

UNIP – UNIVERSIDADE PAULISTA
Instituto de Ciências Humanas
Curso de Psicologia

**VIOLÊNCIA INFANTO JUVENIL E OS IMPACTOS
NA VIDA ADULTA**

CAMILLA APARECIDA BRAGA F33HGG3
LETHICIA YARA DE S. VIEIRA F202GB6

Campus Limeira - Limeira
2024

UNIP – UNIVERSIDADE PAULISTA
Instituto de Ciências Humanas
Curso de Psicologia

VIOLÊNCIA INFANTO JUVENIL: IMPACTOS NA VIDA ADULTA

Camilla Aparecida Braga

F33HGG3

Lethicia Yara de S. Vieira

F202GB6

Trabalho de conclusão de curso apresentado à banca examinadora da universidade paulista – UNIP, campus Limeira, como requisito para obtenção do título de bacharel em Psicologia, sob orientação do professor me. Osvaldo Rocha da Silva.

Campus Limeira - Limeira

2024

CIP - Catalogação na Publicação

Braga, Camilla Aparecida
Violência Infantojuvenil: impactos na vida adulta / Camilla Aparecida
Braga, Lethicia Yara de Souza Vieira. - 2024.
120 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado ao
Instituto de Ciência Humanas da Universidade Paulista, Limeira, 2024.
Área de Concentração: Psicologia jurídica e clínica psicanalítica.
Orientador: Prof. Me. Osvaldo Rocha da Silva.

1. Causa e consequência da violência infantojuvenil. 2. Transtornos mentais. 3. Psicanálise. 4. Experiência traumática. 5. Ciclo de violência. I. Vieira, Lethicia Yara de Souza. II. Silva, Osvaldo Rocha da (orientador). III. Título.

CAMILLA APARECIDA BRAGA
LETHICIA YARA DE SOUZA VIEIRA

VIOLÊNCIA IFANTOJUVENIL IMPACTOS NA VIDA ADULTA

Trabalho de conclusão de curso apresentado à banca examinadora da universidade paulista – UNIP, campus Limeira, como requisito para obtenção do título de bacharel em Psicologia, sob orientação do professor me. Osvaldo Rocha da Silva.

Limeira, 28 de novembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof.: Osvaldo Rocha da Silva
Mestre em Educação - UFSCar
Prof. Universidade Paulista – UNIP

Regina Célia C. Calil
Doutora em Ciências Médicas – UNICAMP
Profa. Universidade Paulista - UNIP

Stephanie Almeida
Psicóloga pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR
Psicanalista, Redutora de Danos e Promotora Legal

Dedicamos esta monografia a nossos familiares, amigos e professores, cuja contribuição foi essencial para o nosso crescimento acadêmico e pessoal ao longo desta jornada. Seu apoio e incentivo foram fundamentais para a concretização deste objetivo. Também dedicamos este trabalho àqueles que se dedicam a compreender a complexidade da mente humana e reconhecem a importância do estudo da Psicologia.

“As emoções reprimidas nunca morrem. Elas são enterradas vivas e voltam de formas piores.”

Sigmund Freud

Violência Infantojuvenil: impactos na vida adulta. BRAGA, C. A.; VIEIRA, L.Y. de S.; SILVA, O. R. da (orientador). Curso de Psicologia, Trabalho de Conclusão de Curso. Instituto de Ciências Humanas. Universidade Paulista – UNIP, Campus Limeira, 2024.

RESUMO

O presente trabalho investiga os impactos de longo prazo da violência infantojuvenil na vida adulta, enfatizando como as experiências de violência física, psicológica, sexual, moral e econômica durante a infância e adolescência podem levar a sérios transtornos mentais e emocionais na vida adulta. A pesquisa parte da ideia de que a violência na infância não é um evento isolado, mas um fenômeno com impactos duradouros, influenciando a saúde mental e as relações interpessoais ao longo da vida. O trabalho propõe um olhar crítico sobre a normalização da violência na infância, explorando como fatores sociais, culturais e históricos contribuíram para essa realidade. A pesquisa revela que a visão cultural sobre a infância tem sido marcada por uma falta de reconhecimento dos direitos das crianças, levando à aceitação da violência como um método de educação e disciplina. Além disso, são explorados os diferentes tipos de violência e suas consequências imediatas e de longo prazo para o desenvolvimento das crianças. A metodologia utilizada foi qualitativa, com entrevistas semi-estruturadas realizadas com psicólogos clínicos de abordagem psicanalítica que atendem adultos que sofreram violência na infância. O trabalho destaca as técnicas terapêuticas empregadas, como a associação livre e a reestruturação cognitiva, que são fundamentais para o tratamento e resignificação das experiências traumáticas. A pesquisa também identificou a importância do acolhimento e da escuta ativa no processo terapêutico. Os resultados revelam que muitas vítimas de violência na infância não reconhecem a gravidade de suas experiências e, como consequência, podem perpetuar ciclos de instabilidade emocional e dificuldades em seus relacionamentos na vida adulta. A pesquisa enfatiza a necessidade de intervenções psicológicas adequadas e de políticas públicas que promovam a proteção e prevenção da violência infantojuvenil. O trabalho conclui que a violência infantojuvenil é um problema complexo que demanda uma abordagem interdisciplinar e um esforço coletivo para ser erradicado.

Palavras chaves: Causa e consequência da violência infantojuvenil; transtornos mentais; psicanálise; experiência traumática; ciclo de violência.

ABSTRACT

This work investigates the long-term impacts of child and youth violence on adult life, emphasising how experiences of physical, psychological, sexual, moral, and economic violence during childhood and adolescence can lead to serious mental and emotional disorders in adulthood. The research is grounded in the premise that violence in childhood is not merely an isolated experience, but a phenomenon that reverberates throughout an individual's life, affecting their mental health and interpersonal relationships. The study proposes a critical perspective on the normalisation of violence in childhood, exploring how social, cultural, and historical factors have contributed to this reality. The research reveals that the cultural view of childhood has been marked by a lack of recognition of children's rights, leading to the acceptance of violence as a method of education and discipline. Furthermore, it explores the different types of violence and their immediate and long-term consequences for children's development. The methodology employed was qualitative, involving semi-structured interviews conducted with clinical psychologists of a psychoanalytic approach who work with adults who experienced violence in childhood. The work highlights the therapeutic techniques used, such as free association and cognitive restructuring, which are fundamental for treating and re-signifying traumatic experiences. The research also identified the importance of welcoming and active listening in the therapeutic process. The results reveal that many victims of child and youth violence do not recognise the severity of their experiences and, as a consequence, may perpetuate cycles of emotional instability and difficulties in their relationships in adulthood. The study emphasises the need for appropriate psychological interventions and public policies that promote the protection and prevention of childhood violence. The work concludes that childhood violence is a complex and multifaceted issue that requires an interdisciplinary approach and a collective commitment to its eradication.

Keywords: Causes and consequences of childhood violence, mental disorders, psychoanalysis, traumatic experience, cycle of violence.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
1.1 Objetivos	15
1.1.1 Objetivos gerais	15
1.1.2 Objetivos específicos	15
1.2 Hipóteses	15
1.3 Justificativa	16
2. HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA INFANTOJUVENIL	17
3. ESTATUTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE	26
4. CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PUBLICAS	36
5. PSICANÁLISE	42
5.1 Conceitos fundamentais da psicanálise	42
5.2 ID, Ego e Superego	43
5.3 Desenvolvimento psicosssexual	45
5.4 Pós Freudianos	47
5.5 Violência infantojuvenil de acordo com a psicanálise	51
5.6 Técnicas psicanalíticas	55
6. MÉTODO	58
6.1 Participantes e Locais	58
6.2 Instrumentos	58
6.3 Aparatos de pesquisa ,,,,,,,,,,	58
6.4 Procedimentos de coleta de dados	58
6.5 Procedimentos de análise de dados	59
7. ANÁLISE E DISCUSSÃO	61
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
APÊNDICE	98
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	99
APÊNDICE B – PARECER DE APROVAÇÃO	101
APÊNDICE C – MODELO TERMO DE CONSENTIMENTO	106
APÊNDICE D – INTENÇÃO DE PESQUISA	108

ANEXOS	109
ANEXO 01 – TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS	110

1. INTRODUÇÃO

Este estudo abordará os impactos da violência infanto juvenil na vida adulta. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre a proteção integral à criança e o adolescente; considera-se criança a pessoa de até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade (Brasil, 1990).

“A violência é um fenômeno presente desde os primórdios da história humana e atinge indistintamente as sociedades e relações sociais” (Barcellos, 2006, p. 10). Dentro do tópico sobre violência infantojuvenil, existem diferentes formas e expressões em que a mesma se manifesta. Para começar, temos a violência estrutural e a violência intrafamiliar.

Segundo Minayo (2001, p. 93), “entendemos por violência estrutural, aquela que incide sobre a condição de vida das crianças e adolescentes, a partir de decisões histórico-econômicas e sociais, tornando vulnerável o seu crescimento e desenvolvimento”. Já a violência intrafamiliar é a exercida contra a criança ou adolescente em uma esfera privada, por exemplo, sua própria casa.

As manifestações de violência são divididas em: física, psicológica, sexual, moral e econômica, sendo as três primeiras as mais praticadas contra crianças e adolescentes. Segundo Maldonado e Willians (2005 apud Reis, Prata e Parra, 2018), estas podem ser resumidas como “ações e, ou omissões que podem cessar, impedir, deter ou retardar o desenvolvimento pleno do ser humano”.

Minayo (2001, p. 96) define a violência física da seguinte forma:

A violência física é o uso da força física contra a criança e o adolescente, causando-lhes desde uma leve dor, passando por danos e ferimentos de média gravidade até a tentativa ou execução do homicídio.

Por mais que as marcas físicas desapareçam ou se curem, os ferimentos psíquicos e afetivos vão permanecer para sempre, o que pode causar consequências no futuro.

Infelizmente, o lar é o ambiente mais propício para acontecer essa prática. Em 2021 foram registrados 50.098 denúncias de violência contra crianças e adolescentes, sendo que deste total, 40.822 ocorreram dentro da casa das vítimas (Brasília, 2021). Na maioria das vezes, os pais agredem seus filhos com justificativas de educá-los, este

ato de violência nem é considerado como tal para os pais. Muitas crianças e adolescentes sofrem dentro de seus próprios lares, danificando qualquer tipo de sentimento de segurança que deveriam sentir dentro de suas casas.

Outro tipo de violência que é muito comum ocorrer dentro dos lares das crianças e adolescentes é a violência sexual. Na maioria dos casos, o abusador é alguém de dentro da família ou um amigo próximo, quem a criança conhece e tem confiança. A prática sexual genital não é necessária para ser configurada como abuso, mesmo que este ato ocorra com incidência alta, toques, carícias também se configuram como abuso. (Reis, Prata e Parra, 2018).

Ainda temos a violência psicológica “também denominada tortura psicológica, que ocorre quando os adultos sistematicamente depreciam as crianças, bloqueiam seus esforços de autoestima e realização, ou as ameaçam de abandono e crueldade.” (Minayo, 2001, p. 97) Apesar de não ser tão visível ou óbvia como a violência física, os danos e as consequências geradas por ela são tão graves quanto.

Rocha e Moraes descrevem a violência psicológica como “um tipo de abuso silencioso universal recorrente nos contextos familiares, que por muitos ainda é subestimado, principalmente no que diz respeito aos impactos emocionais que provoca em suas vítimas” (apud Santos; Quixadá, 2022, p. 2).

Ademais, podemos entender o termo violência como negligência. Que pode ser definido como omissão em relação às obrigações da família em prover as necessidades de uma criança ou adolescente. O que vestir, o que comer, a educação e a saúde são necessidades que os pais devem suprir de seus filhos.

A violência nas suas mais diversas formas, mas principalmente a física, é vista social e culturalmente como forma de educação. A palmada e o castigo são comumente usados como punição de um comportamento não aceito socialmente. Geralmente, a punição corporal é acompanhada por um discurso dos pais que amam a criança e que batem para o bem dela (Cornet, 1997 apud Webber, Viezzer, Brandenburg 2004).

