolescentes, a investigação do fenômeno da violência sexual é de essencial importância. Há uma crescente produção científica acerca dessa temática, porém são poucos os estudos que se dedicam a analisar os impactos emocionais, psicológicos e sociais que os profissionais do atendimento a esse público estão sujeitos e sofrem, devendo ser compreendidos em suas demandas e necessidades, tendo em vista o difícil tratamento e abordagem de pacientes que sofreram traumas. Além disso, é compreendendo como o atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual é experienciado por esses profissionais que se torna possível a criação de projetos de apoio e capacitação a eles, auxiliando no desenvolvimento de uma intervenção menos aversiva e revitimizadora. Dessa forma, pretende-se, no presente estudo, aprofundar tais questões, relativas à compreensão das experiências dos profissionais da área da saúde e assistência social que acolhem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, analisando como são impactados nos diferentes âmbitos da vida e entendendo acerca das possíveis reações emocionais emergentes durante os atendimentos.

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo qualitativo. Nesse sentido, o método é caracterizado pela interação direta entre o pesquisador e o participante, podendo analisar significados, comportamentos e ações dentro de seu próprio contexto social, político e histórico (Creswell, 2014). Como participantes da pesquisa, foram selecionadas ao todo duas

profissionais, uma da área da assistência social, e uma da psicologia. Ambas atuam em uma cidade no interior do estado de São Paulo. Ambas leram e registraram seu consentimento em participar da pesquisa no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CAAE: 52037221.2.0000.5504), o que possibilitou a realização de entrevistas semi-estruturadas, caracterizadas por possuírem um roteiro prévio, mas que está sujeito a trabalhar com outros elementos que possam emergir durante a entrevista. Foram empregadas perguntas abertas, permitindo que se aproximasse a uma conversa informal, o que levou a uma maior abertura e proximidade entre entrevistador e entrevistado - essencial para explorar assuntos mais delicados e complexos (Boni & Quaresma, 2005).

A entrevista semiestruturada foi dividida em três sessões. A primeira e a segunda buscaram explorar os sentimentos e as emoções emergentes durante os atendimentos a vítimas de violência sexual. A terceira sessão, por fim, consistiu em conhecer aspectos relacionados à vida pessoal. Além disso, a pesquisadora manteve o registro de um diário de anotações, no qual, após cada sessão, escreveu sobre sentimentos, emoções e sensações experimentadas por ela durante a entrevista, assim como anotou as impressões de sentimentos e comportamentos expressos pelos participantes.

A análise dos dados coletados nas entrevistas foi realizada a partir da análise de conteúdo. Como descrita por Bardin (2011), é um conjunto de técnicas com o intuito de obter a descrição de conteúdo de mensagens, por meio de métodos objetivos e sistemáticos. Para a interpretação dos dados, foram utilizados os conceitos teóricos de contratransferência e traumatização vicária. O primeiro é compreendido como todas as reações e sentimentos do analista em relação ao paciente, sendo normal e importante no contexto de psicoterapia, permitindo a melhor compreensão de experiências e eventos psíquicos do analisando, os quais podem não ser verbalizados (Eizirik & Lewkowicz, 2015). O segundo se refere a uma transformação negativa sofrida pelo profissional resultante do envolvimento empático com seus pacientes sobreviventes de trauma (Pearlman, Caringi & Trautman (2020).

Esta monografia está estruturada da seguinte forma. Inicialmente, serão expostos os conceitos de contratransferência e traumatização vicária. A seguir, serão apresentados os resultados que foram obtidos pelas entrevistas e analisados por meio da Análise de conteúdo de Bardin, categorizados em: Contratransferência, Traumatização Vicária e Autocuidado. Posteriormente, no quarto capítulo, esses resultados serão comparados com a produção literária existente, buscando comparações e divergências dos achados. Por fim, no quinto capítulo, serão

tecidas considerações finais ressaltando alguns pontos, bem como as limitações do estudo e possíveis contribuições futuras de pesquisa.

2. Fundamentação teórica

No presente capítulo, apresentaremos dois conceitos teóricos da psicanálise os quais são embasamentos fundamentais para interpretação dos dados. Inicialmente fundada por Freud, a psicanálise pode ser compreendida em três esferas: como um método investigativo que busca elucidar os significados inconscientes das palavras, ações, sonhos e fantasias de um sujeito, utilizando-se de suas associações livres e da interpretação. Também pode ser entendida como um método psicoterápico e como um conjunto de teorias psicológicas e psicopatológicas (Laplanche & Pontalis, 2001). Dentre os diversos constructos existentes na teoria psicanalítica, utilizaremos a compreensão da Contratransferência e Traumatização Vicária.

2.1. O conceito de contratransferência

O conceito de contratransferência, inicialmente postulado por Freud em 1910, obteve progressivo desenvolvimento na literatura psicanalítica nos últimos setenta anos, a partir da teoria kleiniana. Na perspectiva freudiana, a contratransferência é prejudicial ao processo de tratamento, visto que está diretamente associada a complexos e resistências internas do próprio terapeuta, devendo ser reconhecidas e superadas por meio da análise (Eizirik & Lewkowicz, 2015).

O primeiro uso do termo contratransferência por Freud ocorreu em 1909, em uma carta destinada a Carl G. Jung, após ser comunicado de que uma das pacientes deste gostaria de relatar sobre sua relação amorosa com o analista. A partir dessa carta, a contratransferência é apresentada como sentimentos capazes de auxiliar o conhecimento sobre os aspectos conscientes e inconscientes relacionados à transferência. Entretanto, também é tida como um problema a ser resolvido. Na obra de Freud, o conceito é abordado como uma resistência inconsciente do analista, proveniente de seus aspectos infantis. Dessa forma, os sentimentos contratransferenciais, problemáticos na análise, devem ser dominados e neutralizados (Zambelli, Tafuri, Viana & Lazzarini, 2013).

Entretanto, a partir do final da década de 1940, o conceito de contratransferência foi ampliado e modificado devido a diversas questões, como o estudo da análise com crianças, estudos sobre a relação mãe-bebê, tratamento com pacientes difíceis, entre outros. A partir dessas fontes, a contratransferência passou a ser, principalmente na Inglaterra e na América Latina, considerada como “totalística”. Se, em sua formulação clássica, como proposta por Freud, a contratransferência é entendida como nociva ao processo analítico, em contrapartida, a contratransferência, enquanto totalística, é considerada como um processo esperado e envolve

todas as reações e sentimentos do analista em relação ao paciente, sendo, inclusive, entendida como um processo que permite uma melhor compreensão das experiências e eventos psíquicos relacionados ao mundo interno do analisando, e que não são verbalizadas (Eizirik & Lewkowicz, 2015).

Tratando-se da contratransferência no atendimento a vítimas de violência sexual e urbana, os achados de Eizirik, Polanczyk, Schestatsky, Jaeger e Ceitlin (2007) evidenciam uma significativa reação contratransferencial de terapeutas homens e mulheres no atendimento inicial a mulheres vítimas de violência sexual, como sentimento de tristeza, interesse e empatia. Isso porque essas vítimas podem apresentar psicopatologias específicas, as quais podem produzir reações características no terapeuta. Por outro lado, no que diz respeito ao atendimento a vítimas de violência urbana, os terapeutas homens apresentaram, no estudo citado, um predomínio de respostas de afastamento, o que poderia estar associado ao sentimento de vulnerabilidade despertado, tendo em vista o aumento da violência urbana na população masculina.

2.1.1. A noção de contratransferência em Sándor Ferenczi

Sándor Ferenczi (1873-1933) foi um neurologista húngaro, amigo íntimo e discípulo contemporâneo de Freud. Analisou questões que foram evitadas pela psicanálise freudiana, trabalhando com pacientes que não eram notadamente obsessivos ou histéricos, mas que apresentavam elevada resistência na clínica, sendo considerados pacientes difíceis. A partir da análise da história de vida desses pacientes, Ferenczi estruturou sua teoria do trauma, que é notadamente diferente daquela proposta por Freud (Gondar, 2017). Além disso, no decorrer de sua trajetória clínica, Ferenczi adotou a chamada “técnica ativa”, a qual ia além das técnicas convencionais; uma técnica cujo analista era capaz de maior intervenção nos comportamentos e pensamentos do paciente. Entretanto, essa técnica se mostrou problemática e, a partir disso, Ferenczi se debruçou sobre a importância da relação entre analista e analisando, envolvendo questões como a criação de vínculos e a própria contratransferência.

É partindo da sua experiência clínica que Ferenczi propõe uma relação terapêutica diferente daquela proposta por Freud, na qual a neutralidade não caberia ao tratamento de seus pacientes. Analisando a premissa de Freud de que, por meio da escuta equiflutuante, o analista pode decifrar as mensagens inconscientes nas falas do analisando, Ferenczi realiza uma inversão e defende que, da mesma forma, o paciente também pode decifrar as mensagens inconscientes de seu analista. Nesse contexto, tudo que é sentido, pensado e fantasiado

conscientemente ou inconscientemente pelo analista pode ser captado por seu paciente. Assim, Ferenczi passa a defender a importância da sinceridade e autenticidade por parte do analista para o sucesso do tratamento (Sanches, 1994).

Considerando o domínio da contratransferência, Ferenczi (1919/2011) aborda, em “A técnica psicanalítica”, os três momentos para que o analista seja capaz de exercê-lo. Inicialmente, na euforia do primeiro contato com a clínica e com o inconsciente, o analista não se atenta aos perigos, desconhece e não controla a contratransferência. Assim, acaba por se deixar envolver com todos os afetos que a relação analista-analisando provoca, muitas vezes comovendo-se pelas angústias e fantasias, e até mesmo indagando todos aqueles que fazem mal ao paciente. Já a segunda fase se refere a quando o psicanalista aprendeu a avaliar os sintomas da contratransferência e controlar suas falas, seus atos e sentimentos. É nesse momento que se corre o risco de estar no outro extremo, tornando-se duro e inacessível ao paciente, prejudicando o surgimento da transferência e, conseqüentemente, o sucesso do tratamento. Por fim, é em sua terceira fase que o psicanalista pode apresentar o controle dessa contratransferência, transpondo sua resistência a ela.

Dessa forma, dois aspectos da contratransferência do analista são apresentados por Ferenczi como essenciais ao manejo analítico para com a relação transferencial: o “sentir com” (*Einfühlung*) e o tato psicológico. O “sentir com” se refere à empatia, isto é, a uma sensibilidade por parte do analista que torna possível a compreensão, de maneira profunda, dos sentimentos de seu paciente, que nem sempre são expressos em palavras, possibilitando que o analista se adapte da melhor forma ao seu paciente. O tato, por sua vez, pode ser compreendido como a capacidade de discernir sobre o que relatar ou não ao seu paciente, proveniente do conhecimento técnico e das experiências clínicas, possibilitando a melhor forma de manejar a transferência e contratransferência no contexto analítico (Zambelli et. al, 2013).

2.1.2. Contratransferência na clínica do trauma de acordo com Dalenberg (2000)

Neste tópico, serão apresentadas questões relacionadas à contratransferência de acordo com Constance Dalenberg (2000), autora que investiga como esse processo ocorre na clínica do trauma – tema pouco explorado na literatura. Dentre as questões que envolvem a clínica do trauma, discutiremos a seguir aquelas relacionadas à Descrença, Vergonha e Culpa, Hostilidade e Raiva, Amor e desejo sexual, Contato corporal, além da Revelação sobre si. Segundo a autora, as vítimas de trauma, principalmente aquelas que sofreram abusos na infância ou receberam o diagnóstico de transtorno da personalidade *borderline*, apresentam comportamentos que podem

levar à frustração e confusão do profissional responsável pelo tratamento. Isso porque tais pacientes manifestam a tendência de agir de forma agressiva em terapia, de encerrá-la abruptamente ou de se apegar ao terapeuta. Dessa forma, o trauma, juntamente a outros sintomas que podem ser apresentados pela vítima, trazem maior complexidade às interações transferenciais e contratransferenciais, tornando seu manejo mais difícil. Por esse motivo, é importante compreender que a transferência de sujeitos com histórico de trauma difere do caráter transferencial apresentado por outros pacientes.

Nesse contexto clínico, é importante que clientes traumatizados encontrem na terapia um ambiente seguro, o que pode não ocorrer devido a reações contratransferenciais do terapeuta, como desaprovação, nojo, rejeição com relação a seus comportamentos ou história, de modo a romper os vínculos estabelecidos. Assim, para proporcionar o ambiente mais seguro possível, é de responsabilidade do terapeuta a gestão de sua contratransferência, bem como a decisão de revelá-la.

Dalenberg (2000) defende que o relato da contratransferência ao cliente pode acarretar benefícios, como reforçar a função de teste de realidade; estabelecer uma fonte de vínculo, podendo ter acesso a maiores informações sobre ele e sobre sua psique; e estabelecer a honestidade e autenticidade do terapeuta. Vale ressaltar que a tentativa de suprimir a contratransferência traz prejuízos à saúde psíquica do terapeuta, podendo aumentar o risco para o surgimento de sintomas dissociativos e outros associados ao transtorno de estresse pós-traumático.