Sobre isto, Torres et al (2015) alega que os pais não reconhecem as punições como violência, sendo ela associada apenas a lesão física. Esse entendimento restrito ignora as dimensões emocionais e psicológicas das punições, como humilhações, ameaças e intimidações, que também constituem violência. A falta de reconhecimento dessas práticas violentas compromete a percepção dos danos que podem causar no desenvolvimento infantojuvenil, perpetuando um ciclo de abuso que pode ser tão

prejudicial quanto a violência física.

Sobre a violência infantil, Nunes e Sales (2016, p. 872) comentam:

Mais do que qualquer outro tipo de violência, acometida contra a criança não se justifica, pois as condições peculiares de desenvolvimento desses cidadãos os colocam em extrema dependência de pais, familiares, cuidadores, do poder público e da sociedade.

As crianças e adolescentes estão em fase de desenvolvimento, tanto físico quanto psíquico. Crianças que crescem e vivenciam a violência familiar tem grandes chances de produzirem tal ato em seus relacionamentos, tanto ainda na infância, quanto na juventude ou fase adulta. De acordo com Pratta e Santos (2007, apud Reis; Prata; Parra, 2018), é no interior do seio familiar que o indivíduo cultiva seus primeiros relacionamentos interpessoais com pessoas significativas, estabelecendo trocas emocionais que funcionam como um suporte afetivo importante quando os indivíduos atingem a idade adulta e que são essenciais para a aquisição de condições físicas e mentais centrais para cada etapa do desenvolvimento psicológico.

E ainda, quando a violência é algo praticado desde a infância, torna-se um fenômeno ainda mais preocupante, visto que a infância é uma fase fundamental na construção da personalidade e nas compreensões a respeito de nossa vida emocional (Bowlby, 2015).

De acordo com Rabello e Passos (2013, apud Reis; Prata; Parra, 2018), pela interação social, aprendemos e nos desenvolvemos, criamos novas formas de agir no mundo, ampliando nossas ferramentas de atuação neste contexto cultural complexo.

Por isso, é extremamente importante que, tanto a criança quanto o adolescente cresçam em um ambiente favorável para se desenvolverem adequadamente e não haja danos psíquicos que possam vir a gerar problemas na vida adulta.

Assis et al (2004, apud Reis; Prata; Parra, 2018) enfatizam que um dos principais problemas gerados pela violência contra crianças e adolescentes é a impossibilidade de criar um ego forte. É muito provável que uma criança ou adolescente que cresceu em um ambiente violento e agressivo passe a reproduzir esse tipo de comportamento na fase adulta advindo da normalização da violência por ele sofrida. Pois, a literatura científica tem apontado que, de um modo geral, os agressores procuram recriar o estilo educacional que foi adotado com eles em sua infância, em seus próprios filhos. (Guerra, 1986).

Ainda por cima, esses agressores se revelam como pessoas que têm um nível

alto de exigência no desempenho de seus filhos e acabam nutrindo expectativas que não são realistas acerca do comportamento infantil, por exigir atitudes não compatíveis com a idade cronológica de suas vítimas. (Guerra, 1986)

Ademais, a criança exposta à violência tem seu desenvolvimento psíquico prejudicado, por isso ele pode não se desenvolver da forma como deveria. De acordo com Angonese e Santos (2016), o afeto dos pais com a criança possui um impacto profundo no desenvolvimento emocional e na formação de objetos internos da criança. Em um ambiente violento, onde a criança é privada de afeto pelos pais, seu desenvolvimento psíquico não ocorre como deveria e o mundo para essa criança passa a ser hostil e opressor.

A qualidade dos relacionamentos entre um adulto, mãe e pai influencia a vida emocional, já que eles garantem o bem-estar da criança através do carinho e da ligação com quem cuida do corpo e da identidade, promovendo a formação de uma imagem unificada de si mesmo e dos outros (Lopez et al, 2021).

Assim, a psicanálise compreende a violência infantojuvenil como uma experiência traumática que causa danos significativos ao desenvolvimento emocional e psíquico da criança. Esse tipo de trauma prejudica a formação do eu, interrompendo o processo de individuação e resultando em dificuldades na construção da identidade. Segundo Freud (2016), as experiências traumáticas podem ser reprimidas, mas continuam a influenciar o comportamento e as emoções na vida adulta, manifestando-se em formas de angústia ou comportamentos disfuncionais.

Nesse ínterim, a qualidade dos relacionamentos entre um adulto, mãe e pai influencia a vida emocional, já que eles garantem o bem-estar da criança através do carinho e da ligação com quem cuida do corpo e da identidade, promovendo a formação de uma imagem unificada de si mesmo e dos outros (Lopez et al, 2021).

Logo, se esta relação entre pai, mãe e criança tem como base algum tipo de violência, a vivência afetiva e as relações objetais desta criança se vê prejudicada. No caso de uma violência sexual, por exemplo, o infante ainda não dispõe de uma maturidade psíquica para lidar com um ato desse tipo. Certamente seu ego não terá capacidade para suportar o peso emocional decorrente da violência inerente a essa experiência, resultando em um ego prejudicado (Azevedo, 2001).

Atrelado a isso, o trauma psíquico sofrido pela criança, na perspectiva psicanalítica, possui o significado de um “choque violento” que pode romper as barreiras de proteção do ego, resultando em perturbações duradouras na mente do

indivíduo (Waikamp, 2020).

De acordo com Freud, a situação traumática pode não acarretar em danos psíquicos permanentes se a mente for protegida pelos mecanismos de defesa, que buscam o equilíbrio entre os desejos e impulsos individuais com as censuras e demandas provenientes da realidade externa (Waikamp, 2020).

Por sua vez, o superego de uma criança é formado inicialmente pelos pais, que a criam com base em censuras geralmente relacionadas ao que a cultura espera. A partir disso, o infante desenvolve um superego subjetivo, onde este possui sua visão de mundo a partir do que vivencia ao longo de seu desenvolvimento.

Dentro deste contexto, o superego sendo uma interiorização de regras do que é socialmente aceito, a criança passa a reproduzir os mesmos atos de violência que sofreu na infância com a ideia de que tal ato é correto. “Crianças e adolescentes estão em pleno desenvolvimento biológico, psicológico e social, o que significa dizer que são vulneráveis e receptivos aos estímulos internos e externos que participam na formação de sua identidade.” (Levisky, pg. 101, 2002).

Neste ínterim, “Vários transtornos psiquiátricos em adultos têm sido relacionados a algum trauma na infância.” (Zavaschi ET Al, 2022, p.191)

Bell e Higgins (2015), assim como Moran et al. (2002), argumentam que a violência infanto-juvenil “pode gerar consequências adversas a curto e longo prazo, como depressão, ansiedade, distúrbios alimentares, somatizações, problemas com a aprendizagem, autoestima e relacionamentos, além de sentimentos de culpa e de raiva nas crianças.” (apud Santos; Quixadá, 2022, p. 5).

Em casos mais graves, onde a depressão se agrava, de acordo com Freud (1895/1996c), o sentimento associado à melancolia, que é o luto, expressa o anseio de recuperar algo que foi perdido. Refere-se a uma perda pulsional. Parece haver um vazio na esfera psíquica, uma ausência que remete a algo que não pode ser plenamente representado (Mendes, Viana, Bara, 2014).

Seguindo esta linha, indivíduos depressivos que sofreram violência na infância ou adolescência, tem essa angústia que é proveniente de uma perda de um objeto amado ou de uma perda idealizada, onde o objeto de amor não morreu, no entanto, se perdeu enquanto objeto de amor (Mendes, Viana, Bara, 2014).

Ainda, autores como Kirtland acreditam que depressão maior, transtorno afetivo bipolar e distímias estejam associados a traumas na infância. (apud Zavaschi ET AL, 2022). Pesquisas que corroboram com ele são escassas no Brasil e na América

Latina. Contudo a nível Mundial é possível encontrar diversas pesquisas que associam trauma na infância e depressão na vida adulta especialmente nos Estados Unidos e Europa.

Segundo Waikamp e Serralta, crianças que sofrem traumas têm mais risco de desenvolver transtornos psiquiátricos na vida adulta, tais como: transtornos do humor, transtornos psicóticos, transtorno de estresse pós-traumático, comportamentos suicidas e de alto-risco, violência conjugal, maus tratos a crianças e transtornos de personalidade.

O trabalho do(a) psicólogo(a) nas situações de violência e na consequência desta na vida dos pacientes tem como objetivo promover condições para o fortalecimento da auto estima, contribuir para a superação da situação da violação de direitos e para a reparação da violência sofrida (CFP, 2020). A fim de alcançar esses objetivos cabe ao profissional de psicologia na execução do seu trabalho utilizar diferentes técnicas de escuta e entrevista e testes psicológicos, sendo esta escolha sempre pautada na abordagem praticada pelo profissional.

Dessa forma, qualquer abordagem profissional, seja de prevenção ou intervenção, deve ser considerada sempre de forma interdisciplinar, envolvendo diferentes olhares, segmentos e práticas profissionais, configurando verdadeira rede de proteção (CFP, 2020).

A fim de alcançar esses objetivos cabe ao profissional de psicologia na execução do seu trabalho utilizar diferentes técnicas de escuta e entrevista e testes psicológicos, sendo esta escolha sempre pautada na abordagem praticada pelo profissional.

Sendo que dentro da abordagem psicanalítica o principal instrumento do psicólogo é a associação livre, técnica usada para deixar o paciente se expressar livremente. Esta técnica permite ao profissional acessar o inconsciente do paciente, revelando conteúdos reprimidos, como por exemplo a violência sofrida.

Outra técnica usada pelos psicanalistas é a atenção flutuante, que "é descrita como um estado no qual o analista mantém uma atenção uniformemente suspensa frente a tudo o que escuta. Ou seja, não dirige sua atenção para nada específico; sem expectativas nem inclinações" (Andrade e Herzog, 2011, p. 122).

De igual modo, a interpretação também é uma importante técnica usada pelos psicólogos psicanalistas. Qual trata-se auxiliar o paciente a reintegrar seus conteúdos inconscientes, que sobressaem durante a associação livre e captadas na atenção flutuante.

Pelo exposto, devido a escassez de material referente a intervenção, o presente projeto pretende responder quais as formas de intervenção do psicólogo clínico de base psicanalítica diante da demanda da pessoa que sofreu violência na infância e/ou adolescência.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar como o psicológico clínico de base psicanalítica intervém na demanda de adultos que sofreram violência na infância.

1.1.2 Objetivos específicos

Investigar as consequências da violência infanto-juvenil na vida adulta por meio de psicólogos.

Identificar as causas da violência infanto-juvenil.

Levantar as técnicas terapêuticas utilizadas pelos psicólogos.

1.2 Hipóteses

A violência infanto juvenil gera demandas que aparecem na vida adulta como transtornos psiquiátricos e, para ajudar os pacientes, o terapeuta precisa diagnosticar e tratar tais traumas.

No entanto, é comum que o psicólogo não identifique inicialmente a violência infanto-juvenil como uma causa subjacente das demandas apresentadas pelos pacientes adultos, por isso foca seu trabalho em outras questões.

Ademais, o fato de o próprio paciente não perceber as vivências sofridas como violência, não seriam impeditivos para o avanço do processo terapêutico. Atrelado a isso, essa não identificação pode aumentar a quantidade e tempo de sessões.

Como ainda, podem existir pacientes adultos que não aceitam que a queixa que trazem são reflexos de seus traumas na infância, cabendo ao psicólogo clínico intervir primeiramente nessa compreensão e depois no tratamento da demanda.

Ainda pode ser que sejam necessárias muitas sessões para conseguir extrair do paciente as violências sofridas por ele na infância e adolescência, com isso o processo terapêutico pode demorar mais tempo.

1.3 Justificativa

Entender como é feita a intervenção dentro da clínica de psicologia pela abordagem psicanalítica frente a demanda de um adulto que sofreu violência infantil e/ ou juvenil é um interesse deste grupo de pesquisa.

Diversos autores associam transtornos psiquiátricos na vida adulta com traumas sofridos na infância e adolescência. Entre essas patologias se destacam depressão, transtorno de personalidade, Transtorno de estresse pós-traumático e psicose. Assim como comportamentos disfuncionais e agressivos.