Escutar sobre o histórico de trauma de uma pessoa pode se tornar uma experiência traumática para aquele que está oferecendo a escuta, caso haja uma resposta emocional significativa, o que torna os terapeutas vulneráveis. Nesse contexto, é compreensível que estes evitem perguntar sobre históricos de trauma de seus clientes. Outro fator que contribui para a dificuldade em relatar e ouvir sobre o traumático se deve ao fato de que o âmbito da linguagem não é o bastante para que seja possível descrever sobre ele. Assim, a evitação do material traumático deve ser entendida como uma resposta esperada tanto do paciente como do terapeuta, e que o desconforto do terapeuta em ouvir sobre tal conteúdo pode não ser um desejo ativo ou até consciente de evitação, mas sim a manifestação de um medo de causar maior angústia ao cliente. Nesse caso, é importante entender que ouvir sobre o evento é difícil e doloroso.

Diante da rememoração e relato sobre um evento traumático, pode haver descrença sobre os fatos compartilhados, uma vez que sobreviventes do trauma exibem dúvidas sobre o que realmente aconteceu e sobre a percepção da realidade. Assim, é comum que o cliente

apresente questionamentos sobre a crença do terapeuta em relação aos seus relatos. Tal necessidade de validação está relacionada à busca pela compaixão do terapeuta, uma vez que, devido à reação contratransferencial deste, emergente do contato com o material perturbador, o cliente possa interpretar tal reação como uma falta de compaixão ou distanciamento por parte do profissional.

A questão relativa à crença pode também levar o terapeuta e o cliente a se ancorar em referências da realidade. Nesse contexto, quando essas questões surgem no processo terapêutico, diversos teóricos defendem que diferentes respostas contratransferenciais seriam mais adequadas, como: acreditar totalmente no cliente; só acreditar com base em evidências externas ao ambiente terapêutico; ou se manter de maneira neutra e imparcial. Dalenberg (2000) defende que reações contratransferenciais extremas e rígidas tendem a manter esse rigor nas reações transferenciais correspondentes, sendo necessário que sejam reveladas e discutidas no contexto terapêutico.

Em determinados relatos de trauma, é possível que o terapeuta se sinta ameaçado, talvez porque esteja relacionado a aspectos de seu passado ou presente. Em tal situação, provavelmente a contratransferência será extrema, podendo levar ao envolvimento excessivo ou à evitação inconsciente do material, gerando descrença e minimização. Quando essa descrença se manifesta, é importante realizar uma análise consciente acerca da fonte de tal reação. Além disso, descrença e distanciamento também podem ser respostas contratransferenciais do terapeuta caso ele encontre sinais de que o relato e as informações oferecidas pelo paciente não são de fato genuínas. Dessa forma, acreditar e duvidar sempre estarão presentes na relação entre o terapeuta e o cliente, constituindo um conjunto complexo relacionado à transferência e à contratransferência.

Como a descrença, vergonha e culpa também são conflitos presentes na clínica do trauma. Muitas vezes, a vergonha e a culpa do paciente são atribuídas erroneamente ao terapeuta, mas, em outros casos, a vergonha por parte do terapeuta é percebida. Nessa relação, terapeuta e paciente estão sujeitos a interpretar equivocadamente as causas da vergonha. De um lado, o paciente que já está propenso a se culpar, acredita que as reações não verbais de vergonha do terapeuta estão relacionadas à sua degradação, desconsiderando outras possíveis fontes desse sentimento. Do outro, o terapeuta, o qual pensa que seus sentimentos de vergonha são imperceptíveis, pode acreditar que a vergonha reativa do paciente é proveniente apenas do evento traumático.

Essa vergonha por parte do terapeuta também advém de suas limitações, inadequações em enfrentar a dor, e da tomada de consciência do quão cruel o comportamento do ser humano

pode ser. Além disso, é comum que reações contratransferenciais se transformem em vergonha quando os terapeutas descobrem que seus sentimentos são inadequados, como na contratransferência sexual ou no caso de sentimentos fortes de raiva e ódio. Com relação à raiva, ela é comum nos pacientes vitimados e uma frequente contrarreação nos terapeutas, sendo que as respostas de ódio, raiva e hostilidade são uma das principais categorias de sentimentos contratransferenciais relatados pela literatura, acompanhados pelo amor e pelas sensações sexuais (Dalenberg, 2000)

De acordo com Strupp (1980), citado por Dalenberg (2000), os terapeutas costumam responder à agressão e à hostilidade de seus clientes com uma contra-hostilidade. O autor acrescenta que as respostas negativas a pacientes difíceis são mais comuns do que se costuma reconhecer. Essas interações hostis são preditores para pobres resultados a longo prazo. Além disso, como apresentado por Winnicott (1949), citado por Dalenberg (2000), é muito importante para o cliente que ele seja informado dos sentimentos de ódio do terapeuta. Isso porque a revelação é necessária para estabelecer a autenticidade dos sentimentos mais positivos do terapeuta, auxiliando-o assim a continuar o manejo adequado do tratamento.

Dalenberg (2000) aponta algumas fontes para a raiva contratransferencial, como a fadiga de compaixão, a qual resulta da inibição de emoções fortes e urgentes, e que acaba se manifestando em irritabilidade e interpretação hostil. Além disso, são outras fontes da raiva contratransferencial a confusão sobre o papel do cliente e a frustração dos terapeutas com o ritmo lento de terapia. A gestão da contratransferência e a verbalização da raiva são importantes para o manejo dessas reações, sem as quais a relação terapêutica pode sofrer um dano irreparável.

Sentimentos de amor e desejos sexuais são uma categoria de sentimentos contratransferenciais muito relatados na literatura. De fato, o surgimento de sensações sexuais é comum no tratamento de vítimas de experiências traumáticas. Tais sensações podem gerar reações conflituosas, bem como problemas no estabelecimento de limites entre o cliente e o terapeuta. Tais acontecimentos se devem a diversos motivos. Primeiramente, o fato de que terapeuta e cliente trabalham com acontecimentos dolorosos e adversos que podem se tornar um incômodo compartilhado. Assim, ambos se encontram unidos pelo conhecimento e pela identificação conjunta ao histórico de trauma. Em segundo lugar, o fato de o terapeuta responder a conteúdos de trauma com apoio, empatia e preocupação, fazendo com a relação se torne mais íntima, aproximando-se de uma amizade ou de uma parceria amorosa. Em terceiro lugar, pode haver uma idealização do terapeuta como simpático, o que é gratificante a essas vítimas, e proporciona tentativas de agrado e oferecimento de presentes.

Outros motivos estão relacionados a clientes que sofreram algum abuso na infância, principalmente do tipo sexual. Tais pacientes podem apresentar uma junção da razão e emoção, o que pode proporcionar implicações sexuais a qualquer relação. Outros tipos de abuso crônico na infância podem levar à junção de apego e agressão, tornando o terapeuta ao mesmo tempo um objeto hostil e um objeto sexualizado. Além disso, no caso de populações de risco que crescem em ambientes negligenciados e, por consequência, apresentam uma perda geral de força em seu senso de *self*, podem procurar fundir-se com aqueles que parecem mais centrados e fortes.

Quando as questões sexuais passam a dominar a matriz da transferência-contratransferência, respostas hostis e negativas se tornam predominantes por parte de terapeuta e cliente, revelando uma significativa dificuldade no manejo de tais situações pelas duas partes. O que, neste caso, diferencia uma resolução bem-sucedida, são justamente os aspectos contratransferenciais do terapeuta. Aqueles que conseguem abordar de forma correta a contratransferência são mais propensos a reconhecer os próprios sentimentos e elementos positivos destes. Uma abordagem bem-sucedida desse tipo de contratransferência estaria relacionada, portanto, a uma definição clara dos limites, ao conhecimento da normalidade da resposta sexual humana em ambientes íntimos, e à explicitação do motivo pelo qual o tópico está sendo discutido.

Outro aspecto da contratransferência que pode surgir no tratamento de sujeitos com histórico de trauma diz respeito ao contato corporal entre terapeuta e cliente, como um aperto de mão, abraço ou toque no braço. Impedido pelo não dito da memória do trauma, o cliente encontra no contato físico com o terapeuta segurança e conexão; retorno ao contato com realidade, muitas vezes tirado de pacientes que sofreram processos dissociativos durante o evento traumático; uma possível maneira de manejar o sentimento de vergonha, comum em crianças vitimadas; além de estabelecer a humanidade do terapeuta. A recusa desses toques não sexuais pode ser muito problemática; porém, com o intuito de respeitar os limites e estabelecer acordos, é de extrema importância que, para recusar ou não o toque, o terapeuta reconheça quando essa recusa é proveniente de um desconforto contratransferencial ou se é considerada uma atitude que visa o bem do paciente na terapia.

Por fim, é possível também que o cliente demonstre interesse sobre detalhes da vida pessoal do terapeuta. A revelação desse aspecto pode ser mais arriscada para o processo terapêutico do que a revelação da contratransferência quando feita com cuidado. Entretanto, segundo o relato dos próprios pacientes, revelações relacionadas a algumas explicações sobre o cancelamento da consulta, sobre alguma lesão ou acalmando-os em relação à saúde do

terapeuta nunca levaram a resultados negativos, enquanto que omitir tais informações é percebido negativamente em muitos dos casos.

Além disso, perguntas relacionadas à família e ao processo terapêutico em si, quando mantidas em sigilo pelo profissional, levam os pacientes a se sentirem mal. Assim, terapeutas que se recusam a responder tais questões devem refletir sobre se essa recusa consiste em um sentimento de ameaça, de invasão de privacidade ou do possível desprezo do paciente com a resposta. Além disso, essa recusa, embora seja clinicamente apropriada, também pode ser uma tentativa do terapeuta de manter superioridade ou controle sobre a sessão.

Outras perguntas comuns são relacionadas ao próprio trauma do terapeuta. Vale ressaltar que a taxa de históricos de abusos sexuais em profissionais da saúde mental é alta, variando entre 30% a 60%. (Elliott & Guy, 1993). Nesses casos, é possível que terapeutas se envolvam com extremos de identificação com seus clientes, por compaixão ou questões defensivas. Entretanto, estudos indicam que terapeutas com histórico de trauma podem ser preferíveis e serem vistos como mais confiáveis do que aqueles que não possuem tal histórico.

Em suma, as questões relacionadas à transferência sexual, a pedidos de contato físico e a revelações da vida pessoal do profissional podem provocar e aumentar sua angústia, conduzindo-a fortes reações de contratransferência. Por esse motivo, a supervisão é um dispositivo indispensável para seu manejo, de forma a proporcionar que a contratransferência faça parte da terapia, mas não se torne a questão central, estabelecendo limites e maneiras mais adequadas de gerenciá-la (Dalenberg, 2000).

2.2. O conceito de traumatização vicária

Consideramos que os profissionais os quais trabalham junto a vítimas de violência são mobilizados e afetados de diversas maneiras por essa experiência. Nesse sentido, na literatura internacional, muitos estudos buscam compreender os efeitos e as consequências para esses trabalhadores, emergindo, assim, novos constructos como o de Traumatização Vicária. De acordo com Pearlman, Caringi e Trautman (2020), foi através da observação dessa atuação, especificamente a de terapeutas, que se constituiu o conceito de Traumatização Vicária, definida como a modificação negativa sofrida pelo clínico, resultante do envolvimento empático com vítimas sobreviventes de um trauma e suas histórias, bem como o compromisso e a responsabilidade de ajudá-las.

O constructo da Traumatização Vicária tem sua base na teoria construtivista do desenvolvimento, que oferece uma estrutura para compreender como as experiências dos

indivíduos são construídas considerando esquemas cognitivos e percepções. Dessa forma, propõe-se que a Traumatização Vicária é resultante das interações entre a narrativa traumática do cliente com as características pessoais do profissional. Isso por meio do engajamento empático cumulativo com os clientes. Assim, apesar de parecer um processo normal, ao longo do tempo pode levar a uma profunda transformação na experiência interna, caracterizando uma ruptura em um ou mais esquemas cognitivos de cinco áreas: segurança, confiança, estima, intimidade e controle, que estão profundamente enraizadas nas necessidades psicológicas (McCann e Pearlman, 1990).

Com relação às reações da traumatização vicária, os sintomas são muito similares aos do trauma direto. De fato, as respostas apresentadas possuem características semelhantes, porém em intensidades menores. É importante ressaltar que caso essas respostas sejam ignoradas e não tratadas, podem resultar em fenômenos como transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, abuso de substâncias, entre outros (Pearlman et al., 2020). Algumas pesquisas relatam terapeutas com sintomas como despersonalização e dissociação durante as sessões, dificuldades no âmbito sexual, uso abusivo de substâncias, automedicação, isolamento social, sentimentos de desesperança e perda de significados. Ademais, perfilam-se ainda experiências de hipervigilância, paranoia e grande desconfiança em relação ao outro (Benatar, 2000; Sui & Padmanabhanunni, 2016 como citado em Pearlman et al., 2020).

Há inúmeros fatores que aumentam a probabilidade de o terapeuta desenvolver a traumatização vicária, entres eles: os aspectos relacionados ao trabalho, como o contato com as histórias complexas dos clientes; a necessidade de uma elevada produtividade; atenção às questões documentais e burocráticas que acabam sobrecarregando os médicos e possibilitando a desumanização do cliente; a falta de apoio para o autocuidado; ausência de treinamento, bem como períodos de folgas e infraestruturas inadequadas; por fim, as questões pessoais do terapeuta, como seus próprios traumas, maturidade, fatores de estresse, estilo de enfrentamento e apego (Pearlman et al., 2020)

Pearlman, Caringi e Trautman (2020) defendem que os aspectos citados acima não são capazes de, por si só, desencadear o quadro de Traumatização Vicária. Nesse caso, é necessário um mecanismo que ative esses fatores contribuintes, como o engajamento empático, uma vez que estar disponível para escutar e conviver com a dor do outro é estar vulnerável a vivenciar angústia pessoal.

Nesse contexto, a combinação de fatores pessoais e relacionados ao trabalho contribui para o desenvolvimento e para a determinação do nível da traumatização vicária. Nesse contexto, os profissionais com histórico de trauma são provavelmente os mais vulneráveis, por

possuírem déficits prévios em esquemas cognitivos, além da elevada vulnerabilidade dos profissionais em geral, considerando o envolvimento empático com os clientes, o que pode ativar memórias traumáticas (Pearlman e Saakvitne 1995). Descobriu-se também que atuar com sobreviventes de traumas induzidos pelo homem e experimentar níveis grandes de ameaça produz maior Traumatização Vicária.

São diversos os caminhos para o enfrentamento da Traumatização Vicária. Primeiramente, faz-se necessário a identificação dos sintomas e de quais fatores estão diretamente influenciando o quadro. Posteriormente, compreender as melhores estratégias para solucionar tais questões por meio de acompanhamento profissional e terapias específicas. Além disso, o estabelecimento de alguns fatores pode contribuir para que se tenha uma base sólida de enfrentamento à traumatização vicária. Dentre esses fatores, está o apoio social, o qual possui grande destaque, sendo fonte de assistência emocional e instrumental, definindo e criando comunidades de apoio e, conseqüentemente, promovendo um bem-estar por meio da conexão interpessoal (Pearlman et al., 2020).

Outro fator é a supervisão profissional, oferecendo espaço para que os terapeutas discutam e reflitam acerca da sua atuação, sentimentos e demandas. Além disso, a espiritualidade tem grande relevância, sendo compreendida em seus diversos caminhos, como oração ou religião organizada, se relacionar com os outros ou com a natureza, ou buscar admiração, alegria, beleza e maravilha, elegendo-se práticas que façam sentido com a singularidade de cada indivíduo. Ademais, essencial ao combate à Traumatização Vicária é ser transformado positivamente pela atuação com esses pacientes. Por exemplo, a capacidade do terapeuta de aprender sobre resiliência com clientes e aplicar em suas próprias vidas, o que é conhecido como resiliência vicária (Pearlman et al., 2020). Dessa forma, faz-se indispensável estratégias de suporte aos profissionais. A saber, como demonstrado por Peled-Avram (2017), profissionais que dispõem de uma supervisão orientada, apresentam menores níveis de traumatização vicária.

Por fim, a Traumatização Vicária não deve ser confundida com o constructo de contratransferência, isso porque ela é fruto da interação terapeuta, paciente e ambiente de trabalho em seu determinado contexto sócio-histórico, enquanto que a contratransferência, proposta inicialmente por Freud (1912), trata das respostas do analista ao cliente, considerando apenas a questão pessoal do terapeuta (Pearlman et al., 2020). Contudo, de acordo com Pearlman & Saakvitne (1995), a traumatização vicária e a contratransferência estão relacionadas. Isso porque ambas alteram o *self* do terapeuta, uma vez que quanto mais intensa for a traumatização vicária, mais as respostas contratransferenciais podem ir se tornando mais

fortes ou menos reconhecidas pelo terapeuta. Tal fato pode acabar sendo prejudicial ao tratamento.

Ainda nesse âmbito, a traumatização vicária também se diferencia da síndrome de *burnout* e da fadiga da compaixão. Isso porque a primeira está relacionada ao que se espera que o clínico faça e ao que o clínico é capaz de oferecer, associado a uma alienação do trabalho e sentimentos de desesperança, desamparo e desespero frequentes. A segunda, se refere a sintomas paralelos que são desenvolvidos em decorrência da atuação, resultando em exaustão, afastamento e distanciamento. Assim, a Traumatização Vicária deve ser compreendida como constructo a parte, e entendida no contexto em que a atuação está inserida (Pearlman et al., 2020).

3. Apresentação dos dados

Esta seção apresenta os resultados obtidos por meio de três encontros de entrevistas semi-estruturadas com duas participantes, caracterizando o presente estudo como qualitativo. A análise do material coletado foi feita utilizando a metodologia de análise de conteúdo de Bardin (2011). Primeiramente, foi realizada uma leitura flutuante do material transcrito das entrevistas, e em seguida a sua exploração. Dessa forma, identificamos e propusemos categorias emergentes das falas das participantes utilizando o referencial teórico psicanalítico.

Previamente à análise dos dados, foram definidas duas categorias: contratransferência e traumatização vicária. Posteriormente, optamos pela criação da categoria denominada autocuidado. Assim, foi possível contemplar a análise de todos os dados da pesquisa, visando destacar ao máximo as experiências das profissionais entrevistadas.

3.1. Contratransferência

Esta categoria foi estabelecida a priori com base no capítulo anterior referente ao conceito psicanalítico de contratransferência, sendo utilizado trechos da transcrição das entrevistas que exemplificam como as profissionais percebem e revelam seus próprios sentimentos durante uma sessão de atendimento, bem como todas as reações emocionais que decorrem de suas práticas. Assim, a relação com os responsáveis das crianças, com a Justiça e com os próprios pacientes são explorados nesta categoria de análise.

Grande parte do trabalho das profissionais é cercada por um fator que está além dos muros do ambulatório de saúde e além de suas atuações. Os responsáveis pelas crianças e adolescentes usuários do serviço, bem como o contexto social e econômico em que a família está inserida, são fatores que, segundo as participantes, tornam a atuação mais complexa. Isso porque não basta apenas realizar sessões de atendimento psicossocial a essas vítimas, se elas acabam retornando ao mesmo ambiente e também aos causadores de seu sofrimento e violência. Dessa forma, é compreendendo a vítima como pertencente a um contexto maior, que se entende a importância de ampliar o tratamento à família.

A mãe às vezes tem que respirar fundo ali. E aí é o que dificulta muito mais né? Porque se a família é disfuncional, se tem todo esse contexto difícil, a criança vai ficar na terapia anos, porque ela tá na terapia, uma vez por semana, uma hora por dia. E o resto? O resto ela tá lá com a mãe, tá lá com a família (P2, sessão 2).

A negligência permeia, a falta de afeto, a falta de tudo tá ali no meio. Então só tirou o agressor, o resto continua lá. É um trabalho de formiguinha, sabe? É muita formiguinha que a gente tem que caminhar ali, porque tem que trabalhar a família, tem que trabalhar

a mãe, se não a gente não consegue ter êxito nesse prognóstico de crescimento e de melhora ali, não adianta (P2, sessão 2).

(...) então o que a gente aprendeu né? Que não adianta a gente trabalhar só a criança, ainda mais quando é criança né? A gente tem que trabalhar a família, exatamente por isso. Eu vou usar a mãe, mas é o responsável né? A maioria das crianças vem com a mãe, né? Mas às vezes tem uns que não, vêm com a avó, tio, tia, é.. O que que a gente vê, na verdade, é uma família que tem o relacionamento não saudável, né? É uma família que não consegue proteger e ao mesmo tempo é uma rede que não consegue olhar para essa criança, né? (P1, sessão 1).

Considerando essas questões, é possível compreender como se desenvolve a relação entre as participantes e os responsáveis de seus pacientes, bem como a forma que são diretamente impactadas pelos comportamentos de pais/tios e avôs que, em muitos momentos, não se importam e não colaboram com o desenvolvimento e até tratamento das vítimas.

E é nesses momentos também que eu falo que às vezes dá raiva do responsável né? Cê tá lá, cê tá explicando. Por exemplo, tem uma mãe atual que fala “não vou levar”, o menino não sabe cor, tem seis anos de idade e ele não tem nenhum problema neurológico, porque não tem estímulo. A mãe deixa ele o dia inteiro sem fazer nada: “não vou levar, não vou levar, não vou levar não. Me dá trabalho levar pra escola, cê acha que eu tenho paciência pra assistir aula online? Não vou, não vou fazer”. (P1, sessão 2)

(...) aí é um outro caso assim, que a gente vai ficando muito indignada, muito frustrada, porque a mãe não adere, a mãe tá com o agressor e vai assim, longo. Por isso que eu te disse, tratar a violência a gente não trata sozinho (P2, sessão 1).

Dentre muitos sentimentos relatados pelas participantes, muita irritação e raiva afloram em decorrência do contato com os responsáveis das crianças:

Por exemplo a mãe, na hora que vem aqui, eu falo que nem eu te falei, uma coisa me irrita muito, tem umas mães que são muito mentirosas, mas aí a irritação é minha, cê entendeu? Ela acredita que tá me fazendo de boba e não tá, tanto que a gente mostra (P1, sessão 3).

Agora, das mães, minha querida (risadas), eu brinco com as meninas às vezes: “Ai que vontade dar uma mordida nessa mãe, Jesus amado”. E aí você percebe que a criança é apenas aquele reflexo daquela mãe” (P2, sessão 2).

Um ponto apresentado pela participante 1 está relacionado à compreensão de que os sentimentos podem partir de questões internas, e nem sempre são causados pelos responsáveis das vítimas atendidas pelo serviço. Nesse contexto, torna-se indispensável a análise e reflexão sobre esses sentimentos e o que, de fato, os desencadeia. Além disso, como pontuado pela participante 2, tais sentimentos não são diretamente revelados para os responsáveis, mas são considerados, como exemplificado pelas falas abaixo.

Mas aí a raiva é minha, né? Dela achar que tá me fazendo de boba, de idiota. Então aí é minha, né? Então aí eu que tenho que cuidar, né? Mas se a gente... É porque aí a gente para e pensa né? Eu paro e penso, né? O que tá acontecendo, aconteceu uma vez, aconteceu de novo. De quem é isso, né? Pode ser meu, ou é dele, né? Então aí a gente... É nesse sentido, sabe? A mãe mentirosa é difícil, pra mim é difícil. Então é uma característica minha, ou aquela questão, né? De umas mães bem negligentes, tem umas que não são nem mentirosas não, falam mesmo, né? (P1, sessão 3).

Angústia de ver a situação da criança, né? Que a gente vai ter que tomar outras providências e conversar com a mãe. Então é nesse sentido, quer dizer, ela não tem angústia nenhuma né? Ou às vezes tem e vem com esse discurso e eu sinto a angústia. Então eu tenho que, a gente tem que parar pra pensar e sentir, né? É um aprendizado, de vez em quando a gente sai, eu saio muito brava daqui né? “Nossa, não sei o que, essa mãe acha que eu sou tonta, não sei o que, não sei o que lá”. Mas passa, sabe? Eu saio, passou. Depois que a gente entende da onde vem, passa (P1, sessão 3).

Então assim, não exponho que eu tô com raiva daquela mãe (risos), que ela tá me tirando do sério, que ela tá desmerecendo o profissional, mas eu trago um pouco a realidade em nome do serviço. Em nome daquilo ali que a gente tá fazendo por ela e que ela não tá se ajudando (P2, sessão 02).

Quando analisamos as falas das participantes, podemos perceber que o surgimento de sentimentos não está associado somente aos responsáveis. Conforme vimos no início deste estudo, na atuação com um público vulnerável e com uma violência que ainda é pouco discutida e marcada por fatores estruturais da sociedade, diferentes sentimentos podem surgir ao se deparar com essa temática delicada no dia a dia. Nas palavras das participantes, raiva, frustração e dor definem o lado complexo e emocional dessa atuação profissional. Além disso, o fato de envolver-se e mobilizar-se pela história de vida das vítimas é um fator valorizado e que relembra que a humanidade e a sensibilidade permanecem.

Porque assim, ao mesmo tempo, Isabella, é um trabalho que é muito frustrante, né? (P1, sessão 1).

Ainda bem que a gente ainda se sensibiliza, se mobiliza e se impacta com os casos, né? Porque depois de tanto tempo, né, corria o risco da gente “acostumar” entre aspas (P1, sessão 1).

É muito impactante lidar com a violência, muitos momentos você tem que tirar, né? Esvaziar, né? Todas as suas crenças, todos os seus conceitos, né? Tirar tudo de si e olhar ali, nu e cru, aquela situação. É muito difícil, é muito dolorido lidar com isso, né? Que bom. Que bom que eu ainda me indigno, que eu ainda sofro, né? Porque você só consegue ajudar e fazer o teu melhor se você se colocar, né, diante da dificuldade, da fragilidade do outro assim (P2, sessão 1).

Precisa de ter, assim, um distanciamento muito grande, porque você acaba se envolvendo emocionalmente com aquela situação ali (P2, sessão 2).

Eu não consigo sentir raiva dessa criança. Eu consigo ficar muito entristecida, muito indignada (P2, sessão 2).

Entretanto, não são somente sentimentos difíceis que é preciso lidar no dia a dia. As participantes também relatam o lado positivo de enxergar avanço no caso e a resiliência das crianças atendidas, reafirmando para elas mesmas o porquê de estarem ali.

(...) e tem assim, muitas outras situações, casos assim que deixam a gente muito indignada. Tem também coisas boas, tem também coisas positivas, né? É a longo prazo pra gente ver algo fluindo bem, né? É bem mais demorado do que a gente ver a dificuldade, o problema (P2, sessão 1).