Contudo os estudos concentram-se no exterior, principalmente EUA e Europa, sendo escasso no Brasil tais dados. Ademais as pesquisas focam na causa e consequência da violência, sendo que não foram encontrados artigos que abordam as formas de intervenção diante desta demanda.

A partir disto, pretendemos contribuir com o levantamento, produção e expansão das reflexões sobre a temática para que possamos responder quais são as formas de atenção e intervenção do psicólogo na demanda de violência infanto-juvenil.

2. HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA INFANTOJUVENIL

Compreender a definição histórica da infância e adolescência é fundamental para contextualizar as discussões sobre violência infantojuvenil. Esta é marcada por diversas diferenças ao longo do tempo, refletindo mudanças sociais, culturais e científicas. No passado, crianças e jovens eram, de acordo com Del Priore (2015), muitas vezes considerados adultos em miniatura, sem reconhecimento de estágios específicos de desenvolvimento, além de não serem reconhecidos como sujeitos de direitos, o que ampliava os casos de violência contra esse público.

Ademais, a relevância histórica da discussão sobre violência infantojuvenil reside na compreensão das raízes históricas desse fenômeno e de como ele moldou as estruturas sociais e culturais ao longo do tempo. O reconhecimento da violência infantojuvenil como um problema histórico permite abordá-lo de maneira mais ampla, considerando suas origens e impactos persistentes na sociedade contemporânea.

Além disso, entender a definição histórica da infância e adolescência e sua relação com a violência infantojuvenil é essencial para informar políticas públicas, práticas educacionais e ações de proteção à infância e juventude. Somente através de uma análise histórica aprofundada podemos desenvolver estratégias eficazes para prevenir e combater a violência infantojuvenil, garantindo um futuro mais seguro e justo para as próximas gerações

Neste interim, podemos começar a analisar a história a partir da antiguidade, onde a vida na sociedade e a vida cotidiana era amplamente influenciada pela religião, política, economia e guerra.

Na Grécia Antiga, por exemplo, as crianças eram consideradas como potenciais futuros cidadãos e soldados, sendo educados desde cedo para se tornarem membros produtivos da sociedade (Ipiranga Junior, 2013). Como defendia Aristóteles, acreditava-se que não havia injustiça por parte dos pais ao agirem de forma violenta com seus filhos como processo de educação. Tal contexto permitia a prática frequente de infanticídio, seja por motivos religiosos, como sacrifícios infantis, ou por questões de controle da natalidade (Ricas e Donoso, 2006).

Nesse contexto, a infância era vista como um elemento narrativo e biográfico crucial, fundamental para refletir sobre a melhor constituição política e governança, além de servir como uma introdução a um modo de vida considerado ideal (Ipiranga Júnior, 2013).

As apresentações das atividades corais de adolescentes podiam marcar a passagem para a classe dos adultos; as moças em suas expectativas quanto ao casamento, os rapazes quanto ao serviço militar (Ipiranga Júnior, 2013, p. 70)

Na Roma Antiga, por sua vez, as visões sobre a infância também incluíam uma distinção entre a infância livre e a infância escrava. As crianças livres eram valorizadas como herdeiras e futuros cidadãos, enquanto as crianças escravas eram vistas como propriedade e podiam ser tratadas de forma mais cruel.

Dessa forma, de acordo com Ricas e Donoso (2006), os modelos greco-romanos influenciaram profundamente a abordagem da violência contra jovens na sociedade através do tempo. A normalização da punição corporal como meio de educação e disciplina, a exploração do trabalho infantil e a desvalorização da voz das crianças foram algumas das consequências dessas visões. A violência contra jovens era, e ainda é, muitas vezes tolerada ou até mesmo encorajada como parte do processo de socialização e formação de caráter.

Assim como na Antiguidade, durante a Idade Média, as crianças, muitas vezes, eram tratadas como adultos em miniatura e eram vistas como trabalhadores desde muito jovens. A infância era uma fase curta e não era valorizada em si mesma, mas sim pela sua utilidade futura (Del Priore, 2015).

Durante esse período, as crianças frequentemente vivenciavam um mundo em que as fronteiras entre a infância e a idade adulta não eram tão definidas como hoje. Ao contrário da nossa concepção contemporânea de infância como um estágio distinto do desenvolvimento, as crianças na Idade Média, muitas vezes, eram consideradas adultos em potencial, esperando-se delas que participassem das responsabilidades familiares e comunitárias desde cedo (Lustig, 2014).

Em termos de educação, a disponibilidade e o acesso à instrução formal variavam amplamente de acordo com a posição social. Enquanto os filhos da nobreza e do clero podiam ter acesso à educação formal em mosteiros, escolas monásticas ou através de tutores privados, as crianças das classes mais baixas frequentemente recebiam educação informal em casa, aprendendo habilidades práticas com seus pais ou por meio da participação nas atividades da comunidade (Cunningham, 2020). Considera ainda, que “o acesso à educação também se fez marcar pelas desigualdades econômicas e de gênero e raça” (Kuhlmann Jr, 2005, p. 241)

Em suma, a infância e juventude na Idade Média era uma fase da vida caracterizada por uma combinação única de responsabilidades precoces, riscos à saúde e alegrias infantis.

Deste modo, essa percepção da infância como uma fase menos valorizada e mais funcional contribuía para a naturalização da violência infantojuvenil. A falta de uma concepção clara de infância como um estágio distinto de desenvolvimento significava que as crianças, muitas vezes, eram tratadas com dureza e não recebiam a proteção e cuidado que são esperados hoje em dia. Castigos físicos, abusos emocionais e exploração de trabalho infantil eram práticas comuns na sociedade medieval, sendo justificadas pela visão de que as crianças eram simplesmente adultos em formação e, portanto, podiam ser tratadas como tal (Del Priore, 2015).

Ademais, a Igreja Católica desempenhava papel central nos valores sociais da época, sendo que esta instituição promovia uma visão de mundo que enfatizava o pecado original e a necessidade de disciplina e penitência para alcançar a salvação. Neste contexto, as crianças eram naturalmente propensas ao pecado e à rebeldia, vistas como seres necessitados de correção e disciplina severa (Lustig, 2014).

Para Le Goff e Truong (2006), a autorização da violência infantojuvenil pela Igreja era fundamentada na crença de que a disciplina física era necessária para corrigir os pecados e vícios das crianças e adolescentes. Castigos corporais, como a vara e o chicote, eram comuns e aceitos como métodos legítimos de educação e disciplina. Além disso, a Igreja também estava envolvida na justificação da exploração de crianças por meio do sistema feudal e da prática da servidão.

Portanto, a influência da Igreja Católica na Idade Média contribuiu para a manutenção da percepção de infância como uma fase menos valorizada e para a autorização da violência infantojuvenil, promovendo práticas disciplinares e educacionais que refletiam as crenças e valores religiosos da época.

As crianças eram educadas por religiosos, que ofereciam uma educação severa e torturante, baseada em castigos, punições físicas, espancamentos com chicote, ferros e paus. A única justificativa para esses maus-tratos era a crença de que as crianças deveriam ser moldadas conforme o desejo dos adultos (Machado e Sanches, 2022).

Conforme Pinheiro e Bezerra (2018) Foi somente durante o Iluminismo, com o pensamento de filósofos como John Locke e Jean-Jacques Rousseau, que começaram a surgir ideias que reconheciam a infância como um estágio distinto do

desenvolvimento humano e que moldaram significativamente a compreensão e tratamento das crianças ao longo da história.

John Locke, em sua obra “Algumas Considerações sobre a Educação” (1693), propôs uma visão revolucionária sobre a infância. Ele descartou a ideia tradicional de que as crianças nasciam com a mente como uma “tábula rasa”, e defendeu que a educação deveria ser baseada na observação e no estímulo do desenvolvimento natural das crianças (Garcia, 2012). Ademais, Locke enfatizava a importância de um ambiente de aprendizado positivo e encorajador, no qual as crianças pudessem explorar e experimentar o mundo ao seu redor, desenvolvendo assim suas habilidades e personalidades de forma saudável e equilibrada.

Por outro lado, Jean-Jacques Rousseau, em sua obra “Emílio, ou Da Educação” (1762), apresentou uma visão mais romântica e naturalista da infância. Rousseau argumentava que as crianças eram naturalmente boas e inocentes, e que a sociedade era responsável por corromper essa inocência ao impor normas e convenções artificiais (Siqueira, 2022). Ainda, propunha uma educação que respeitasse o desenvolvimento natural da criança, permitindo-lhe crescer e aprender de acordo com seus próprios ritmos e interesses, em contato próximo com a natureza e longe das influências corruptoras da civilização.

[...] a criança inclina-se naturalmente para a benevolência, pois vê que tudo o que a rodeia dispõe-se de ajudá-la, e dessa observação ela toma o hábito de um sentimento favorável à sua espécie (Rousseau, 2014, p. 289 apud Siqueira, 2022, p.38)

Entretanto, apesar das diferenças, as ideias de Locke e Rousseau contribuíram para uma mudança significativa na forma como a sociedade percebia e tratava as crianças, promovendo uma abordagem mais centrada na criança e no respeito ao seu desenvolvimento individual. Porém, apesar dessas evoluções na compreensão do desenvolvimento infantil na época e conscientização dos direitos e bem-estar das crianças, elas ainda enfrentam dificuldades.

No século XIX, o trabalho infantil era uma realidade para muitas crianças, principalmente nas áreas urbanas e industriais. Nesse período, o trabalho precoce era visto como parte das obrigações dos filhos, além de ser uma forma de afirmação da individualidade dos adolescentes e de acesso a padrões de consumo (Carvalho, 2008).

No que diz respeito à educação, embora as escolas públicas começassem a se tornar mais comuns nas áreas urbanas, o acesso à educação formal ainda era limitado para muitas crianças, especialmente aquelas das classes trabalhadoras (Ribeiro, 1993).

Além dos desafios enfrentados no ambiente de trabalho e de educação, as condições de vida para muitas crianças e adolescentes durante o século XIX eram difíceis. A falta de saneamento, habitação precária e a disseminação de doenças contribuíam para altas taxas de mortalidade infantil e uma qualidade de vida inferior para aqueles que sobreviviam (França et al, 2017).

Tais situações de trabalho insalubre e falta de acesso à educação caracterizavam o que hoje entendemos como violência moral, física e patrimonial.

Esse período também foi marcado pela influência significativa das ideias de Sigmund Freud a respeito do desenvolvimento infantil. Em sua obra "Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade" (1905), o autor propôs uma visão revolucionária da infância, enfatizando o papel crucial dos primeiros anos de vida na formação da personalidade e na estruturação psicológica do indivíduo (Do Amaral, 1995).

Freud desenvolveu a teoria psicanalítica, que sugeria que os processos psicológicos são influenciados por impulsos inconscientes, muitos dos quais têm suas raízes na infância. Ele destacou a importância das experiências precoces, especialmente as experiências ligadas à sexualidade infantil, na determinação dos padrões de comportamento e desenvolvimento emocional ao longo da vida (Do Amaral, 1995).

A partir de então, as concepções de infância e adolescência passaram por diversas transformações que moldaram a forma como as crianças e adolescentes vivenciaram esse estágio crucial do desenvolvimento.

Uma das mudanças mais significativas foi a expansão da educação obrigatória e o acesso crescente à escolarização em muitas partes do mundo. A disseminação da escola primária e a implementação de leis de educação universal contribuíram para uma maior alfabetização e oportunidades educacionais para as crianças (Cury, 2008). No entanto, apesar desses avanços, questões como trabalho infantil, abuso e exploração sexual e negligência continuaram a ser desafios persistentes ao longo do século XX, exigindo esforços contínuos de proteção e promoção dos direitos das crianças (Barbiani, 2016).

O século XX foi um período de mudanças profundas na experiência da infância e adolescência, influenciado por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e políticos. Nesse contexto, a infância passou por diversas transformações que moldaram a forma como as crianças vivenciaram esse estágio crucial do desenvolvimento.

Durante grande parte do século, como explicado anteriormente, as crianças eram vistas como "adultos em miniatura", e havia uma ênfase limitada no desenvolvimento emocional e educacional adequado para elas. No entanto, ao longo do século, houve um reconhecimento crescente da importância de cuidar e proteger a infância e adolescência, influenciado por avanços na psicologia do desenvolvimento, mudanças nas políticas sociais e movimentos de direitos da criança.