E você vê a resiliência dessa menina, então é impactante assim, né? (P1, sessão 1).

Tem horas que a gente fica com raiva, sabe? Não da criança em si, eu falo que é uma conexão muito gostosa, eu gosto muito de atender (P1, sessão 2).

Saber como manejar os sentimentos e emoções que foram surgindo no decorrer de anos de atuação só foi possível pela própria experiência. De acordo com as participantes, no início da carreira era mais difícil lidar com os sentimentos, e os casos eram vistos de forma muito mais impactante, sendo comum o que elas chamaram de “levar o paciente consigo”, ou seja, pensar nos casos em um contexto não só profissional, mas também dentro de casa e discutir o caso com a própria família. Segundo elas, não é como se isso nunca mais acontecesse na posição em que se encontram atualmente, mas afirmam que a frequência não é mais a mesma.

Ainda me chama de tia, foi também uma história muito difícil, foi um outro que me impactou muito e foi bem no começo, quando eu comecei a trabalhar (P1, sessão 1).

Acho que com a prática é mais fácil, né? No começo é muito angustiante (P1, sessão 3).

Depois que eu entrei pra violência, eu fiquei mais atenta, né? Mais, né? Esperta ali, e conversava e falava do abuso, falava de como acontecia, né? Então eu tive alguns choques nesse sentido, no início pelo menos. Depois, né? Vai se adaptando aí, não tinha assim...” (P2, sessão 3).

Ó, eu acho que também é uma questão de prática, né? No começo, os casos, que foi o que eu te falei, ainda mexem – lógico, né? A gente sente, ainda mexe, mas antes a gente ainda levava, eu levava o paciente comigo né? (P1, sessão 3).

Hoje é mais difícil isso acontecer, lógico que os casos ainda chocam, tem casos que chocam muito. Às vezes a gente conversa bastante aqui, mas um ou outro acontece uma coisa que é muito assim, aí a gente até leva, né? Pensa, tem paciente que a gente já sonhou, né? Que aquilo ficou. (P1, sessão 3).

Às vezes fazendo um lanche. Independente da atuação, em horários de lazer, em horários de reflexão, o caso vinha. Aí, em alguns momentos eu trazia pra casa, comentava às vezes com um filho, às vezes com a minha mãe (P2, sessão 3).

Assim, é dessa forma que as participantes vão compreendendo melhor seus próprios sentimentos e o que especificamente os casos que atendem desencadeia, bem como de onde

vêm e quem são os “donos” desses sentimentos. Os limites entre o que é delas e do outro vão sendo construídos, mesmo que nem sempre seja possível mantê-los distantes.

Mas como a gente discute muitos casos nossos, a gente acaba colocando ali também, né, os nossos sentimentos – que nem esse dia da menina, que eu te falei, que o pai tava preso, que eu coloquei essa situação do meu pai, eu falei muito: “Ah, eu falei muito de mim”. Ela falou: “não, tá certo, é isso mesmo”, né? É... acaba colocando. Então, querendo ou não, como eu te disse, por mais que seja o caso, o início da situação é o caso, mas aí vai indo que chega diretamente nos nossos sentimentos, né? (P2, sessão 2).

Mas, não que eu fique com ele vinte e quatro horas, saiu daqui e fico com ele na cabeça e a maioria não. Eu consegui também ao longo dos anos perceber que eu tenho que, às vezes, deixar meu trabalho aqui. Eu saio e eu tenho que deixar aqui porque eu tenho – né, eu costumo brincar – meu segundo turno, que é minha família, meu filho, né? Minha mãe, meus... Tem uma outra coisa que eu tenho que dar conta, porque se eu ficar só com o paciente eu não dou conta do resto, né? E eu não posso, a angústia, algumas coisas... a angústia são do paciente, eu não posso levá-la comigo, né? Aquilo que é meu mexe e eu tenho que cuidar, mas a angústia do paciente eu não posso deixar comigo, né? (P1, sessão 3).

(...) eu devo sair muitas vezes sem esse pensar, mas quando me incomoda muito, eu falo: “Não, peraí, de quem que é isso?”, né? É, porque senão a gente leva uma angústia, e é uma angústia pesada e acaba fazendo mal pra gente mesmo, né? Então não dá, vamos devolver pro dono, o dono que tem que cuidar da sua angústia, do seu sentimento (P1, sessão 3).

Olhando para a relação direta entre as profissionais e as crianças que são seus pacientes, o atendimento passa a ter um significado muito pessoal. Isso porque, segundo as participantes, é comum que as crianças questionem sobre aspectos da vida pessoal delas, principalmente sobre o fato de elas ocuparem um papel de mãe e de cuidado. Elas são introduzidas nas histórias e desenhos, sendo representadas ali como a figura protetora que muitas vezes as crianças carecem.

Ó, eles perguntam muito pouco, às vezes a pergunta que eles mais fazem frequente assim é se eu tenho filho: “tia, mas como você sabe disso? cê tem filho?”, né? E aí eu tenho um colarzinho que eu uso, que tem um menininho, aí eu falo “não, a tia tem filho”, né? (P1, sessão 1).

As crianças, é, perguntam né? De uma forma mais assim lúdica, né, se eu tenho um filho, se eu brinco de casinha com meu filho, é... Às vezes elas introduzem a gente na brincadeira, né? Eu sou mamãe, aí elas pedem pra eu colocar meu filhinho na história. E aí: “ah mas seu filhinho chora?”, “Seu filhinho já apanhou?”, “Cê já bateu?”. Então elas interagem assim, comigo na brincadeira. E engraçado que eu sempre estou na brincadeira como proteção, ou eu sou a mamãe, ou eu sou a vovó, ou eu sou a professora. É, eu não sei te dizer como elas entendem isso, né? Às vezes é inconsciente, entende ali da proteção, ou se eu tenho cara de vovó, de mamãe, sei lá, mas eu tô sempre na brincadeira nesse sentido, cuidando delas ali” (P2, sessão 2).

As psicólogas falam muito também, que são bem colocadas ali dentro da sessão, né? Aí elas são bem diretas, elas participam juntas e tem que ter mesmo... Se não tomar

cuidado, a gente tá mesmo dentro da história. Então a gente tem que ter esse distanciamento sim, mas acontece de ser colocada sim junto ali (P2, sessão 2).

Quando questionadas sobre se as perguntas são respondidas e o limite do que deve ser exposto às crianças, as participantes enfatizaram que algumas perguntas, quando estão relacionadas ao papel de cuidado, devem ser respondidas para que seja possível fortalecer vínculos, mas que é necessário uma reflexão conjunta sobre o que é de relevância ou não no contexto de atendimento.

(...) com relação a expor mesmo minha vida – “ah, qual o seu nome?”, “você tem Facebook?” –, sabe, a gente tenta falar o menos possível, às vezes eu me coloco sim, né? Principalmente quando é relacionado, por exemplo, a cuidar, filhos, né? Então às vezes eu falo: “ah, eu tenho meu filho, eu cuidei do meu filho”. “Ele brigou, ele foi teimoso”. Tento trazer ali um pouquinho do que tá vivendo com elas, né? Mas a mãe, a mãe tem o diálogo, sabe? Porque a gente percebe o que eles não têm, a gente tenta inserir (P2, sessão 2).

E aí eu acho que depende do sentido. Eu respondo, depende do sentido. Eu coloco eles pra pensarem, mas será que isso é importante a gente saber? E o carro que eu tenho, não sei o que, ou também depende do sentido até do meu filho, né? Quando eu entendo que é essa parte de cuidado, eu converso com eles, mas quando é outra parte, né? Que não é o cuidado, é... Até tem paciente que é pra manipular, né? Algumas situações, eu pergunto qual o sentido saber isso, o que vai mudar na nossa relação se eu sou casada, se eu tenho filho, né? Eu costumo fazer a gente pensar junto se é importante eu responder isso, se isso vai mudar o nosso vínculo, né? (P1, sessão 1).

Nesse sentido, é possível perceber o quanto é pensado sobre o que deve ou não ser dito aos pacientes. Isso também ocorre quando existem sentimentos das próprias participantes que emergem durante a sessão de atendimento. Nesse sentido, é parte do trabalho das profissionais compreender a quem pertence esses sentimentos, considerando que não se pode deixar completamente fora do atendimento as próprias experiências individuais.

Por causa das nossas questões também emocionais, que causam um embate maior na gente, mas eu acho que a gente tem que... Eu sempre, eu sempre tenho um alerta: nossa eu comecei a sentir isso. Eu penso também o que é meu e o que é do paciente, né? Eu preciso olhar pra não fazer a contratransferência e o que que é na verdade do paciente que precisa ser trabalhado, né? (P1, sessão 2).

Então eu fui conversar com o paciente, né? Eu virei e falei: “olha, eu percebi nananã. Que que será que tá acontecendo que não pode ser falado, que você não traz, que não pode ser falado, que que tá acontecendo, que eu tô sentindo isso, né? Eu não consigo tá aqui com você, porque me dá um sono nananã, o que tá me bloqueando pensar?” Aí junto a gente conseguiu entender e pensar. Esse é um tipo, sabe? Então não era uma coisa que era minha, né? (P1, sessão 3).

De adolescente tá ali comigo e começar a chorar e eu acolher: “Ah, eu entendo seu sentimento, eu entendo sua dor, né? Sabe que às vezes eu também já me senti assim? Com vontade de chorar”. Sabe? Eu usei, usei muitas vezes a questão do meu pai, meu

pai faleceu de COVID, né? E eu falei muitas vezes: “ah, eu sei o que você tá sentindo, né? Porque eu já chorei muito também. Essa dor aí que você tá colocando pra fora aí, eu também já chorei muito, meu pai faleceu de COVID e eu chorei muito com saudade dele e tal” (P2, sessão 2).

Entender os momentos certos de revelar o que está sentindo durante a intervenção também se faz necessário, pois nem sempre o paciente está disponível e pronto para escutar.

(...) tem intervenção que eu falo na hora, se o paciente tem condições de escutar, né? “Ah não, assim pra mim não tá legal”, né? “Não tô gostando, eu também fico triste, também fico com raiva”, né? (P1, sessão 2).

Se eu não consigo, por exemplo, se o paciente tá muito agitado, não sei o que, ele não tá conseguindo escutar, que nem esse que jogou tudo o lego e saiu nanã nananã, ele não tava conseguindo escutar, né? Então qual o sentido de eu falar pra ele naquele momento, né? Ele não tava conseguindo escutar, mas num outro atendimento que faça sentido, eu falo, né? (P1, sessão 2).

Dentre todos os profissionais e áreas que são necessários para um atendimento conjunto de crianças vítimas de violência sexual, a interface com a área jurídica se mostrou muito presente nas falas das participantes. Responder demandas judiciais enquanto pessoas físicas tem sido fonte de angústia no trabalho das profissionais, pois muitas vezes são chamadas para depor em Fórum na presença do agressor ou produzir relatórios que embasam a tomada de decisão judicial, sendo que a posição que ocupam é de cuidado, e não de perícia.

Uma coisa que a gente lida muito aqui também que acho que é o que angustia, não é pra mim em especial, não é, tá, com o paciente, né? Mas a gente lida numa linha muito tênue com a justiça, né? (P1, sessão 2).

É todo um desgaste emocional, né? (P1, sessão 2).

Às vezes, por telefone, a gente recebe ligação. É, poucas, de um modo geral foram 10% ali, de tudo. Mas é ruim, é ruim sim. A gente se sente ameaçada, intimidada. E mesmo que parte só de um relatório, por exemplo, porque esse relatório vai pro juiz, né? Vai pra instância máxima, e muitas vezes ele influencia diretamente na decisão, quando não. Já participamos de audiência também. Estávamos ali presentes e o agressor ali do lado na nossa sala, e alguns momentos foi chamado inclusive pra participar ali da própria audiência. Então, assim, é ruim. Faz parte, a gente sabe, mas é ruim. Fica muito ruim sim, nesse sentido (P2, sessão 2).

Com a experiência, as participantes passaram a receber um apoio maior da instituição em que trabalham, e também a estabelecer os limites do que é possível relatar juridicamente estando na posição profissional que ocupam. Assim, a participante 1 reitera o quão desgastante é essa interação com o âmbito judicial:

Mas isso a gente foi conseguindo com anos, né? Porque a primeira vez, o promotor ligava pra você, a gente morria de medo. Nossa, eu falava: “não vou atender mais

ninguém”, nananã. Mas isso a gente – hoje, hoje eu brinco, né? Mas já foi muito angustiante, já foi muito ruim, né? Hoje não, é... Mas não é confortável você ir no Fórum, cê tá falando na frente do agressor, cê é filmado, cê é tudo. É muito ruim, né? Ainda continua sendo ruim, mas a gente é mais tranquilo pra poder falar, né? Porque a gente sabe aquilo que a gente pode hoje, qual o limite dele e qual não é (P1, sessão 2).

E aí a gente já aprendeu muito, hoje já tem modelo de relatório, é muito tranquilo responder o relatório pro juiz, pra mim não causa mais angústia nenhuma, mas já tem quinze anos, né? Quase quinze anos. Então, assim, hoje eu sei isso, mas foi muito difícil, né? Essa parte eu acho que é muito desgastante do nosso trabalho (P1, sessão 2).