Uma das mudanças mais significativas foi a expansão da educação obrigatória e o acesso crescente à escolarização em muitas partes do mundo. A disseminação da escola primária e a implementação de leis de educação universal contribuíram para uma maior alfabetização e oportunidades educacionais para as crianças (Cury, 2008).

Além disso, avanços tecnológicos, como a eletricidade, o telefone, o rádio e, mais tarde, a televisão e a internet, transformaram a maneira como as crianças interagiam com o mundo ao seu redor. Essas novas tecnologias abriram novas possibilidades de aprendizado, entretenimento e comunicação, mas também trouxeram desafios relacionados ao uso excessivo e à exposição a conteúdos inadequados.

No entanto, apesar desses avanços, o século XX também foi marcado por conflitos e crises que afetaram diretamente a vida das crianças. Guerras mundiais, conflitos regionais e crises econômicas deixaram muitas crianças órfãs, deslocadas ou em situações de extrema vulnerabilidade, exigindo respostas urgentes da sociedade e do Estado (Minayo, 2001).

Além disso, questões como trabalho infantil, abuso e exploração sexual, e negligência continuaram a ser desafios persistentes ao longo do século XX, exigindo esforços contínuos de proteção e promoção dos direitos das crianças (Barbiani, 2016).

A partir de então, houve uma série de eventos e tratados, desde a Declaração Universal dos Direitos da Criança em 1959 a Convenção sobre os Direitos da Criança em 1989, que contribuíram para a consolidação dos direitos fundamentais das crianças.

A Declaração Universal dos Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1959, foi o primeiro documento internacional a

reconhecer os direitos específicos das crianças. Embora não tenha força legal vinculativa, a Declaração estabeleceu princípios fundamentais, como o direito à proteção, à educação, à saúde e à liberdade de expressão (UNICEF, 1959).

No entanto, foi a aprovação da Convenção sobre os Direitos da Criança em 1989 que marcou um marco significativo na história dos direitos das crianças. Aceita por quase todos os países do mundo, a Convenção estabelece um conjunto abrangente de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais para todas as crianças, independentemente de sua origem, raça, religião ou capacidade (UNICEF, 2009).

Entre os direitos consagrados na Convenção, destacam-se o direito à vida, à sobrevivência e ao desenvolvimento, o direito à não discriminação, o direito à participação e à liberdade de expressão, o direito à educação e o direito à proteção contra a exploração, abuso e violência (UNICEF, 1959).

Entretanto, apesar dos avanços significativos na proteção dos direitos das crianças no século XX, ainda existem muitos desafios a serem enfrentados. O padrão de pobreza no Brasil tem evoluído, com redução na incidência, mas o componente transitório e a vulnerabilidade têm aumentado, principalmente entre os jovens (Silva, 2014).

Em suma, a infância no século XX foi marcada por uma combinação de progressos e desafios, refletindo as complexidades e contradições da modernidade. Avanços na educação e tecnologia ofereceram novas oportunidades para o desenvolvimento infantil, enquanto conflitos, crises e questões sociais persistentes representaram obstáculos significativos para muitas crianças em todo o mundo.

Partindo para os dias de hoje, a definição de infância e os direitos das crianças passaram por uma evolução significativa, refletindo as mudanças sociais, culturais e tecnológicas desta era. Houve uma maior conscientização sobre a importância de garantir o bem-estar e o desenvolvimento integral das crianças, resultando em avanços na proteção e promoção de seus direitos fundamentais.

A definição de infância no século XXI transcende a simples ideia de uma fase transitória entre a infância e a idade adulta. Agora reconhecemos que a infância é um período crítico de crescimento, aprendizado e formação de identidade, que influencia profundamente o futuro desenvolvimento e bem-estar das crianças (Corsaro e Everitt, 2023).

Quanto aos direitos das crianças, o século XXI testemunhou a consolidação e expansão dos princípios estabelecidos na Convenção sobre os Direitos da Criança. Muitos países adotaram legislação nacional e políticas específicas para garantir a implementação efetiva desses direitos, incluindo o direito à vida, à saúde, à educação, à proteção e à participação (UNICEF, 2009).

Além disso, novos desafios surgiram com o avanço da tecnologia e da globalização, exigindo respostas inovadoras para proteger os direitos das crianças no ambiente digital. Questões como segurança online, privacidade de dados, cyberbullying e acesso equitativo à tecnologia tornaram-se preocupações crescentes para pais, educadores e formuladores de políticas (Livingstone, Haddon e Gorzig, 2012).

No entanto, apesar dos avanços significativos, muitos desafios persistem na garantia dos direitos das crianças no século XXI. Desigualdades socioeconômicas, pobreza, conflitos armados, migração forçada, mudanças climáticas e crises humanitárias continuam a ameaçar o bem-estar e o desenvolvimento de milhões de crianças em todo o mundo (Cattani, 2007).

Todavia, ainda no século XX, surgiu o ECA, Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, trazendo uma abordagem ampla e abrangente que promete garantir a proteção integral de crianças e adolescentes, reconhecendo-os como sujeitos de direitos e priorizando seu desenvolvimento saudável e digno.

O ECA estabelece direitos fundamentais, como o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à convivência familiar e comunitária, à cultura, ao lazer e à profissionalização, entre outros (Brasil, 1990). Ainda, o estatuto prevê medidas de proteção e assistência para crianças e adolescentes que se encontram em situações de vulnerabilidade.

Uma das características importantes do ECA é sua abordagem centrada nos princípios da proteção integral e da prioridade absoluta, que reconhecem a criança e o adolescente como sujeitos de direitos e destinatários prioritários das políticas públicas (Da Costa Oliveira, 2022).

Ademais, o ECA estabelece o Conselho Tutelar como órgão essencial para garantir a aplicação das medidas de proteção previstas no estatuto. Os conselhos tutelares são responsáveis por receber denúncias de violações dos direitos das crianças e adolescentes, realizar diligências, aplicar medidas de proteção e encaminhar casos para os órgãos competentes (Brasil, 1990).

Sendo assim, compreender a definição histórica da infância e adolescência é fundamental para contextualizar as discussões sobre violência infantojuvenil, que foi marcada por diversas diferenças ao longo do tempo, refletindo mudanças sociais, culturais e científicas.

Ademais, a relevância histórica da discussão sobre violência infantojuvenil está na compreensão de suas raízes e de como moldou estruturas sociais e culturais ao longo do tempo.

Neste contexto, a definição histórica da infância e adolescência, desde a Antiguidade até os dias atuais, revela transformações significativas na percepção e tratamento das crianças e adolescentes. Na Grécia e Roma Antiga, as crianças eram vistas como adultos em potencial, enquanto na Idade Média e no Renascimento prevaleciam visões de disciplina severa e exploração. Foi com o Iluminismo e os filósofos John Locke e Jean-Jacques Rousseau que a infância começou a ser reconhecida como um estágio único de desenvolvimento, necessitando de cuidados específicos. No século XX, documentos como a Declaração Universal dos Direitos da Criança e a Convenção sobre os Direitos da Criança marcaram avanços significativos na proteção infantojuvenil. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 consolidou esse progresso com uma estrutura legal robusta para defender os direitos das crianças e adolescentes.

Portanto, a análise histórica nos mostra que a evolução na compreensão da infância e adolescência é crucial para abordar e mitigar a violência infantojuvenil.

3. ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A violência infantojuvenil é uma questão complexa e multifacetada que afeta milhões de crianças e adolescentes em todo o mundo, inclusive no Brasil. De acordo com estudos como o realizado por Rezende (2016), a violência pode se manifestar de diversas formas, incluindo abuso físico, sexual, emocional e negligência, deixando cicatrizes profundas no desenvolvimento físico, emocional e psicológico das vítimas.

Além disso, a violência infantojuvenil não apenas causa danos individuais, mas também tem um impacto significativo na sociedade como um todo, contribuindo para o aumento dos custos em saúde, educação e segurança pública, conforme discutido por Minayo et al. (2018).

Diante desse cenário, torna-se imperativo abordar essa questão em um contexto legal, como ressaltado por Costa et al (2022), uma vez que a legislação desempenha um papel crucial na proteção das crianças e adolescentes, estabelecendo normas, diretrizes e medidas para prevenir, punir e remediar casos de violência, bem como para promover o bem-estar e os direitos desses grupos vulneráveis. Assim, a implementação efetiva e o fortalecimento contínuo da legislação são fundamentais para enfrentar esse desafio social e garantir um ambiente seguro e saudável para as futuras gerações.

De acordo com Botelho (1993) a história da proteção à infância e adolescência origina-se em tempos antigos, embora as primeiras iniciativas legais formais tenham surgido apenas em períodos mais recentes. Nos primórdios da civilização, a proteção das crianças e dos adolescentes estava geralmente ligada à estrutura familiar e comunitária, com normas sociais informais que buscavam garantir seu bem-estar e desenvolvimento adequado. No entanto, foi apenas com o avanço da legislação civil que surgiram medidas específicas voltadas para a proteção desses grupos vulneráveis.

Ao longo do tempo, os primeiros códigos civis começaram a abordar questões relacionadas à infância e adolescência, estabelecendo alguns direitos e responsabilidades em relação aos menores. Por exemplo, o Código de Hamurabi, na antiga Mesopotâmia, datado de cerca de 1754 a.C., que continha disposições sobre a tutela de órfãos e a responsabilidade dos pais em relação aos filhos (Paula, 1963). Posteriormente, no Império Romano, o Código Justiniano (*Corpus Juris Civilis*) incluiu

disposições relacionadas à proteção de menores em casos de abandono ou negligência parental.

No entanto, foi apenas no século XIX que surgiram as primeiras leis modernas dedicadas à proteção da infância e adolescência (Botelho, 1993). Na Europa e nos Estados Unidos, o movimento pela proteção dos direitos das crianças ganhou força, impulsionado por preocupações com o trabalho infantil, maus-tratos e abandono. Um marco importante nesse processo foi a aprovação da Lei das Fábricas de 1833, no Reino Unido, que restringiu o trabalho infantil e estabeleceu padrões mínimos de proteção para crianças e adolescentes empregados em indústrias (Aguilar, 2017).

No Brasil, a legislação voltada para a proteção da infância e adolescência também começou a surgir no século XIX, embora de forma mais tardia em comparação com os países europeus. Um exemplo notável foi a criação do Código Penal de 1830, que continha disposições relacionadas ao abuso e maus-tratos contra menores (Junior, 2023). No entanto, foi apenas com o advento do Código de Menores, em 1927, que o país estabeleceu uma legislação específica para lidar com questões relacionadas à infância e adolescência de forma mais abrangente (Zanella e Lara, 2015).

Ao longo do século XX, diversos marcos legais e políticas foram implementados em resposta às preocupações sociais sobre o bem-estar da criança e do adolescente. Esses incluem a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 através da Lei 8.069/1990, qual tem como objetivo garantir a proteção integral dos direitos das crianças e dos adolescentes, assegurando-lhes condições para o pleno desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (Brasil, 1990).

Em outras palavras, o ECA busca promover o bem-estar e a inclusão desses grupos, garantindo-lhes acesso a direitos fundamentais, como saúde, educação, cultura, lazer, alimentação, dignidade, respeito, liberdade e convivência familiar e comunitária, além de proteção contra qualquer forma de violência, exploração, abuso ou discriminação (Nali et al, 2021).

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 1990).

De acordo com Zanella e Lara, (2015), o surgimento do ECA foi precedido por décadas de debates e mobilizações sociais em prol da garantia de direitos para esse grupo vulnerável. Esses debates foram impulsionados por uma série de eventos e movimentos, incluindo a promulgação da Constituição Federal de 1988, que reconheceu a criança e o adolescente como sujeitos de direitos.

Art. 15. A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis (Brasil, 1990).

Ao longo da década de 1980, diversos setores da sociedade brasileira, incluindo organizações não governamentais, movimentos sociais e profissionais da área da infância e adolescência, intensificaram suas demandas por uma legislação abrangente que garantisse a proteção integral desses grupos vulneráveis. Conforme observado por Favero (2020), o movimento pela aprovação do ECA foi marcado por uma ampla mobilização social e política, com a realização de conferências, seminários e manifestações em todo o país.

Um dos pontos de destaque durante o processo de elaboração do ECA foi o debate em torno da concepção de criança e adolescente como sujeitos de direitos. Segundo Favero (2020), houve uma mudança paradigmática na compreensão desses grupos, passando de uma visão assistencialista e tutelar para uma abordagem centrada nos direitos humanos e na promoção do desenvolvimento integral. Essa mudança de perspectiva foi fundamental para a construção de um estatuto que reconhecesse a autonomia e a dignidade das crianças e dos adolescentes.

Finalmente, após intensos debates e negociações, o ECA foi promulgado em 13 de julho de 1990, consolidando-se como uma das legislações mais avançadas e progressistas do mundo no que diz respeito aos direitos da infância e adolescência. O estatuto estabeleceu princípios e diretrizes para a proteção integral desses grupos, bem como medidas de promoção, prevenção e responsabilização. Seu surgimento representou não apenas uma conquista legislativa, mas também um marco na luta pela garantia de direitos humanos no Brasil (Favero, 2020).

Ademais, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece uma série de princípios fundamentais que norteiam a proteção e promoção dos direitos das crianças e adolescentes no Brasil. Dentre os principais artigos destacam-se:

Artigo 3º: Define que a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas

as oportunidades e facilidades para o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (Brasil, 1990).

Artigo 4º: É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, garantindo-lhes o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, 1990).

Artigo 5º: Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (Brasil, 1990).

Ademais, um desses princípios centrais é o princípio do melhor interesse da criança e do adolescente, que coloca os interesses e necessidades desses grupos como prioridade máxima em todas as ações e decisões que os afetam. O princípio do melhor interesse da criança e do adolescente é uma garantia essencial para assegurar que suas necessidades de desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social sejam atendidas de forma integral.

Conforme destacado por Rodrigues, Abrahão e Mattos (2021), esse princípio é embasado na Convenção sobre os Direitos da Criança da ONU, ratificada pelo Brasil em 1990, que reconhece o direito da criança a um padrão de vida adequado ao seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social. Além disso, o princípio do melhor interesse da criança e do adolescente é reforçado pela jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que têm ratificado sua aplicação em diversas decisões judiciais relacionadas à guarda, adoção, medidas de proteção e outras questões envolvendo crianças e adolescentes.

Segundo Carvalho (2008), o princípio do melhor interesse da criança e do adolescente é um guia essencial para profissionais da área da infância e adolescência, bem como para órgãos governamentais e entidades da sociedade civil, na formulação e implementação de políticas públicas e programas voltados para a promoção do bem-estar e desenvolvimento desses grupos. Sua aplicação requer uma abordagem holística e individualizada, levando em consideração as especificidades de cada criança e adolescente, suas relações familiares e comunitárias, e seu contexto socioeconômico e cultural.

Além disso, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece uma ampla gama de direitos fundamentais para as crianças e adolescentes brasileiros, garantindo sua proteção e promoção em diversos aspectos. Entre os direitos

estabelecidos pelo ECA, destacam-se aqueles relacionados à proteção contra a violência e o acesso à justiça, que visam garantir a segurança e o bem-estar desses grupos vulneráveis.

Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais (Brasil, 1990).

Art. 98. As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:
I - por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;
II - por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável;
III - em razão de sua conduta (Brasil, 1990).

Conforme destacado por Rodrigues, Abrahão e Mattos (2021) um dos principais direitos garantidos pelo ECA é o direito à proteção contra qualquer forma de violência, abuso ou exploração. O estatuto estabelece medidas para prevenir e remediar casos de violência física, psicológica, sexual ou qualquer outra forma de maus-tratos, bem como para promover a reabilitação e reintegração das vítimas. Além disso, o ECA estabelece a obrigação do Estado e da sociedade em proteger crianças e adolescentes contra qualquer forma de negligência, abandono ou discriminação.

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 1990).

No que diz respeito ao acesso à justiça, o ECA garante o direito das crianças e adolescentes a serem ouvidos e participarem ativamente de processos judiciais e administrativos que os afetem (Carvalho, 2008). O estatuto reconhece sua capacidade de expressar suas opiniões, interesses e necessidades, bem como de receber assistência jurídica gratuita quando necessário. Além disso, o ECA estabelece procedimentos especiais e garantias processuais para proteger os direitos das crianças e adolescentes em conflitos com a lei, assegurando-lhes um tratamento justo e digno durante todo o processo judicial.

Art. 100. Na aplicação das medidas levar-se-ão em conta as necessidades pedagógicas, preferindo-se aquelas que visem ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

II - proteção integral e prioritária: a interpretação e aplicação de toda e qualquer norma contida nesta Lei deve ser voltada à proteção integral e prioritária dos direitos de que crianças e adolescentes são titulares.

V - interesse superior da criança e do adolescente: a intervenção deve atender prioritariamente aos interesses e direitos da criança e do adolescente,

sem prejuízo da consideração que for devida a outros interesses legítimos no âmbito da pluralidade dos interesses presentes no caso concreto

X - prevalência da família: na promoção de direitos e na proteção da criança e do adolescente deve ser dada prevalência às medidas que os mantenham ou reintegrem na sua família natural ou extensa ou, se isso não for possível, que promovam a sua integração em família adotiva;

XI - obrigatoriedade da informação: a criança e o adolescente, respeitado seu estágio de desenvolvimento e capacidade de compreensão, seus pais ou responsável devem ser informados dos seus direitos, dos motivos que determinaram a intervenção e da forma como esta se processa;(Brasil, 1990)

Em suma, o ECA desempenha um papel crucial na garantia dos direitos das crianças e adolescentes brasileiros, especialmente no que diz respeito à proteção contra a violência e ao acesso à justiça. Seus dispositivos legais estabelecem um quadro abrangente de proteção e promoção dos direitos infantojuvenis, refletindo o compromisso do Brasil com os princípios dos direitos humanos e da dignidade humana.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece uma série de medidas de proteção para garantir o bem-estar e a segurança das crianças e adolescentes brasileiros em situação de violência ou em risco de violência. Uma dessas medidas é o acolhimento institucional, que consiste na colocação temporária da criança ou adolescente em instituições de acolhimento, como abrigos ou casas de passagem, quando se encontram em situação de abandono, negligência ou violência familiar grave.

Art. 93. As entidades que mantenham programa de acolhimento institucional poderão, em caráter excepcional e de urgência, acolher crianças e adolescentes sem prévia determinação da autoridade competente, fazendo comunicação do fato em até 24 (vinte e quatro) horas ao Juiz da Infância e da Juventude, sob pena de responsabilidade (Brasil, 1990).

Segundo Rodrigues, Abrahão e Mattos (2021), o acolhimento institucional é uma medida de proteção excepcional e transitória, que visa garantir a proteção e o cuidado adequado desses grupos vulneráveis enquanto se busca uma solução permanente para sua situação.

Além do acolhimento institucional, o ECA prevê a oferta de apoio psicossocial às crianças e adolescentes vítimas de violência, com o objetivo de mitigar os impactos emocionais e psicológicos decorrentes dessas experiências traumáticas.

Art. 87. São linhas de ação da política de atendimento:

III - serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão (Brasil, 1990).

Conforme destacado por Sartori e Longo (1999), o apoio psicossocial pode incluir acompanhamento terapêutico individual ou em grupo, atendimento psicológico especializado, orientação familiar e suporte emocional, entre outras formas de intervenção. Essas medidas visam promover a resiliência e o processo de recuperação das vítimas, ajudando-as a superar os efeitos negativos da violência e a reconstruir suas vidas de forma saudável e satisfatória.

É importante ressaltar que, conforme observado por Machado (2021), tanto o acolhimento institucional quanto o apoio psicossocial devem ser oferecidos de forma integrada e articulada, levando em consideração as necessidades específicas de cada criança e adolescente. Além disso, é fundamental que essas medidas sejam implementadas com o devido respeito aos direitos e à dignidade das vítimas, garantindo sua participação ativa no processo de tomada de decisões e o respeito à sua autonomia e privacidade.

Em suma, as medidas de proteção previstas pelo ECA, como o acolhimento institucional e o apoio psicossocial, desempenham um papel crucial na promoção do bem-estar e da segurança das crianças e adolescentes em situação de violência, garantindo-lhes o direito a uma vida digna e livre de qualquer forma de violação de direitos.

Vários estudos e análises têm destacado o impacto positivo do ECA na redução da violência infantojuvenil e na promoção dos direitos da criança e do adolescente no Brasil. Segundo Moreira et al. (2012), a implementação do ECA resultou em avanços significativos na prevenção e combate à violência contra crianças e adolescentes, contribuindo para a diminuição das taxas de mortalidade infantil, abuso e exploração sexual, trabalho infantil e outros tipos de violência.

Além disso, o ECA tem sido fundamental na consolidação de políticas públicas voltadas para a promoção do desenvolvimento integral das crianças e adolescentes (Moreira et al, 2012). A criação de programas e serviços de assistência social, saúde, educação, cultura e lazer, voltados para esse público, tem contribuído para melhorar suas condições de vida e ampliar suas oportunidades de acesso a direitos básicos e serviços essenciais.

Um dos principais impactos do ECA tem sido o fortalecimento do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente. A criação de conselhos tutelares, conselhos de direitos, e a mobilização da sociedade civil e dos órgãos governamentais em torno da implementação e monitoramento das políticas públicas têm contribuído para ampliar a efetividade do estatuto na promoção e defesa dos direitos infantojuvenis. (Bulhões, 2010).

Por fim, o Estatuto da Criança e do Adolescente tem desempenhado um papel fundamental na redução da violência infantojuvenil e na promoção dos direitos da criança e do adolescente no Brasil, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa, igualitária e inclusiva para as futuras gerações.

Além disso, estudos recentes têm destacado os efeitos positivos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) na sociedade brasileira. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), desde a implementação do ECA, houve uma redução significativa nos índices de trabalho infantil, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes no país. Os dados indicam que a taxa de trabalho infantil caiu de 8,6% em 1992 para 4,6% em 2019, enquanto os casos de abuso e exploração sexual infantil também apresentaram uma diminuição expressiva ao longo das últimas décadas.

Ademais, estudos têm demonstrado uma melhoria nos indicadores de saúde e educação infantil após a promulgação do ECA. De acordo com dados do IBGE, houve um aumento significativo na taxa de frequência escolar de crianças e adolescentes brasileiros, passando de 85,9% em 1992 para 98,2% em 2019. Esses números refletem os avanços na garantia do direito à educação previsto pelo ECA, contribuindo para a redução da evasão escolar e para a melhoria da qualidade do ensino no país.

Outro impacto positivo do ECA na sociedade brasileira é a redução da mortalidade infantil e adolescente. Conforme destacado por Moreira et al (2012), o estatuto estabelece diretrizes para a promoção da saúde e do bem-estar das crianças e adolescentes, incluindo o acesso universal aos serviços de saúde e a garantia de atendimento prioritário em casos de urgência e emergência.

Art. 11. É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 2020).

Como resultado, as taxas de mortalidade infantil e adolescente no Brasil apresentaram uma queda significativa ao longo das últimas décadas, refletindo os esforços empreendidos para garantir o direito à vida e à saúde preconizado pelo ECA.

Apesar dos avanços significativos alcançados desde a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ainda persistem desafios consideráveis na aplicação efetiva de suas diretrizes, especialmente no que se refere à prevenção e combate à violência infantojuvenil. Conforme apontado por Carvalho (2008), a violência continua sendo uma realidade alarmante na vida de muitas crianças e adolescentes brasileiros, manifestando-se de diversas formas, incluindo abuso físico, sexual, psicológico e negligência. A falta de investimentos em políticas públicas de prevenção, a fragilidade dos sistemas de proteção e a desigualdade socioeconômica são alguns dos principais fatores que contribuem para a perpetuação desse cenário.

Diante desses desafios, é fundamental repensar as estratégias de enfrentamento à violência infantojuvenil e promover melhorias na legislação e nas políticas públicas relacionadas à proteção dos direitos da criança e do adolescente. Segundo Rodrigues, Abrahão e Mattos (2021), uma abordagem integrada e interdisciplinar é essencial para identificar as causas subjacentes da violência e desenvolver intervenções eficazes para prevenir e reduzir seu impacto. Isso inclui o fortalecimento dos sistemas de proteção e atendimento às vítimas, o aumento dos investimentos em programas de prevenção e educação, e a promoção de parcerias entre os setores público e privado, bem como a sociedade civil, para enfrentar esse desafio de forma coletiva e sustentável.