No decorrer das entrevistas, a participante 2 relatou sobre uma determinada função de seu trabalho que é fonte de grande angústia: atuar em casos nos quais há a possibilidade legal de interrupção de gravidez. Sobre isso, é preciso esclarecer que pacientes mulheres que sofreram violência sexual possuem o direito, amparado pela Justiça, de interromper a gestação, desde que a equipe do ambulatório autorize. A participante em tela pontua que a forma como o aborto legal é autorizado a incomoda, pela falta de protocolos mais rígidos.

E também muito da inadequação de profissionais. Eu deparei com um caso que me fez sofrer muito também, me deixou muito angustiada, que foi da interrupção de gestação (P2, sessão 1).

E a pior das situações que essa, infelizmente, eu já fiz muito juízo crítico assim, sabe? Eu já fiz muito questionamento nesse sentido, porque é uma coisa que intimamente acaba me incomodando muito, é a questão do aborto legal, né? (P2, sessão 2).

Infelizmente, qualquer pessoa chega, fala: “Fui abusada”, e vai lá e faz um aborto, né? Então isso me incomoda muito. Também faz parte do meu trabalho, aí tenho que trabalhar muito internamente pra não me deixar levar pela situação” (P2, sessão 2).

A religião da participante, bem como seus princípios, entra em choque com a realidade a que ela é exposta todos os dias. Em decorrência disso, a participante relata sobre as dificuldades de não exercer juízo de valor sobre os pacientes, e demonstra a importância de suportes emocionais para conseguir manejar essa questão.

Eu sou espírita e eu tinha muita dificuldade, né, com aborto legal nessas condições, nessas condições. Mas com o tempo, né? Com alguns atendimentos, com algumas supervisões de caso, com alguns suportes emocionais, né, psicológico, eu comecei a entender melhor, comecei a lidar melhor com isso e conseguir, é... deixar as minhas crenças, o que eu acredito, né, o que eu preveleço, e consegui trabalhar friamente como um profissional ali nesse sentido da interrupção (P2, sessão 3).

Essa é a pior parte em termos de sentimento, né? Em termos de não julgar, né, de não, de não desqualificar a agressão e separar da agressão, do aborto, é difícil. Eu muitas vezes não consigo, mas faz parte também do entendimento aí do meu trabalho, mas é complicado, às vezes eu achei sim, esse meu pensamento contrário aí a não fazer um juízo de valores, enfim, uma crítica (P2, sessão 2).

3.2. Traumatização vicária

Esta categoria foi estabelecida de forma prévia, com base no conceito de traumatização vicária, apresentado no capítulo anterior. Buscou-se explorar aspectos da vida pessoal das profissionais que possam ter sido modificados em decorrência do contato prolongado com casos difíceis e complexos, considerando principalmente o envolvimento empático com os pacientes.

Percebemos que a atuação no âmbito da violência impacta diretamente as relações interpessoais das participantes. Após anos de contato com inúmeras vítimas, após presenciarem casos complexos e sensíveis, a visão sobre a violência se modifica e se torna muito mais ampla. A violência sempre esteve próxima; a diferença é que, com a experiência de tais atendimentos, o olhar delas modificou-se significativamente, a ponto de observarem violência em diferentes contextos, como dentro de sua família ou círculo social.

Agora, com relação... Às vezes a gente enxerga, né, que eu não sei se eu não taria aqui, com familiares e tudo, algumas relações que a gente vê que são mais abusivas, de casal, mas, assim, isso a gente enxerga, mas ali eu fui aprendendo com os anos que ali eu não sou terapeuta de ninguém, eu sou família, né? Então a gente vai aprendendo muito isso, né? (P1, sessão 3).

Com relação à relação, a gente fica um pouco persecutório, eu acho até, não sei, mas a gente começa a ver violência em tudo, a gente tem que tomar cuidado porque senão você tá dentro ali da casa do vizinho, já tá querendo fazer a denúncia, é... Eu tive algumas dificuldades, né? No contexto familiar geral, assim, não família núcleo, mas assim, problema com algum primo e as pessoas vinham falar, e às vezes você coloca tua opinião, você faz algum tipo de orientação, ou a pessoa fala: “Não, nossa, obrigada, tudo de bom”, ou “Não, cê tá louca”. Então sempre aquele extremo, né?” (P2, sessão 3).

Lidar com a violência é difícil, já teve momentos de eu falar: “Não, não me coloca no meio disso não”. Sabe, assim, tipo, santo de casa não faz milagre? Então, às vezes fico longe do problema, mas já tive algumas dificuldades nesse sentido, né? Meio que você fala e a pessoa não querer te ouvir, né? Você vê que tem alguma situação ali, né, que te faz avaliar melhor, te faz pensar que pode, mas a pessoa não querer enxergar, bem o que eu vivo lá fora, no trabalho, já aconteceu dentro da minha família extensa, né? De ter uma suspeita de violência, de você tentar ajudar, interferir e criar uma inimizade, então é difícil, sim, nesse sentido mesmo, né? Então às vezes eu fico, prefiro me abster, do que colocar o que eu tô pensando ou o que eu tô sentindo ali, suspeitando daquela situação” (P2, sessão 3).

Como apontado pelas falas das participantes, essa nova forma de enxergar a violência no cotidiano e na própria vivência tornaram complexas a interação com familiares, uma vez que as profissionais se encontram em uma região incerta entre o papel enquanto terapeuta e assistente social, e o papel enquanto tia, prima ou vizinha: uma confusão de papéis que as

participantes foram aprendendo a conviver e a manejar da melhor forma possível. Enxergar perigo nas situações cotidianas é muito intensificado quando as participantes relatam sobre a relação com os filhos, estando muito mais atentas, com medo e hipervigilantes. As atividades escolares dos filhos e os contatos físicos tornam-se objetos de extrema atenção e cuidado. Essa preocupação faz em muitos momentos as participantes se questionarem se estão exagerando ou se estão “loucas” por imaginarem que determinadas situações ou ambientes oferecem risco. Pela fala das participantes, é possível observar que, após a maternidade, o impacto do trabalho com crianças e adolescentes vítimas de violência se torna muito maior.

Então era assim, eu já tinha orientado meu filho, né? Com o corpo, com as violências, as formas, enfim. E aí, dentro do serviço, ainda como voluntária, menina, eu comecei a ter que desconstruir e reconstruir a situação. E aí fui indo mais a fundo no nível de orientação, eu fui ficando até meia persecutória, vamos dizer assim. Porque o [nome do filho] fazia as atividades, então eu tinha medo do professor de natação, eu tinha medo do professor de Inglês, tudo que eu via, Isa, eu tinha que tomar muito cuidado pra não transferir, sabe? Para não projetar, e eu conversava muito aberto com meu filho” (P2, sessão 2).

Mas eu vejo as meninas, né? As meninas lá têm filhos, mais jovens, né? Uma média de cinco anos, dez anos, oitos anos, e elas ficam muito... Elas sofrem bastante também, sabe? E depois que você é mãe, cê tem um outro olhar mesmo, né? Como eu te falei: é quem vive dentro da violência, quem está diretamente dentro da violência tem o entendimento. Quando você é mãe, você passa também a ter outro entendimento da situação, enfim, do desenvolvimento do seu filho, de como você tem que estar presente ali na vida dele, mas a gente vai lidando, a gente vai aprendendo (P2, sessão 2).

(...) acho que a única coisa que eu acho que é mais difícil na verdade é depois que a gente tem filho, né? Que eu acho que, assim, a gente fica na preocupação, o olhar muda, né? Tem hora que eu falo: “acho que eu sou louca”, exagerada até demais, mas a gente fica, lógico, atenta, uma atenção diferente, né? Conversa mais...” (P1, sessão 3).

Então acho que essas coisas acabaram, minha vivência, influenciando, né, nisso, e a gente fica com o olhar acho que mais atento, né Isabella? Às vezes nem tem isso, mas pegou de um jeito diferente, cê já vai lá, tira seu filho daquela situação, não seu filho, né? Seu sobrinho, seu primo e não sei o que, cê fica com o olhar que é diferente, acho que é até automático, sabe? Não sei nem te falar se isso me incomoda, porque é automático. Na hora que a gente vê, a gente tá com esse olhar, né? (P1, sessão 3).

Consequência direta da atuação com vítimas de violência foi a forma de educar e criar os filhos, desenvolvendo e incentivando fortemente o diálogo, oferecendo educação sexual e maior orientação.

(...) acho que se eu não tivesse tido essa experiência de poder tá trabalhando com isso, né? Não ia, acho, que tá ensinando desde cedo que o corpinho dele é dele, que ninguém pode pôr a mão, né? Que se acontecer alguma coisa a gente tá perto pra ajudar, pra orientar (P1, sessão 3).

Então desde muito pequeno eu sempre conversei muito com ele. Eu nem tava em violência. Mas eu sempre, assim, por estar nessas famílias já vulneráveis, né, trabalhando já com esse público, digamos [classes] C e D. É, eu já falava muito com ele, conversava muito com ele, desde muito pequeno. E já orientava já, questão do corpo, etc. (P2, sessão 3).

3.3. Autocuidado

Após finalizadas as entrevistas, alguns aspectos foram notados nas falas das participantes: questões relativas ao trabalho multidisciplinar, à presença de espaços para discussão de casos e como foram se apropriando de tais espaços para trabalhar conflitos pessoais, encontrando cuidado e suporte. Além disso, a visão com relação à própria atuação e os impactos positivos que ela pode causar nos pacientes, a presença de práticas integrativas de saúde e estratégias de criação de um diário são também elementos que foram relatados pelas participantes e que estão diretamente associados ao objeto desta pesquisa, sendo indispensável a compreensão de como elas encontram suporte para lidar com todos os sentimentos e emoções provocados pela experiência profissional. Dessa forma, considerando os pontos apresentados, propusemos a criação de uma categoria a posteriori denominada autocuidado.

No decorrer das entrevistas, a relação com a equipe nos chamou atenção, pois a proposta do serviço é oferecer um acolhimento multidisciplinar, com profissionais de diferentes formações, como pediatra, psicólogo, sexólogo, assistente social e psiquiatra, mostrando que atuar frente à violência contra a criança e adolescente é uma ação que não ocorrer apenas no âmbito psicológico, mas também considerando a saúde e integridade físicas, bem como o contexto social e familiar em que o paciente está inserido. A importância da integração da equipe e um acolhimento em conjunto é expressa nas seguintes falas:

Aqui a gente é um serviço que a gente trabalha muito junto, principalmente o acolhimento, junto com o serviço social, né? É raro a gente fazer um acolhimento sozinho (P1, sessão 1).

(...) eu falo que o paciente daqui é tudo nosso, porque a gente conhece a história de todos, né? Porque a gente troca muita experiência, né? O serviço social, não só com a psicologia, que nós somos em três, mas com a assistente social também, com a pediatra que é muito legal, né? (P1, sessão 2).

Porque a gente está numa equipe aqui... A assistente social, por exemplo, eu tô junto há onze anos, a outra psicóloga foi minha supervisora de estágio, bem mais, a outra também já está há quase oito anos. Então a gente costuma sempre... É uma equipe bem entrosada, sempre a gente costuma falar assim, né? (P1, sessão 1).

Quando ela já chegou numa condição crônica, ela vem conosco, pra depois a gente direcionar para o médico. Se é um médico que faz o plantão ali, como eu disse, pediatria, sexologia, infectologia, eles fazem plantões conosco ali na clínica (P2, sessão 1).

Mas basicamente é isso, a gente faz esse acolhimento em conjunto e aí já direciona e traça esse plano terapêutico (P2, sessão 1).

Também foi possível observar no decorrer dos encontros que o trabalho em equipe assume um papel para além do tratamento da criança e adolescente, operando também como suporte indispensável na e para a atuação, uma vez que, segundo as participantes, não é oferecido apoio psicológico direcionado aos profissionais que estão diariamente lidando com questões delicadas e com uma população vulnerável. Dessa forma, os encontros de discussão de casos e até mesmo os intervalos entre os atendimentos se tornam espaços para trabalhar estratégias tanto de tratamento ao paciente, como de pertencimento e apoio.

Mas a gente tem equipe todo dia, né? Então a gente sai do atendimento, corre pro cafézinho. Então o cafézinho eu falo que é um momento que a gente troca, que a gente fala, que a gente pensa junto, né? Tem um atendimento que é mais difícil, por isso que acho que o entrosamento pra trabalhar a violência é fundamental. E isso eu tenho aqui, né? (P1, sessão 2).

Então, assim, cada um foi tendo seu recurso pessoal, né? E depois a gente muito quanto equipe, esse apoio enquanto equipe de discussão, de não sei o quê. Isso a gente tem muito, os nossos cafezinhos, os dez minutos, são maravilhosos assim (risos). A gente precisa, sabe? (P1, sessão 2).

A gente não tem mais suporte psicológico. Não tenho, não faço terapia atualmente, né? Já fiz, já trabalhei muito essas questões, né? Aprender a separar. É, a gente tem uma equipe aqui que a gente se dá muito bem, né? E a gente divide muito essas emoções, né? Então acho que isso no momento é um grande apoio” (P1, sessão 2).