Para avançar nessa direção, é necessário um compromisso renovado dos governos, legisladores, profissionais da área da infância e adolescência e da sociedade em geral, em prol da implementação efetiva do ECA e do fortalecimento das políticas de proteção e promoção dos direitos infantojuvenis. Como destacado por Rodrigues, Abrahão e Mattos (2021), é preciso adotar uma abordagem baseada em evidências, investindo em pesquisa e avaliação para orientar a formulação e implementação de políticas mais eficazes e adequadas às necessidades das crianças e adolescentes brasileiros. Somente assim será possível garantir um futuro mais seguro, saudável e digno para as gerações vindouras.

Os impactos do ECA na sociedade brasileira são inegáveis, contribuindo para a redução da violência infantojuvenil, a melhoria dos indicadores de saúde e educação, e o fortalecimento do sistema de garantia de direitos da criança e do

adolescente. No entanto, ainda há desafios e perspectivas futuras quanto à aplicação efetiva do estatuto, especialmente no que diz respeito à prevenção da violência e promoção dos direitos infantojuvenis em um contexto de desigualdades sociais e econômicas.

Diante desses desafios, é crucial reafirmar a importância contínua do ECA na proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes e na promoção de uma cultura de paz e respeito aos direitos humanos. A implementação efetiva do estatuto requer um compromisso renovado de todos os setores da sociedade em garantir o pleno cumprimento de suas diretrizes, visando construir um futuro mais justo, igualitário e inclusivo para as gerações presentes e futuras.

4. CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

As cartilhas produzidas pelo CREPOP (Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas) são ferramentas essenciais para os profissionais de Psicologia e áreas afins que atuam nas políticas públicas, especialmente em contextos de alta complexidade, como a violência infantojuvenil. Essas publicações oferecem orientações técnicas, diretrizes e informações fundamentais para auxiliar no trabalho dos profissionais, garantindo que as intervenções realizadas sejam éticas, eficazes e estejam alinhadas aos princípios dos Direitos Humanos. Além de fornecerem subsídios técnicos, as cartilhas enfatizam a necessidade de compreender a subjetividade dos indivíduos e a importância do contexto social no processo de cuidado, promovendo uma nova perspectiva na intersecção entre psicologia, saúde e políticas públicas (Vale, 2019).

A violência infantojuvenil, que abrange agressões físicas, psicológicas, sexuais e a negligência, é uma grave violação dos direitos humanos de crianças e adolescentes. Ela pode ocorrer em diversos contextos, como na família, na escola, na comunidade e até em espaços institucionais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência contra crianças e adolescentes pode ter efeitos devastadores, impactando negativamente o desenvolvimento emocional, psicológico e social da vítima, além de aumentar o risco de problemas de saúde mental ao longo da vida, como depressão, ansiedade, transtornos de estresse pós-traumático e até tendências suicidas.

As cartilhas do CREPOP abordam essas questões com profundidade, oferecendo uma compreensão clara de como a violência infantojuvenil compromete o bem-estar das vítimas e suas famílias. Segundo as cartilhas, a violência deve ser compreendida como qualquer ação que viola os direitos fundamentais da criança ou do adolescente, transformando-os em objetos de agressão e exploração, negando-lhes dignidade e cidadania. Isso se reflete na definição de violência apresentada por Chauí (1985, apud CFP, 2020), que descreve a violência como um ato que transforma o ser humano em objeto, caracterizado pela passividade e pelo silêncio, e que opera em uma dinâmica de hierarquia desigual com fins de dominação, opressão e exploração.

A cartilha "Referências técnicas para atuação de psicólogos na rede de proteção às crianças e adolescentes em situação de violência sexual" detalha o impacto da violência sexual, uma das formas mais graves de abuso, que deixa marcas profundas na subjetividade da vítima (CFP, 2020). Esse tipo de violência compromete o desenvolvimento emocional, psicológico e social da criança ou adolescente, afetando sua capacidade de estabelecer vínculos saudáveis e sua confiança em adultos e nas instituições de proteção. Além disso, pode perpetuar ciclos de violência, tanto no papel de vítimas quanto como agressores, em fases posteriores da vida. Os danos causados pela violência infantojuvenil não se limitam ao ato violento em si, mas reverberam ao longo do ciclo de vida. As vítimas podem desenvolver dificuldades em estabelecer relações interpessoais saudáveis, apresentar problemas de autoestima e confiança, além de vivenciarem maior vulnerabilidade à exclusão social e à marginalização. Como ressaltado nas cartilhas do CREPOP, a violência pode "afetar a construção da identidade e a capacidade de resiliência das vítimas", muitas vezes perpetuando ciclos de violência que se estendem até a vida adulta (CFP, 2020).

Diante das múltiplas formas de violência contra crianças e adolescentes, o papel do psicólogo na rede de proteção é fundamental. A atuação do psicólogo deve ser pautada pelos marcos éticos e políticos estabelecidos pelo Código de Ética Profissional da Psicologia, que estabelece diretrizes para que o atendimento às vítimas de violência seja realizado de forma ética, sensível e respeitosa. O princípio da "proteção integral", defendido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), deve orientar a atuação dos psicólogos, assegurando que as crianças e adolescentes sejam tratados como sujeitos de direitos, e não como meros objetos de intervenção (CFP, 2020).

O Artigo 1º do Código de Ética Profissional da Psicologia enfatiza que a prática psicológica deve ser exercida em benefício do ser humano e da sociedade (CFP, 2005, art. 1º). Esse princípio fundamental orienta todas as ações dos psicólogos, especialmente em contextos de vulnerabilidade, como no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência.

Além disso, a atuação do psicólogo deve ser pautada por um compromisso ético com o bem-estar e a dignidade dos indivíduos, reconhecendo a complexidade das situações que afetam a vida dessas pessoas. Ao trabalhar com crianças e adolescentes que sofreram violência, o psicólogo deve ir além do atendimento individual. É essencial que o profissional compreenda as circunstâncias sociais,

familiares e culturais que contribuem para a situação de violência, visando promover não apenas a recuperação emocional das vítimas, mas também a transformação das condições que propiciam esse tipo de violência. Isso implica uma abordagem integrativa, que busca compreender o contexto mais amplo no qual a criança ou adolescente está inserido.

Nesse sentido, o Artigo 2º do Código de Ética Profissional da Psicologia, que trata da promoção da dignidade e dos direitos humanos, reforça a importância de o psicólogo respeitar a diversidade e as particularidades de cada indivíduo, considerando as diferenças étnicas, culturais e socioeconômicas das vítimas (CFP, 2005). A prática psicológica deve sempre estar comprometida com o respeito à identidade de cada criança ou adolescente, assegurando que sejam tratados com sensibilidade e que suas especificidades sejam plenamente atendidas no processo de intervenção.

Ademais, de acordo com o CREPOP, os psicólogos que atuam na rede de proteção devem garantir a escuta qualificada das vítimas, oferecendo um ambiente seguro e acolhedor onde crianças e adolescentes possam relatar suas vivências sem medo de retaliação ou julgamento. Esse processo de escuta é fundamental tanto para acolher o sofrimento da vítima quanto para embasar ações de proteção mais amplas, como o acionamento de redes de apoio e o encaminhamento para serviços especializados. O documento enfatiza que:

o profissional deve garantir um espaço de escuta no qual a vítima se sinta segura para relatar suas vivências, respeitando seu tempo e suas formas de expressão (CFP, 2020, p. 30).

Esse compromisso com a escuta qualificada está diretamente relacionado ao Artigo 3º do Código de Ética Profissional da Psicologia, que enfatiza a responsabilidade social do psicólogo e seu papel na defesa dos direitos da população (CFP, 2005). No contexto da rede de proteção, o psicólogo deve atuar de forma ativa na garantia dos direitos das crianças e adolescentes, considerando a vulnerabilidade a que estão submetidos. Ao acolher suas vivências, o psicólogo não apenas ouve o sofrimento, mas também contribui para que as vítimas sejam reconhecidas como sujeitos de direitos e dignas de proteção. Dessa forma, o trabalho vai além do atendimento individual, estendendo-se à promoção de ações que visam a garantia de direitos, a justiça social e a construção de ambientes seguros e acolhedores para todas as vítimas, conforme previsto no artigo.

As cartilhas também destacam que o psicólogo deve atuar em articulação com outros profissionais da rede de proteção, como conselhos tutelares, escolas, instituições de saúde e órgãos de segurança pública. A violência infantojuvenil exige uma abordagem integrada e interdisciplinar, na qual o psicólogo atua como elo entre os diferentes serviços, garantindo que as crianças e adolescentes sejam protegidos e atendidos em suas necessidades mais urgentes. Nesse sentido, o CREPOP orienta que:

Os psicólogos devem trabalhar de forma integrada com outros profissionais e instituições, garantindo o diálogo entre as diversas áreas que compõem a rede de proteção, assegurando a integralidade do atendimento (CFP, 2020, p. 32).

Ademais, a importância do trabalho em rede está diretamente relacionada ao Artigo 14 do Código de Ética Profissional da Psicologia, que destaca o valor da colaboração interdisciplinar (CFP, 2005). Ao trabalhar em conjunto com outros profissionais da rede de proteção, como assistentes sociais, educadores, médicos e conselheiros tutelares, o psicólogo deve assegurar que o atendimento às vítimas de violência infantojuvenil seja completo e eficiente, respeitando as especificidades de cada área de atuação.

Além disso, a atuação dos psicólogos em casos de violência infantojuvenil deve estar alinhada ao Código de Ética Profissional da Psicologia, que orienta para a proteção dos direitos humanos e a promoção da dignidade das vítimas (Artigo 13, CFP, 2005). O código exige que os profissionais se abstenham de práticas que possam revitimizar as crianças e adolescentes atendidos. Isso inclui garantir que a escuta seja feita com cuidado, evitando que a vítima tenha que repetir diversas vezes o relato do trauma para diferentes profissionais. O documento do CREPOP reforça essa diretriz, afirmando que:

É fundamental que o psicólogo, em conjunto com outros profissionais, crie estratégias para evitar a revitimização, assegurando que a vítima seja escutada uma única vez, e que essa escuta seja realizada de forma acolhedora e cuidadosa (CFP, 2020, p. 37).

Além disso, o Código de Ética estabelece que o psicólogo deve sempre agir com responsabilidade social, comprometendo-se com a promoção da justiça social e da igualdade. Na prática, isso significa que o psicólogo deve estar atento às desigualdades sociais que afetam as vítimas de violência, e deve atuar para que essas vítimas tenham acesso a serviços de qualidade e a proteção efetiva. As intervenções

do psicólogo devem considerar as particularidades de cada caso, respeitando a diversidade étnica, cultural e socioeconômica das vítimas, conforme ressaltado nas cartilhas:

Os profissionais devem considerar a diversidade étnica e os diferentes meios de expressão durante o atendimento, garantindo que as crianças e adolescentes sejam compreendidos e que seus direitos sejam plenamente respeitados (CFP, 2020, p. 33).

Além da intervenção direta em casos de violência, as cartilhas do CREPOP destacam o papel do psicólogo na prevenção da violência e na promoção de direitos. Isso envolve o desenvolvimento de estratégias preventivas em parceria com escolas, comunidades e famílias, com o objetivo de romper os ciclos de violência e fortalecer a rede de proteção. A cartilha orienta os psicólogos a promoverem ações educativas sobre direitos humanos e prevenção da violência, sensibilizando tanto as vítimas quanto as famílias e a comunidade sobre os impactos da violência.

A prevenção da reincidência da violência é outro ponto central das orientações do CREPOP. As intervenções psicológicas devem focar não apenas no acolhimento imediato das vítimas, mas também no fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, promovendo uma educação voltada para os direitos humanos.

As intervenções devem visar não apenas ao acolhimento, mas também à prevenção da reincidência da violência, fortalecendo os vínculos familiares e comunitários e promovendo a educação em direitos humanos (CFP, 2020, p. 38).

Apesar das diretrizes claras oferecidas pelas cartilhas do CREPOP, a implementação dessas orientações enfrenta uma série de desafios práticos. Um dos principais obstáculos é a falta de recursos materiais e humanos para atender à demanda crescente de casos de violência infantojuvenil, especialmente em áreas de alta vulnerabilidade social. Os serviços públicos de saúde, educação e assistência social muitas vezes enfrentam sobrecarga, o que compromete a qualidade do atendimento e a efetividade das intervenções psicológicas. As cartilhas do CREPOP reconhecem que:

A atuação do psicólogo para ser eficaz necessita de suporte adequado, tanto em termos de infraestrutura quanto de recursos humanos, além de políticas públicas que garantam a continuidade e a integração dos serviços (CFP, 2020, p. 45).

Outro desafio importante é a resistência institucional que muitos psicólogos enfrentam ao tentar implementar uma abordagem interdisciplinar e em rede, como

recomendado pelas cartilhas. Embora a articulação entre os diferentes setores da rede de proteção seja essencial, na prática, a fragmentação dos serviços e a falta de comunicação entre as instituições dificultam a coordenação de um atendimento integrado e contínuo. Além disso, a formação inadequada de muitos profissionais que integram a rede de proteção — como assistentes sociais, professores e agentes de saúde — é outro obstáculo, pois frequentemente esses profissionais não possuem o preparo adequado para lidar com casos de violência infantojuvenil. Isso cria uma barreira adicional para o psicólogo, que precisa lidar com colegas que não compreendem completamente as especificidades do atendimento psicológico ou que não estão familiarizados com as diretrizes das políticas públicas voltadas para a proteção de crianças

5. PSICANÁLISE

A psicanálise, como abordagem teórica desenvolvida por Sigmund Freud e posteriormente por outros psicanalistas, oferece uma perspectiva única sobre o desenvolvimento psíquico infantil. Segundo a psicanálise, o desenvolvimento infantil é moldado por processos psicológicos que impactam diretamente na vida adulta.

5.1 Conceitos fundamentais da psicanálise

Todavia, para entender a técnica aplicada a clínica psicanalítica é necessário voltar para os conceitos fundamentais criados por Freud. Dentre estes encontra-se o conceito de inconsciente que foi revolucionário no entendimento da mente humana.

Cordeiro (2010), define a consciência como a percepção do mundo exterior, de sentimentos e de processos pré-conscientes. Ela resulta da atividade de um sistema específico, que é o sistema percepção-consciência.

Por outro lado, o inconsciente é considerado a parte mais significativa do aparelho psíquico, onde se encontram lembranças e memórias que não estão acessíveis à consciência. Freud argumenta que muitos conteúdos psíquicos permanecem latentes e que a consciência é apenas uma fração da totalidade da mente (Baratto, 2009). Além disso, Freud define o inconsciente como uma instância da mente que contém desejos, impulsos e memórias reprimidas, inacessíveis à consciência. Segundo Freud, o conteúdo inconsciente pode emergir em sonhos e atos falhos. (Cordeiro, 2010).

Nesse contexto, Cordeiro (2010), define os sonhos como um dos principais caminhos para a investigação do inconsciente, considerando-os como realizações disfarçadas de desejos proibidos e inconscientes e, portanto, são vistos como um caminho direto para acessar os conteúdos do inconsciente e entender os desejos que não podem ser expressos diretamente.

Ainda dentro do inconsciente, há os atos falhos que representam situações em que o resultado pretendido não é alcançado. O sujeito tende a atribuir esses "erros" a distrações ou ao acaso. No entanto, Freud demonstrou que os atos falhos são uma expressão de um compromisso entre a intenção consciente do sujeito e o conteúdo recalçado. Dessa forma, embora o ato falho pareça um erro à primeira

vista, ele é, na verdade, bem-sucedido no nível do inconsciente, já que o desejo inconsciente se manifesta de maneira clara e perceptível através da análise (Pontalis e Laplanche, 2001 apud Cordeiro, 2010).

Nesse contexto, existem também os mecanismos de defesa, que são processos psicológicos inconscientes que têm como objetivo proteger o ego contra ansiedades e conflitos internos, distorcendo ou manipulando a realidade (Volpi, 2008).

Ademais, outro conceito fundamental é a transferência, descrito por Freud como o fenômeno pelo qual os pacientes projetam no analista sentimentos e desejos anteriormente dirigidos a outras figuras significativas de suas vidas. Este processo é essencial para o tratamento psicanalítico, pois revela conflitos e impulsos inconscientes que podem ser trabalhados terapeuticamente (Santos, 1994).

Além disso, há ainda a resistência, que é entendida como qualquer oposição inconsciente do paciente ao avanço do tratamento psicanalítico. A resistência manifesta-se de diversas formas, como esquecimentos, omissões e racionalizações, sendo uma defesa contra a mudança e o enfrentamento de material doloroso (Cesário, 2021).

5.2 ID, Ego e Superego

Freud começou a explorar as dinâmicas psíquicas em seus estudos sobre histeria na década de 1890. A partir de 1900, com "A Interpretação dos Sonhos", ele começou a articular suas ideias sobre o inconsciente, que se tornaram fundamentais para sua teoria. A formalização do superego como uma instância psíquica ocorreu após anos de reflexão teórica e observação clínica, sendo um marco no desenvolvimento da psicanálise (Prudente e Ribeiro, 2005).

Os conceitos de id, ego e superego, foram desenvolvidos por Sigmund Freud ao longo de sua carreira. São conceitos fundamentais na teoria psicanalítica de Sigmund Freud, servindo como uma maneira de entender a estrutura da personalidade humana. Freud propôs que a mente é composta por três partes interagindo continuamente, cada uma desempenhando um papel distinto na formação do comportamento e das experiências humanas.

O id é considerado a parte mais primitiva da mente, presente desde o nascimento, responsável pelos impulsos e desejos instintivos. Freud descreveu o id

como a fonte de energia psíquica, que opera de maneira impulsiva e irracional, regido pelo princípio do prazer, buscando satisfação imediata de necessidades e desejos sem considerar a realidade ou as consequências (Prudente e Ribeiro, 2005). Esse aspecto inconsciente do id impulsiona comportamentos que visam ao prazer e a evitação da dor, como exemplificado por um bebê chorando quando está com fome.

O ego por sua vez se desenvolve a partir do id e é responsável por mediar entre os desejos impulsivos do id e as exigências da realidade. Ele opera no princípio da realidade, buscando satisfazer os desejos do id de maneira socialmente aceitável e realista (Lima, 2010). O ego utiliza a lógica e a razão para equilibrar as demandas do id, do superego e do mundo externo. Por exemplo, ao sentir fome, o ego pode buscar comida, mas de forma apropriada, como cozinhar ou comprar um lanche.

Ademais, há ainda o superego, introduzido formalmente em "O Ego e o Id", que representa a internalização das normas sociais e morais, incorporando os valores e padrões éticos aprendidos da sociedade e dos cuidadores. Freud descreveu o superego como um agente crítico que censura os impulsos do id e influencia o comportamento do ego, atuando como um juiz ou censor que avalia suas ações e desejos (Laender, 2005).

Sua formação está intimamente ligada ao complexo de Édipo, onde as identificações primárias e secundárias desempenham um papel crucial em sua constituição. O superego não apenas censura comportamentos considerados inaceitáveis, mas também gera uma necessidade de punição, refletindo a luta interna entre os impulsos naturais e as expectativas sociais (Lima, 2010).

Portanto, a dinâmica entre id, ego e superego é complexa e muitas vezes resulta em conflitos internos. O ego tem a função de navegar entre as exigências instintivas do id, as restrições morais do superego e as demandas do mundo real. Esse equilíbrio é crucial para o desenvolvimento saudável da personalidade e para a capacidade de lidar com os desafios da vida. Além disso, o modelo freudiano de id, ego e superego oferece uma estrutura valiosa para entender a mente humana, suas motivações e os conflitos que podem surgir ao tentar equilibrar os desejos internos com as expectativas sociais.

5.3 Desenvolvimento psicosssexual

Dentro desses processos encontra-se o desenvolvimento psicosssexual da criança, em que Freud postula que as crianças passam por uma série de estágios psicossociais, sendo eles oral, anal, fálico, latência e genital. Cada uma dessas fases é caracterizada pelo foco em uma zona erógena específica e conflitos psicológicos associados a essa etapa de desenvolvimento (Castelhana et al, 2023).

Estes estágios são fundamentais para entender, não apenas o desenvolvimento infantil, mas também questões psicológicas que podem surgir na idade adulta. A abordagem freudiana, embora formulada no início do século XX, continua a oferecer insights valiosos sobre a psicologia humana e é frequentemente explorada em contextos clínicos modernos (Amaral, 1995).

De acordo com Freud, a primeira fase do desenvolvimento infantil se concentra na região oral. Os preceitos da oralidade envolvem a primeira forma de satisfação através da amamentação, influenciando as primeiras etapas formativas da psique em suas particularidades, e o seio materno se destaca como o principal objeto de prazer e desprazer nessa dinâmica. Essa fase oral dura aproximadamente de um ano a um ano e meio e termina com o desmame (Castelhana et al, 2023).

Partindo para a próxima fase, a anal, após receber orientações sobre higiene íntima, a criança pode desenvolver uma fixação na região anal e no ato de brincar com suas próprias fezes. Segundo Freud, durante essa fase, a criança pode sentir orgulho de suas "produções", levando ao desenvolvimento de uma personalidade "anal expulsiva". Além disso, a criança pode deliberadamente reter suas fezes como uma forma de desafio aos pais, resultando em uma personalidade "anal retentiva". Tem duração aproximada de um a dois anos (Euzébio, 2023).

Em seguida inicia-se a fase fálica que é considerada a mais crucial para o desenvolvimento sexual na infância. Esse estágio concentra-se na diferenciação dos sexos e nas consequências edipianas vivenciadas pela criança, lembrando que essas experiências são interpretadas de maneiras distintas entre meninos e meninas.

Assim, enquanto o menino enfrenta os desafios edipianos através da ansiedade de castração, a menina experimenta as interpretações edipianas de forma diferente. Essa fase tem duração de três a quatro anos (Castelhana et al, 2023).

Dessa forma, o complexo de Édipo é uma fase crucial no desenvolvimento psicosssexual, onde a criança enfrenta o desafio de lidar com esses sentimentos intensos e de forma gradual, através da resolução deste conflito, internaliza as normas e valores da sociedade em que vive, desenvolvendo sua identidade sexual e superego (Moreira, 2004).

Neste interim, o complexo de Édipo, conceito central na psicanálise proposto por Sigmund Freud, descreve um conjunto de sentimentos e conflitos que surgem na infância, geralmente entre os três e os cinco anos de idade. Segundo Freud, durante esse período, a criança desenvolve sentimentos de amor e desejo sexual em relação ao genitor do sexo oposto (Édipo positivo), enquanto sente inveja e rivalidade em relação ao genitor do mesmo sexo (Édipo negativo) (Santos, 2020).

Este fenômeno é fundamental para a formação do superego, o componente da personalidade que representa as normas morais e éticas internalizadas da sociedade. Ele se desenvolve como resultado da resolução do Complexo de Édipo através da identificação com o genitor do mesmo sexo, adotando seus valores e normas. Laender (2005) explica que o superego funciona principalmente em um nível inconsciente, influenciando o comportamento através do sentimento de culpa e da auto-observação.

Assim, a resolução do Complexo de Édipo e a formação adequada do superego são essenciais para o desenvolvimento de uma personalidade equilibrada e saudável. Se o Complexo de Édipo não for resolvido de maneira eficaz, isso pode resultar em problemas psicológicos, incluindo ansiedade, neuroses e dificuldades nas relações interpessoais.

Portanto, o Complexo de Édipo e a subsequente formação do superego são considerados por Freud como momentos decisivos no desenvolvimento emocional e psicológico da criança. As interações familiares e a dinâmica entre os pais e a criança são cruciais nesse processo, enfatizando a importância do ambiente familiar no desenvolvimento infantil (Moreira, 2004).

Após superar o complexo de Édipo, a criança entra no período de latência. Nesse período, os impulsos naturais são reprimidos e as habilidades sociais são desenvolvidas, permitindo que a criança se socialize além da família. Embora não seja considerado um estágio por si só, a latência é um intervalo entre estágios de desenvolvimento (Castelhano et al, 2023).