Todas as sextas-feiras a gente tem as discussões de caso, né? Porque a gente não trabalha violência sozinha, e a gente tem esses atendimentos, essas discussões, todos os casos são discutidos. Então a gente tem as discussões enquanto equipe. de casos nossos, casos novos, casos que precisam de algumas intervenções e de discussões da rede (P2, sessão 1).

Porque é o que te falei, é, a gente discute todos os casos às sextas-feiras. Às vezes a gente abre exceções durante a semana, numa brecha ali. “Ah, faltou paciente, tem um horário vago”. Às vezes na cozinha, na hora do café, que a gente leva ali pra fazer um lanchinho. A gente tá sempre um conversando e ajudando (P2, sessão 2).

Lá no próprio serviço a gente tem, quinzenalmente, as discussões de caso, que é... A equipe toda participa e tem uma psiquiatra [nome da profissional] que ela está conosco desde a época do [nome antigo do projeto de atendimento a vítimas de violência]. Ela está há mais de vinte anos conosco. E todas as sextas-feiras quinzenais que tem essas discussões de rede, hora que termina, a gente tem estabelecido das oito da manhã até às dez e meia, os casos. Quando termina, às vezes passa um pouquinho, mas normalmente das onze a uma ela fica ali pra nós, pela equipe. Então a gente pode tanto discutir casos nossos, que nós estamos assim, com difícil manejo ou alguma dificuldade ali. Ou propriamente as nossas emoções ali, os nossos sentimentos (P2, sessão 2).

Assim, escutando as participantes, podemos perceber a necessidade de se trabalhar no tratamento e acolhimento das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em conjunto e de forma multidisciplinar, o que também é fundamental para o bem-estar e a segurança da própria equipe e dos funcionários. De fato, de acordo com as participantes, não se trabalha com a violência sozinho, mostrando os diversos fatores que estão relacionadas ao contexto de violência e à necessidade de encontrar apoio e cuidado em alguém com quem se possa compartilhar profissionalmente as vivências.

Além dessa relação com a equipe, cada profissional encontra estratégias individuais para lidar com os sentimentos e emoções que são desencadeados pela experiência profissional, como encontrar uma forma positiva de enxergar seu paciente e sua atuação, acreditando que aquele paciente não é resumido ao episódio de violência que viveu, e que os vínculos proporcionados pelo acolhimento são capazes de gerar benefícios.

Assim, eu digo que pra gente conseguir trabalhar a violência, o que eu aprendi nesses anos, é a gente poder olhar pro lado saudável da criança, se a gente olha só pro lado da vitimização, com penalidade, a gente não ajuda, né? Então o que eu sempre olho quando a criança está comigo, para ficar mais leve até para mim, é esse lado saudável, né? O que eu vou poder ajudar a criança que teve um impacto no desenvolvimento, mas quais os recursos e as condições que ela tem para que possa ajudar? Acho que isso diminui um pouco o impacto da violência em mim, né, eu ver que essa criança tem outra coisa a não ser a violência, não só olhar para ela como uma criança que sofreu violência como a gente vê que é muito as pessoas terem esse olhar, né? Então acho que isso me ajuda muito nesse contato (P1, sessão 1).

Então, assim, nossa sementinha foi com eles, né, que a gente conseguiu fazer uma diferença na vida deles. Então acho que isso também dá forças pra gente continuar, né? Porque muitas vezes a gente vê que o modelo que eles têm, o vínculo que eles vão aprender, o vínculo saudável vai ser aqui com a gente, né? A gente vê muito que eles aprendem um vínculo sexualizado como afeto, né? Em muitos casos, e aqui a gente consegue ajudar eles a transformar essa relação, né? Que dá pra ter um vínculo afetivo sem ter a sexualização no meio. Então isso é... é... gostoso assim, né? Eu acho que é isso que incentiva a gente, me incentiva (P1, sessão 1).

E a gente saber que, assim, que a gente consegue ajudar, né? Acho que a questão da ajuda, do acolhimento, que a gente consegue, é, ajudar a transformar vínculos, né? Eu acho que é uma das coisas que me faz, que é gratificante, que me faz tá inserida aqui no contexto do trabalho (P1, sessão 3).

Mas a gente tem casos assim de êxito, sabe? Casos assim que a gente olha e fala: “Nossa, a gente conseguiu”, né? Organizamos a família, a criança tá bem, conseguiu superar, já tá em outro momento, em outro desenvolvimento, tá estudando, tá namorando. Tudo aquilo que tinha, não tem mais, mas o índice de resolutividade é bem menor do que o da dificuldade” (P2, sessão 1).

Além disso, uma das participantes mencionou o cuidado de si a partir de algumas práticas integrativas, como florais, reiki, aromaterapia e cromoterapia. São estratégias que

possuem significados e que fazem sentido para a participante. Outra estratégia mencionada é a prática de escrever e relatar, de uma forma mais pessoal, os casos atendidos naquele dia, como um diário. Essa prática nos chamou atenção, visto que a construção de um diário é comumente usada como uma estratégia terapêutica. Dessa forma, é possível entender que as estratégias para enfrentamento são diferentes para cada participante por considerar questões subjetivas, mas que todas elas podem ser entendidas como formas de autocuidado.

Então, eu faço alguns tratamentos – tratamentos não, acompanhamentos –, eu faço florais, eu faço *reiki*, eu faço aromaterapia, eu faço cromoterapia. Eu vou fazendo esses programas, né, integrativos aí, de continuidade à saúde, eu vou buscando aí esse recurso, esse suporte em si, que eu acho extremamente importante, se não a gente não dá conta (P2, sessão 3).

Lógico, no começo eu trazia pra minha casa e às vezes até eu escrevia, como eu te falei, hoje eu escrevo traçando algumas estratégias, mas já teve momentos, bem no início, que eu escrevia o caso em si. Sabe, como se eu tivesse fazendo um diário? “Hoje eu atendi aquela paciente, que tristeza, abuso”. Eu fazia tipo uma sinopse assim (P2, sessão 3).

4. Discussão

Neste capítulo de Discussão, abordaremos como os resultados obtidos do presente estudo podem ser interpretados considerando o referencial teórico proposto e a metodologia de análise de dados escolhida, ou seja, apresentaremos como os códigos obtidos por meio das falas das participantes estão relacionados às categorias de análise de contratransferência e Traumatização vicária. Além disso, neste momento, os dados são apresentados como convergentes ou divergentes daqueles encontrados pela literatura brasileira e internacional. Assim, é possível compreender às contribuições do estudo.

4.1. Discussão sobre a contratransferência

Para compreender os resultados do tema da contratransferência apresentados no capítulo anterior, partiremos da definição totalista de contratransferência, segundo a qual é considerada normal e colaborativa para o tratamento, diferentemente da definição inicial proposta por Freud em sua obra *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*. (Freud,1919). Compreende-se, neste caso, a contratransferência como todas as reações e emoções do terapeuta em relação a seu paciente (Eizirik & Lewkowicz, 2015). No decorrer das entrevistas, as participantes relataram um ambiente além do seu espaço de trabalho, um espaço no qual não é possível atravessar de forma insensível e neutra, e que, mesmo após anos de contato e experiência com casos de crianças violentadas, ainda se impactam e se mobilizam, mostrando que a empatia guia o caminho para o tratamento. Essa habilidade aparece como um aspecto da contratransferência essencial para o manejo clínico de pacientes com histórico de trauma segundo Ferenczi, conhecida como “sentir com” (*Einfühlung*) (Zambelli, Tafuri, Viana & Lazzarini, 2013). Trata-se de uma forma de empatia, de uma sensibilidade por parte do terapeuta que torna possível a compreensão, de maneira profunda, dos sentimentos de seu paciente, que nem sempre são expressos em palavras, possibilitando que o profissional se adapte ao seu paciente.

Em meio a inúmeros sentimentos e emoções que aparecem na prática profissional do dia a dia, as participantes relataram principalmente raiva, frustração, angústia e dor. Tais sentimentos não se destoam daqueles encontrados por Cocco, Silva e Jahn (2010), em um estudo no qual é afirmado que os profissionais que trabalham diretamente com crianças vítimas de violência sentem revolta, indignação, medo, impotência e frustração. Nesse contexto, poucos estudos se debruçam sobre os sentimentos positivos que podem ser produzidos pela atuação profissional com essas vítimas: como apresentado no capítulo anterior, as participantes

descreveram a gratificação em sentir que é possível fazer a diferença e modificar a forma com que o paciente compreende os vínculos e o afeto.

Ao observarmos o contexto em que o sentimento de raiva é descrito pelas participantes, constatamos que esse sentimento não é direcionado às crianças. No entanto, de acordo com o estudo de Woiski e Rocha (2010), esses sentimentos são direcionados principalmente ao agressor da criança, e a revolta surge quando não ocorre cooperação de familiares com o tratamento da vítima, muitas vezes acobertando o agressor – fato que também foi encontrado no presente estudo, sendo que a raiva também pode ser entendida principalmente pela ausência do cuidado e proteção a essa criança ou adolescente.

Dessa forma, é possível pensar em uma contratransferência que está também direcionada aos pais das crianças, que, como mencionado pelas participantes, estão inseridos no contexto de tratamento. A raiva também é apresentada em Dalenberg (2000), sendo uma expressão comum em pacientes vitimados, e uma importante contrarreação nos terapeutas. De fato, ódio, raiva e hostilidade, são os principais sentimentos contratransferências relatados pela literatura. Segundo Dalenberg (2000), possíveis fontes dessa reação contratransferencial de raiva estão relacionadas à fadiga de compaixão, confusão sobre o papel do cliente e a frustração com o ritmo da terapia. Não foi possível verificar essas fontes no presente estudo, mas é importante considerar que não foi possível explorar as questões internas das participantes, bem como o papel social de mãe que ocupam.

Ainda sobre todos esses sentimentos, é importante relatarmos os padrões de revelação da contratransferência. A revelação de como está se sentindo ou o que está pensando não é feita livremente pelas participantes. Elas analisam a situação e determinam o momento exato em que podem revelar seus sentimentos ao paciente, questionando-se se isso será benéfico ou não para o tratamento. Nesse contexto, temos outro aspecto clínico apontado por Ferenczi, indispensável para o manejo do tratamento: o *tato*, isto é, a capacidade de discernir sobre o que relatar ou não ao seu paciente, proveniente do conhecimento técnico e das experiências clínicas, possibilitando a melhor forma de manejar a transferência e contratransferência no contexto analítico (Zambelli, Tafuri, Viana & Lazzarini, 2013). Dessa forma, como apontado por Dalenberg (2000), a revelação de respostas contratransferenciais é necessária para estabelecer a autenticidade dos sentimentos mais positivos do terapeuta, e para a continuidade do tratamento.

Além disso, outro resultado em consonância ao descrito por Dalenberg (2000) se trata do forte interesse das crianças e adolescentes sobre determinados aspectos da vida pessoal dos profissionais que as atendem. Como apresentado pela autora, revelar tais questões pode ser mais arriscado para o atendimento do que a revelação da própria resposta contratransferencial. Assim, as participantes discutem e refletem junto aos pacientes sobre a importância das informações que estão buscando, e como a resposta pode ou não alterar o vínculo e o acompanhamento.

O trabalho e a interface com o sistema judiciário aparecem nos resultados como fontes importantes de angústia e algo desgastante intrínseco à atividade das profissionais. Não encontramos na literatura estudos que explorem a relação entre as redes de cuidado e a justiça, temática que pode ser mais investigada em estudos futuros. Além disso, fica claro a necessidade de um suporte e auxílio jurídico aos trabalhadores que são constantemente demandados pelo poder judiciário, a fim de minimizar as reações negativas advindas nessa interface.

Por fim, o impacto relacionado à interrupção de gravidez (aborto), conforme exposto por uma das participantes, traz à tona questões referentes aos limites e à compreensão da necessidade de se desprender de crenças individuais para exercer um cuidado a pacientes que são fragilizados e também cercados de temáticas ainda pouco discutidas na sociedade. Separar questões que são pessoais e internas daquelas que estão relacionadas apenas ao paciente é uma necessidade que foi muito pontuada pelas participantes, revelando conhecimento e habilidade para manejar elementos contratransferências que, conforme entendido por Ferenezi (1919/2011), consiste em o terapeuta não estar envolvido demasiadamente com as questões de seu paciente, mas também não ocupar um lugar insensível e distante.

4.2. Discussão sobre a traumatização vicária

Uma das perguntas as quais o presente trabalho buscou explorar se refere à forma com que os profissionais que acolhem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual são afetados em diferentes âmbitos da vida, considerando que esses casos estão diretamente associados ao conceito de trauma e apresentam aspectos que impactam emocionalmente os sujeitos. Assim, os achados caminham de acordo com a literatura, especialmente com pesquisas cujo objeto é o conceito de traumatização vicária e que focam no bem-estar do terapeuta – estudos esses que fazem parte de uma área recente de pesquisa (Pearlman, Caringi & Trautman, 2020)

No decorrer dos encontros e em diferentes momentos, as duas participantes trouxeram conteúdos relacionados a aspectos de sua vida pessoal que foram e têm sido impactados e modificados com o passar do tempo devido a sua atuação. O principal aspecto relatado foi o do papel de mãe. As percepções sobre violência e perigo são modificadas e ampliadas com a atuação, principalmente a partir do momento em que começam a ter, dentro de sua própria casa, alguém tão parecido com quem trabalham todos os dias – uma criança que necessita de cuidado e proteção, e que ainda é tão dependente e vulnerável. Em outros termos, foi especialmente a partir da relação mãe-filho que algumas mudanças sobre suas visões de mundo passaram a acontecer. Tal fato está diretamente associado à pesquisa de Pearlman e Saakvitne (1995), segundo a qual a traumatização vicária é um processo permanente no qual a vivência interior do terapeuta é modificada negativamente pelo envolvimento empático com seus pacientes.

De acordo com os relatos das participantes, elas começaram a enxergar situações de perigo para seus filhos com maior frequência, sendo permeadas pelo medo de que eles poderiam ser violentados em qualquer contexto em que estivessem expostos – algo característico do quadro de traumatização vicária, onde ocorre a perda da ideia de segurança (Oliveira, 2006). Além disso, como retratado por uma das participantes que se sentia “persecutória”, o desespero também é comum, fato que está em consonância a Pearlman, Caringi e Trautman (2020), os quais afirmam que a hipervigilância, paranoia e desconfiança em relação ao outro se fazem presentes.

Ademais, alguns fatores apontados na literatura e que são reiterados pelas participantes podem favorecer o desenvolvimento da traumatização vicária, como o elevado número de contato com histórias complexas, a falta de suporte emocional que não é ofertada pela instituição e, finalmente, o envolvimento com processos burocráticos que acabam desgastando e sobrecarregando as profissionais (Oliveira, 2006; Pearlman, Caringi e Trautman, 2020).

4.3. Discussão sobre o autocuidado

Ao analisarmos os relatos das participantes, fica evidente a importância da atuação do atendimento multiprofissional e do trabalho em equipe para que seja possível realizar um cuidado integral de saúde que abranja as diversas facetas da violência. Esse fato é encontrado também nos achados de Habigzang, Azevedo & Koller, (2006), ao mapearem fatores de risco e proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Os autores chegaram a enfatizar a necessidade de um trabalho interdisciplinar, no qual a atuação legal esteja ciente dos aspectos psicológicos, e os profissionais de saúde compreendam as

questões legais referentes à violência. Essa visão é compartilhada por Garcia, Macieira e Oliveira (2017), que defendem o atendimento em uma equipe não só multiprofissional, mas interdisciplinar, integrando conhecimento de diversas áreas, enxergando o indivíduo em sua totalidade e, portanto, não de maneira fragmentada.

Não foi encontrado na literatura estudos que compreendam de forma detalhada como os profissionais encontram suporte emocional para trabalhar com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. No presente estudo, foi possível observar a criação de práticas individuais e singulares que fossem capazes de auxiliar no enfrentamento em relação ao sofrimento para além do apoio que era possível obter pela própria equipe, que se disponibiliza a escutar e a trocar experiências. Tais dados convergem com os achados de Leal e Lopes (2005) e Cocco, Silva e Jahn (2010), os quais afirmam que os trabalhadores lidam com os seus conflitos de forma individual e coletiva, encontrando estratégias de suporte psicológico no próprio grupo, uma vez que os atendimentos psicológicos especializados não são oferecidos pelas instituições.

5. Considerações finais

Este trabalho pretendeu compreender a experiência de profissionais que atuam diretamente no acolhimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, para que fosse possível desenvolver futuramente projetos de apoio e capacitação, visando uma intervenção profissional mais segura e menos revitimizadora. A metodologia qualitativa empregada dirigiu-se no sentido de realizar entrevistas semi-estruturadas, e os dados foram analisados com base na análise de conteúdo de Bardin, juntamente aos aportes teóricos da Psicanálise.

Para se atingir o objetivo de compreender as experiências desses profissionais, foram estabelecidos dois objetivos específicos. O primeiro, relacionado a como os profissionais são afetados nos diferentes âmbitos da vida. A análise permitiu observar que as participantes foram fortemente impactadas no âmbito das relações familiares, principalmente se tratando da postura de criação e cuidado aos filhos. O segundo objetivo era analisar reações emocionais emergentes dos atendimentos. Verificou-se que diversos sentimentos e emoções permeiam a atuação das profissionais, como raiva, frustração, angústia e dor.

Foi interessante observar como a atuação frente à violência pede um atendimento interdisciplinar e como atuar em conjunto – discutir os casos enquanto equipe são ferramentas indispensáveis que trazem benefícios não somente aos pacientes, mas a todos os profissionais da equipe. Os casos que as participantes relataram são muito delicados, e estar em contato com eles cotidianamente causa um sofrimento significativo; entretanto, seria ainda mais doloroso não ter com quem compartilhá-los e acreditar que não há ninguém com quem possa trilhar esse caminho junto. Assim, a sintonia que a equipe das participantes trabalha parece ser o principal ponto de apoio que elas possuem. A ausência de um atendimento psicológico específico, obrigatório, destinado a essas profissionais, faz refletir o quanto realmente são escassas políticas voltadas ao combate da violência sexual e ao cuidado dessas profissionais.

Além do espaço ocupado pela própria equipe, as outras formas de desenvolver práticas de autocuidado relatadas pelas participantes são muito interessantes. Recordo-me que quando uma das participantes mencionou que buscava enxergar o lado saudável da criança, sua resiliência, me senti bastante emocionada e compreendi também a necessidade da psicologia nesses espaços.

Apesar de o serviço não oferecer formalmente um acompanhamento psicológico direto, constante e especializado para a vivência dessas profissionais, foi importante observar como cada uma delas busca recursos e forças para estar diariamente lidando com tanta dor. E como, em meio a tudo isso, ainda sobra empatia e cuidado para oferecer escuta e apoio umas às outras.

Sendo assim, por meio deste estudo, foi possível conhecer o cotidiano de duas áreas que são essencialmente importantes no acolhimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, bem como os sentimentos, dificuldades e situações que são conjuntas a essa atuação. O trabalho com vítimas de trauma é permeado por questões delicadas e complexas que alteram a forma com que as profissionais enxergam a vida, as relações e a violência. Os resultados apresentados neste estudo reiteram a importância de apoio psicológico para essas profissionais e a necessidade de um trabalho interdisciplinar para garantir um acolhimento que seja pautado no vínculo seguro tanto para os pacientes como para os profissionais.

O instrumento de coleta de dados permitiu acessar o material primordial de análise: a fala das participantes. Por meio da entrevista semi-estruturada, foi possível direcionar a conversa para obter os dados desejados, mas não limitou a participante de expressar outros assuntos de seu interesse. A pesquisa qualitativa foi aplicada apenas a duas profissionais, uma da área da assistência social, outra da psicologia. Nesse contexto, os resultados não podem ser generalizados, apesar de estarem de acordo com os achados da literatura até o momento atual. Outro ponto relativo às entrevistas: elas possibilitaram um vínculo importante entre a pesquisadora e as participantes, fato que pode ter favorecido a revelação de algumas informações importantes ao estudo.

Pesquisas futuras podem se aprofundar na experiência de profissionais de diferentes áreas, como a do Direito, da medicina, e das forças policiais, compreendendo as diferenças e semelhanças entre as áreas quando se analisa questões contratransferenciais e a própria Traumatização vicária, bem como podem se dedicar ao desenvolvimento de projetos de apoio a esses profissionais.

Por fim, atuar frente a demandas sociais como a violência sexual, e juntamente a pacientes traumatizados, necessita coragem e resistência. Coragem para ir ao encontro de histórias que pesam, dores que são difíceis e, alguns até diriam, impossíveis de carregar. Quando se oferece suporte, acolhimento e escuta, divide-se um pouco da fala e um pouco da vida, conhece-se o paciente. No meio disso tudo, ter empatia é saber que ao ouvir o outro é possível encontrar um pouco de si, e que quando se divide as dores, fica mais fácil caminhar. O peso da história de um paciente talvez nunca diminua, mas quanta diferença faz existir alguém que estenda a mão, pela primeira vez, olhe com carinho e afeto para quem se sentiu só, por tanto tempo!

Referências

- Associação Psiquiátrica Americana. (2013). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5^a ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Boni, V. & Quaresma, S.V. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista eletrônica dos Pós-graduados em Sociologia Política*, 2(1), 68-80. <https://doi.org/10.5007/%25x>
- Cocco, M., Silva, E. B. da, & Jahn, A. do C. (2010). Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 12(3), 491–7. <https://doi.org/10.5216/ree.v12i3.7939>
- Creswell, J. W. (2014). *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. (Sandra Mallmann da Rosa, Trad.). Porto Alegre: Penso. (Obra original publicada em 1945).
- Dalenberg, C. (2000). *Countertransference and the Treatment of Trauma*. United States: American Psychological Association *Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York: The Guilford Press.
- Eizirik, C. L., & Lewkowicz, S. (2015). Contratransferência. In C. L. Eizirik, R. W. de Aguiar, & S. S. Schestatsky (Orgs.), *Psicoterapia de Orientação Analítica: Fundamentos teóricos e clínicos* (pp.310-323). São Paulo: Artmed.
- Eizirik, M., Polanczyk, G., Schestatsky, S., Jaeger, M. A., & Ceitlin, L. (2007). Contratransferência no atendimento inicial de vítimas de violência sexual e urbana: uma pesquisa qualitativa/quantitativa. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(2), 197- 204. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000200011>
- Elliott, D., & Guy, J. (1993). Mental health professionals' versus nonmental health professionals' childhood trauma and adult functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 83-90.

Ferenczi, S. (2011) A Técnica Psicanalítica. In S. Ferenczi, *Obras Completas Psicanálise II* (2ª ed., Cap. 82, pp.416- 419). São Paulo: WMF Martins Fontes. (obra original publicada em 1919).

Freud, S. (2017). Caminhos da terapia psicanalítica. In S. Freud, *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Porto Alegre: Autêntica. (Originalmente publicado em 1919).

Garcia, P. A.; Macieira, A. P. & Oliveira, D. E. (2017). O trabalho da equipe multiprofissional com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidas na unidade hospitalar. *Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP/Marília* (20). ISSN 1983-2192

Gondar, J. (2017). O desmentido e a zona cinzenta. In E. S. Reis & J. Gondar, *Com Ferenczi: clínica, subjetivação, política* (pp. 89-100). Rio de Janeiro: 7 Letras.

Habigzang, L. F., Azevedo, G. A., Koller, S. H., & Machado, P. X. (2006). Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 379-386. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722006000300006>

Hirschheimer, M. R., Waksman, R. D., & Pfeiffer, L. (2018). Roteiro de atendimento, notificação e acompanhamento. In Conselho Federal de Medicina, *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência* (pp. 301-327). Brasília.

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2001). *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Leal, S. M. & Lopes, M. J.(2005). A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: "o olhar" da enfermagem. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 10, n. 2 [Acessado 10 Julho 2022] , pp. 419-431. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000200020>>. Epub 11 Jun 2007. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000200020>.

McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149.

Oliveira, J. A. (2006). Os efeitos de episódios aversivos sobre a pessoa do terapeuta: Uma exploração da relação terapêutica. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Goiás.Goiânia, Brasil.

Pearlman L, Saakvitne K. (1995). The therapeutic relationship as the context for countertransference and vicarious traumatization. In: Pearlman L, Saakvitne K. *Trauma and the therapist*. New York: WW Norton.

Pearlman, L. A., Caringi, J., & Trautman, A. R. (2020). *New Perspectives Vicarious Traumatization and Complex Trauma*. In J. D. Ford. & C. A. Courtois, *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Adults: Scientific Foundations and Therapeutic Models*. United States: Guilford Publi

Pearlman, L., Saakvitne, K. (1995). The therapeutic relationship as the context for countertransference and vicarious traumatization. In: Pearlman L, Saakvitne K. *Trauma and the therapist*. New York: WW Norton.

Peled-Avram, M. (2017). The Role of Relational-Oriented Supervision and Personal and Work-Related Factors in the Development of Vicarious Traumatization. *Clinical Social Work Journal*, 45(1), 22–32. <https://doi.org/10.1007/s10615-015-0573-y>

Sanches, G. P. (1994). Sigmund Freud e Sándor Ferenczi. In, S. A. Figueira (Org.), *Contratransferência: de Freud aos contemporâneos* (Cap. 1, pp. 33-59). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Woiski, R. O. S. & Rocha, D. L.B. (2010). Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. *Escola Anna Nery [online]*. 14(1) [Acessado 30 Julho 2022] , pp. 143-150. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100021>>. Epub 17 Jun 2010. ISSN 2177-9465.

World Health Organization. (1996). *Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority*. Geneva: WHO.

Zambelli, C. K., Tafuri, M. I., Viana, T. , & Lazzarini, E. R. (2013). Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. *Psicologia Clínica*, 25(1), 179-19

Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 510/2016 do CNS) para participação em pesquisa

Eu, Isabella de Paula Ferreira, estudante de graduação em Psicologia na Universidade Federal de São Carlos, convido-o(a) a participar da pesquisa de monografia intitulada “Análise acerca das experiências de profissionais no acolhimento inicial a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual: uma contribuição da psicanálise”, realizada sob orientação do Prof. Dr. Leonardo Cardoso Portela Câmara.

Você está sendo convidado (a) para participar do estudo por ser um (a) profissional de uma destas áreas de atuação: a) da saúde: psicólogos e/ou médicos; b) da assistência social; O objetivo da pesquisa é compreender as experiências dos profissionais da área da saúde e assistência social que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Para isso, serão realizadas, com você, três entrevistas conduzidas pela própria pesquisadora, com duração aproximada de 50 minutos.

As entrevistas serão estruturadas em três sessões. A primeira e segunda buscarão explorar os sentimentos e as emoções emergentes durante os atendimentos a vítimas de violência sexual. A terceira consistirá em conhecer aspectos relacionados à vida pessoal.

A sua participação será totalmente voluntária, sem a apresentação de retornos diretos a você. Tampouco ocorrerá qualquer tipo de remuneração pelo envolvimento no estudo. Além disso, em qualquer momento você poderá decidir não responder a qualquer pergunta, sem a necessidade de explicação ou justificativa. Também é seu direito, caso deseje, retirar seu consentimento, interromper a coleta de dados ou recusar a participação na pesquisa. Esse procedimento (de retirada do seu consentimento) pode ser realizado tanto durante o processo de coleta de dados, como após a realização e finalização das entrevistas. Neste caso, a pesquisadora responsável se compromete a enviar ao participante da pesquisa a resposta de ciência da decisão do participante para retirar seu consentimento.

As entrevistas serão conduzidas virtualmente por meio da plataforma de reuniões on-line Google Meet. Solicitarei a sua autorização para que as entrevistas sejam gravadas pelo programa Google Meet e, posteriormente, transcritas na íntegra pela própria pesquisadora. Após a coleta dos dados, será realizado o download em um dispositivo eletrônico local, apagando todo o registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado, ou “nuvem”. Ademais, o acesso aos dados é restrito à pesquisadora e ao orientador e os materiais carão arquivados por 5 (cinco) anos).

Ao longo de todo o processo, sua identidade será preservada, assim como em relatórios e publicações posteriores, sendo utilizados nomes fictícios, para que seja preservado o sigilo das informações obtidas. Além disso, serão empregados nomes fictícios a quaisquer grupos de pessoas que vierem a ser mencionados pelo participante ao longo da pesquisa.

Vale ressaltar que esta pesquisa pode beneficiá-lo, uma vez que consiste na oportunidade de que conte a sua história, experiências e que seja atenciosamente ouvido, possibilitando que tenha apoio emocional e acolhimento, bem como possível elaboração de vivências difíceis.

Além disso, a pesquisa colabora para o desenvolvimento científico nacional. Isso porque poucos estudos acerca da temática de violência sexual preocupam-se em analisar e compreender como se dão as experiências dos profissionais que atendem e acolhem diretamente as vítimas. Esta pesquisa pode contribuir também para criação de intervenções clínicas e institucionais voltadas a esse público.

Como você está sendo convidado a tratar sobre conteúdos pessoais e sentimentais, você estará passível de sentir desconforto, incômodo e/ou angústia em relatar sobre alguns aspectos de sua vida, como também sobre as experiências de trabalho e atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Para evitar a materialização de tais riscos, é importante esclarecer que a entrevista será um espaço de escuta qualificada, segura e sem julgamentos, sendo supervisionada por um psicólogo clínico, o orientador do estudo, o qual auxiliará a pesquisadora na melhor forma de condução das entrevistas, prevenindo a ocorrência de qualquer situação que possa causar sofrimento psíquico a você. Caso não seja possível evitar os riscos, será feito o acolhimento de suas reações, como também o auxílio e a orientação para busca de serviços de atendimentos psicológicos públicos, de modo que a pesquisa não lhe traga malefícios.

Como as entrevistas serão realizadas por meio remoto, é necessário destacar que é possível que ocorram problemas técnicos, característicos do ambiente virtual, como por exemplo: a interrupção do sinal de internet, interrompendo a entrevista; o não funcionamento dos aparatos utilizados na vídeo-chamada pela pesquisadora e pelo(a) participante; e a intromissão de outras pessoas no local físico onde ambos - participante e pesquisadora - se encontram. Por esse motivo, será solicitado que você esteja em um ambiente calmo e seguro, o qual assegure sua privacidade. Nesse formato, as entrevistas online podem sofrer violação e hackeamento. Caso isso ocorra, é de responsabilidade da pesquisadora encerrar a chamada e iniciar uma nova. Além disso, a plataforma a ser utilizada, Google Meet, possui garantias de sigilo e explicações sobre sua Política de privacidade que pode ser acessada pelo link: [Segurança e privacidade para os usuários do Google Meet - Ajuda do Google Meet](#).

Após a conclusão da coleta de dados (entrevistas), ocorrerá, pela mesma equipe de pesquisadores envolvida no estudo, a análise dos dados e discussão sobre os resultados encontrados. Caso o participante tenha interesse em acessá-los, a pesquisadora estará disponível para apresentá-los ao final da pesquisa.

Visto que a pesquisa utilizará a coleta de dados de forma remota, não será exigida do participante a realização das entrevistas presencialmente, não havendo, desse modo, despesas decorrentes da sua participação no estudo. No entanto, caso haja algum dano causado a você pela pesquisa, asseguramos seu direito de indenização.

Por fim, se você compreendeu todos os procedimentos, não tem mais dúvidas e concorda em participar da pesquisa. Solicitamos que você responda ao seguinte formulário:

Nome completo *

Natália Trevilato

Telefone para contato *

(16) 991370121

E-mail *

lya_tllt@yahoo.com.br

Depois da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação na pesquisa, por favor, marque a opção que melhor atenda à sua resposta. *

- Declaro que li e entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e ACEITO participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.
- Declaro que li, compreendi o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mas NÃO aceito participar dessa pesquisa.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 510/2016 do CNS) para participação em pesquisa

Eu, Isabella de Paula Ferreira, estudante de graduação em Psicologia na Universidade Federal de São Carlos, convido-o(a) a participar da pesquisa de monografia intitulada “Análise acerca das experiências de profissionais no acolhimento inicial a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual: uma contribuição da psicanálise”, realizada sob orientação do Prof. Dr. Leonardo Cardoso Portela Câmara.

Você está sendo convidado (a) para participar do estudo por ser um (a) profissional de uma destas áreas de atuação: a) da saúde: psicólogos e/ou médicos; b) da assistência social; O objetivo da pesquisa é compreender as experiências dos profissionais da área da saúde e assistência social que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Para isso, serão realizadas, com você, três entrevistas conduzidas pela própria pesquisadora, com duração aproximada de 50 minutos.

As entrevistas serão estruturadas em três sessões. A primeira e segunda buscarão explorar os sentimentos e as emoções emergentes durante os atendimentos a vítimas de violência sexual. A terceira consistirá em conhecer aspectos relacionados à vida pessoal.

A sua participação será totalmente voluntária, sem a apresentação de retornos diretos a você. Tampouco ocorrerá qualquer tipo de remuneração pelo envolvimento no estudo. Além disso, em qualquer momento você poderá decidir não responder a qualquer pergunta, sem a necessidade de explicação ou justificativa. Também é seu direito, caso deseje, retirar seu consentimento, interromper a coleta de dados ou recusar a participação na pesquisa. Esse procedimento (de retirada do seu consentimento) pode ser realizado tanto durante o processo de coleta de dados, como após a realização e finalização das entrevistas. Neste caso, a pesquisadora responsável se compromete a enviar ao participante da pesquisa a resposta de ciência da decisão do participante para retirar seu consentimento.

As entrevistas serão conduzidas virtualmente por meio da plataforma de reuniões on-line Google Meet. Solicitarei a sua autorização para que as entrevistas sejam gravadas pelo programa Google Meet e, posteriormente, transcritas na íntegra pela própria pesquisadora. Após a coleta dos dados, será realizado o download em um dispositivo eletrônico local, apagando todo o registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado, ou “nuvem”. Ademais, o acesso aos dados é restrito à pesquisadora e ao orientador e os materiais carão arquivados por 5 (cinco anos).

Ao longo de todo o processo, sua identidade será preservada, assim como em relatórios e publicações posteriores, sendo utilizados nomes fictícios, para que seja preservado o sigilo das informações obtidas. Além disso, serão empregados nomes fictícios a quaisquer grupos de pessoas que vierem a ser mencionados pelo participante ao longo da pesquisa.

Vale ressaltar que esta pesquisa pode beneficiá-lo, uma vez que consiste na oportunidade de que conte a sua história, experiências e que seja atenciosamente ouvido, possibilitando que tenha apoio emocional e acolhimento, bem como possível elaboração de vivências difíceis. Além disso, a pesquisa colabora para o desenvolvimento científico nacional. Isso porque poucos estudos acerca da temática de violência sexual preocupam-se em analisar e compreender como se dão as experiências dos profissionais que atendem e acolhem diretamente as vítimas.

Esta pesquisa pode contribuir também para criação de intervenções clínicas e institucionais voltadas a esse público.

Como você está sendo convidado a tratar sobre conteúdos pessoais e sentimentais, você estará passível de sentir desconforto, incômodo e/ou angústia em relatar sobre alguns aspectos de sua vida, como também sobre as experiências de trabalho e atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Para evitar a materialização de tais riscos, é importante esclarecer que a entrevista será um espaço de escuta qualificada, segura e sem julgamentos, sendo supervisionada por um psicólogo clínico, o orientador do estudo, o qual auxiliará a pesquisadora na melhor forma de condução das entrevistas, prevenindo a ocorrência de qualquer situação que possa causar sofrimento psíquico a você. Caso não seja possível evitar os riscos, será feito o acolhimento de suas reações, como também o auxílio e a orientação para busca de serviços de atendimentos psicológicos públicos, de modo que a pesquisa não lhe traga malefícios.

Como as entrevistas serão realizadas por meio remoto, é necessário destacar que é possível que ocorram problemas técnicos, característicos do ambiente virtual, como por exemplo: a interrupção do sinal de internet, interrompendo a entrevista; o não funcionamento dos aparatos utilizados na vídeo-chamada pela pesquisadora e pelo (a) participante; e a intromissão de outras pessoas no local físico onde ambos - participante e pesquisadora - se encontram. Por esse motivo, será solicitado que você esteja em um ambiente calmo e seguro, o qual assegure sua privacidade. Nesse formato, as entrevistas online podem sofrer violação e hackeamento. Caso isso ocorra, é de responsabilidade da pesquisadora encerrar a chamada e iniciar uma nova. Além disso, a plataforma a ser utilizada, Google Meet, possui garantias de sigilo e explicações sobre sua Política de privacidade que pode ser acessada pelo link: [Segurança e privacidade para os usuários do Google Meet - Ajuda do Google Meet](#).

Após a conclusão da coleta de dados (entrevistas), ocorrerá, pela mesma equipe de pesquisadores envolvida no estudo, a análise dos dados e discussão sobre os resultados encontrados. Caso o participante tenha interesse em acessá-los, a pesquisadora estará disponível para apresentá-los ao final da pesquisa.

Visto que a pesquisa utilizará a coleta de dados de forma remota, não será exigida do participante a realização das entrevistas presencialmente, não havendo, desse modo, despesas decorrentes da sua participação no estudo. No entanto, caso haja algum dano causado a você pela pesquisa, asseguramos seu direito de indenização.

Por fim, se você compreendeu todos os procedimentos, não tem mais dúvidas e concorda em participar da pesquisa. Solicitamos que você responda ao seguinte formulário:

Nome completo *

Gisele Paschoal Toller Defendi

E-mail *

gptoller@hotmail.com

Telefone para contato *

16 981033161

Depois da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação na pesquisa, por favor, marque a opção que melhor atenda à sua resposta. *

- Declaro que li e entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e ACEITO participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.
- Declaro que li, compreendi o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mas NÃO aceito participar dessa pesquisa.

Anexo B: Roteiro de entrevista

Sessão 01: Sentimentos e emoções emergentes no atendimento

1. Você pode falar um pouco sobre sua experiência profissional? Quando começou a atender casos de violência sexual?
2. Como são realizados os acolhimentos na sua área?
3. Como você se sentia ao se deparar com casos de violência sexual contra crianças e Adolescentes?
4. Teve algum caso que mais te marcou?
5. Até que ponto o encontro com esses casos evoca sentimentos de ameaça pessoal, ou seja, você se sente em risco?
6. As pessoas atendidas costumam questioná-la ou manifestar interesse sobre sua vida pessoal? Caso sim, como você se sente e o que faz diante disso?

Sessão 02: Sentimentos e emoções emergentes no atendimento

1. Você já chegou a se questionar sobre a veracidade da história trazida por alguma pessoa atendida?
2. Você já experimentou sentimentos de vergonha durante algum acolhimento? Ou quando refletia sobre ele?
3. Você já sentiu ódio ou raiva de alguma pessoa atendida?
4. Alguma pessoa atendida já agiu de forma agressiva com você? Como você se sentiu e como reagiu e o que pensou sobre isso?
5. Você costuma compartilhar os sentimentos que tem em relação à pessoa atendida com ela própria durante o acolhimento?
6. Como você lida com todos os sentimentos emergentes no atendimento? Você já procurou suporte? Seja o suporte psicológico ou algum outro recurso.

Sessão 03: Aspectos relacionados à vida pessoal

1. O que te mobilizou a atuar nessa área?
2. Sente alguma angústia, incômodo ou dificuldade na relação com parceiros íntimos, filhos ou outros familiares em decorrência da sua atividade profissional?
3. Você acredita que suas crenças religiosas/espirituais se modificaram ao longo da sua atuação nessa área?
4. Você pensa nos casos atendidos em outros contextos que não o profissional