Finalmente, com a chegada da puberdade, os impulsos sexuais, que estavam

anteriormente voltados para atividades sociais, voltam-se agora para relacionamentos amorosos, influenciados pelas experiências e estruturas moldadas pelo complexo de Édipo. Uma das características fundamentais da fase genital é que, nesse momento, o indivíduo transcende suas tendências autoeróticas, passando a investir emocionalmente em outras pessoas e desenvolvendo uma organização psíquica mais completa (Castellano et al, 2023).

5.4 Pós-Freudiano

Este campo da psicanálise sobre o desenvolvimento infantil, desde sua fundação por Sigmund Freud, evoluiu significativamente, com contribuições de diversos teóricos que expandiram e adaptaram a teoria psicanalítica para abranger uma ampla gama de fenômenos psicológicos. Entre os mais notáveis estão Melanie Klein e Donald Winnicott, cujas teorias têm sido fundamentais para entender melhor questões relacionadas ao desenvolvimento das crianças e o tratamento de questões psicológicas associadas à infância.

Melanie Klein (1882-1960) é uma das figuras mais influentes na história da psicanálise, particularmente no que diz respeito à psicanálise infantil. Klein propôs que a vida psíquica da criança começa muito mais cedo do que Freud sugeriu, com dinâmicas complexas operando desde os primeiros meses de vida. Ela introduziu o conceito de “posições” psicológicas — a posição esquizoparanóide e a posição depressiva — que descrevem as operações psíquicas nas primeiras etapas da vida do bebê. A posição esquizoparanóide, caracterizada pela divisão de objetos em bons e maus e a posição depressiva, marcada por uma preocupação reparadora para com o objeto amado, são cruciais para o desenvolvimento emocional (Almeida, 2019). A posição esquizoparanóide é caracterizada pelo fato de as crianças não reconhecerem as “pessoas” como um todo, mantendo relacionamentos com objetos parciais, e pela predominância dos processos de divisão (splitting) e ansiedade paranoide (Segal, 1975).

Ainda segundo Segal (1975), a criança vive em um estado de ansiedade e desconfiança em relação ao mundo ao seu redor e percebe os objetos primários (geralmente a mãe) como divididos em bons e maus e assim experimenta medo de ser atacada e sente que precisa se proteger desses objetos maus, enquanto idealiza os bons.

Já na posição depressiva, a criança começa a perceber os objetos primários de forma mais integrada, reconhecendo que podem ser tanto bons quanto maus. Ela desenvolve uma consciência das consequências de suas fantasias e impulsos agressivos sobre esses objetos e experimenta sentimento de culpa e tristeza por suas fantasias agressivas. A posição depressiva é crucial para o desenvolvimento de relações emocionalmente maduras, capacidade de lidar com ambivalências e complexidades emocionais (Segal, 1975).

De acordo com Melanie Klein (1882-1960) a expressão das fantasias masturbatórias é crucial para a atividade lúdica e para todas as sublimações futuras. A repressão destas fantasias pode levar a graves inibições nas brincadeiras e no aprendizado da criança, incluindo a compreensão da sexualidade. Assim, uma vida sexual satisfatória depende da liberação dessas fantasias, principalmente das representações do ato sexual dos pais. Essas fantasias só podem ser reveladas após um período prolongado de análise e da consolidação de conteúdos genitais na criança (Oliveira, 2007).

Pelo olhar de Freud (1996) o processo edípico se dá na fase fálica, momento em que a criança se depara com a diferenciação da anatomia sexual e é marcado pelo desejo libidinoso dos pais. Como contraponto, em Melanie Klein, comentada por Segal (1975), encontra-se uma perspectiva diferenciada para a etapa em que esse processo se inicia sendo remetida a mais tenra idade que aquela postulada por Freud (Pera e Correa, 2015, 23).

No entanto, Melanie Klein optou por usar o termo "posição" para destacar que o fenômeno descrito não é meramente um estágio passageiro ou uma fase, como, por exemplo, a fase oral; o termo escolhido implica em uma configuração específica de relações objetais, ansiedades e defesas, que persistem ao longo da vida. A posição depressiva nunca é completamente superada pela posição esquizoparanóide; a integração alcançada nunca é total e, ademais, as defesas contra o conflito depressivo podem levar a uma regressão aos fenômenos esquizoparanóides, resultando em uma oscilação constante entre as duas posições (Segal, 1975).

Ainda, existe outro autor que também contribuiu para a compreensão do desenvolvimento infantil. Donald Winnicott (1896-1971), outro renomado teórico pós-freudiano, é conhecido por suas ideias sobre o ambiente suficientemente bom e o objeto transicional.

Winnicott destacou a importância do relacionamento entre a mãe (ou cuidador principal) e o bebê, enfatizando que um ambiente de suporte é essencial para o desenvolvimento saudável da criança. O objeto transicional, um conceito introduzido por ele, desempenha um papel vital na capacidade da criança de operar independência e autonomia. Esses objetos, que podem ser um cobertor ou um bicho de pelúcia, ajudam a criança a gerenciar ansiedades e transições durante o crescimento (Vorcaro e Lucero, 2015).

Além disso, outro conceito do autor são as fases de dependências da criança. Winnicott descreve uma fase inicial de dependência absoluta, durante a qual a criança é totalmente dependente dos cuidados maternos para sua sobrevivência e bem-estar. Nesta fase, a mãe atua como um "objeto transicional", fornecendo um sentido de continuidade e segurança para a criança enquanto ela começa a desenvolver uma identidade separada (Vorcaro e Lucero, 2015).

Então, a criança passa para a fase de dependência relativa, na qual começa a explorar sua independência, mas ainda precisa de apoio e cuidado dos cuidadores primários. Esta dependência relativa é vista como uma transição gradual entre a dependência absoluta inicial e a independência total posterior, que é quando a criança alcança uma autonomia emocional e física em relação aos cuidadores primários (Belo e Scodeler, 2013).

No entanto, Winnicott enfatiza que a independência total não implica em uma separação completa dos cuidadores, mas sim em uma capacidade de se relacionar de forma saudável e independente com o ambiente (Vorcaro e Lucero, 2015).

Atrelado a isso, há ainda o conceito de mãe suficientemente boa, que cumpre com suas funções em relação ao bebê, categorizadas por Winnicott como *holding*, *handling* e apresentação de objetos.

Ademais, no seu trabalho "A preocupação materna primária" (1956), Winnicott discute a ideia da mãe suficientemente boa, que se adapta às necessidades do bebê, oferecendo um ambiente de suporte que facilita o desenvolvimento do self autêntico. A mãe suficientemente boa fornece o que o bebê precisa não de forma perfeita, mas de maneira adequada e contínua, o que é crucial para o desenvolvimento da confiança e da segurança emocional (Granato e Aiello-Vaisberg, 2002).

A aplicação dessas teorias na clínica psicanalítica oferece ferramentas valiosas para o tratamento de crianças e adultos. Por exemplo, a compreensão de

Klein sobre as ansiedades primitivas permite aos clínicos identificar e tratar manifestações de medo e ansiedade que podem estar enraizadas nas primeiras experiências de vida. Da mesma forma, a abordagem de Winnicott ao tratamento enfoca a criação de um ambiente terapêutico que repete a experiência de um ambiente suficientemente bom, possibilitando que os pacientes explorem e resolvam traumas passados de maneira segura.

Durante as sessões de análise, o paciente é solicitado a abandonar qualquer tentativa de controle sobre seus pensamentos e a expressar qualquer coisa que lhe ocorra, por mais trivial, desagradável ou desconexa que pareça. Este exercício de fala livre é essencial para que o analista possa observar os padrões de resistência, que são defesas contra o acesso à consciência de desejos e lembranças reprimidos (Sousa, 2018).

A resistência se manifesta frequentemente quando o paciente evita certos tópicos ou demonstra dificuldade em discutir determinados assuntos. O analista, atento a essas nuances, pode identificar os momentos em que o paciente resiste à exploração de certos conteúdos, indicando áreas do inconsciente que requerem maior atenção (Cesário, 2021).

A prática da livre associação não só facilita a identificação de resistências como também promove uma catarse emocional e um entendimento aprofundado dos conflitos psíquicos do paciente. Conforme o paciente se acostuma com o processo, começa a identificar e a compreender os padrões repetitivos de seu comportamento e as origens psicológicas de seu sofrimento (Sousa, 2018).

A intervenção psicanalítica em transtornos emocionais na infância foca na análise das relações primárias e experiências subjacentes que podem estar influenciando o comportamento e o desenvolvimento emocional da criança. Terapeutas usam técnicas como a interpretação, o manejo do ambiente terapêutico e, especialmente em crianças, o jogo como meio de comunicação de conflitos internos e ansiedades (Aberastury, 1982). As contribuições de Melanie Klein abordam profundamente a compreensão do mundo interno da criança, utilizando técnicas inovadoras como o jogo, que segundo Klein, é uma forma de acessar o inconsciente infantil.

De acordo com Klein, o jogo é equivalente ao uso da associação livre nos adultos, servindo como uma janela para as ansiedades e fantasias inconscientes da criança. Através do brincar, a criança expressa seus conflitos internos e desejos,

permitindo ao analista interpretar os conteúdos simbólicos das brincadeiras, o que revela aspectos significativos do seu psiquismo (Klein, 1991).

Na psicanálise, entende-se que experiências de violência são internalizadas e armazenadas no inconsciente, podendo emergir posteriormente como diversos sintomas psicológicos e comportamentais. Freud explicou esse processo como uma tentativa do aparelho psíquico de dominar a experiência não elaborada, através da compulsão à repetição. Tais memórias traumáticas, não totalmente acessíveis à consciência, manifestam-se por meio de flashbacks, sonhos recorrentes ou comportamentos simbólicos, que podem ser interpretados como uma tentativa de elaboração do trauma (Rudge, 2016).

5.5 A violência infantojuvenil de acordo com a psicanálise

Assim, a fim de se aprofundar no tema, a psicanálise aborda a relação entre a fantasia de "bater numa criança" e os sentimentos de prazer de forma complexa. De acordo com o texto de Freud "Batem numa criança" de 1919, essa fantasia está ligada a sentimentos de prazer repetidos inúmeras vezes, frequentemente associados a uma satisfação masturbatória. No início, essa satisfação pode ser intencional, mas, com o tempo, pode se tornar obsessiva e ocorrer contra a vontade do paciente.

Além disso, a análise indica que a fantasia inconsciente e masoquista de apanhar do pai é especialmente significativa. Essa fantasia não apenas persiste além da fase que a sucede, mas também pode impactar diretamente o caráter do indivíduo, originando-se de sua forma inconsciente (Freud, 2010).

Portanto, a ligação entre fantasia e prazer é percebida como um processo dinâmico, a fantasia serve como uma fonte de excitação que motiva a masturbação, enquanto está profundamente enraizada em experiências da infância e em complexos emocionais mais profundos (Freud, 2010).

No texto, Freud (2010) explora a violência dentro do contexto das fantasias infantis de surra ou espancamento, analisando como essas fantasias se manifestam em meninos e meninas. Assim, a violência é interpretada como uma forma de expressão de sentimentos complexos, ligados ao desejo, à culpa e às dinâmicas familiares.

Como explica Andrade (2011), a fantasia de espancamento envolve três

personagens: a criança que é espancada, o adulto que realiza o ato e uma outra criança que observa. Tal configuração permite à criança que fantasia vivenciar um prazer complexo, combinando dor e submissão. Assim, a cena se torna uma construção psíquica que reflete a intersubjetividade e a dinâmica de poder entre os envolvidos.

Nesse contexto, a violência na fantasia de surra é retratada nas fantasias de apanhar a criança que fantasia não é a que bate, mas sim outra, geralmente um irmão mais novo. O adulto que pratica o ato de agressão é frequentemente reconhecido como um pai ou uma figura paterna, indicando uma relação complexa entre autoridade, poder e desejo. Assim, a fantasia é descrita como uma cena vaga na qual uma criança é agredida (Carreira, 2009).

Freud (2010), ainda explora a fantasia de apanhar como uma manifestação de masoquismo, a criança, de forma inconsciente, vivencia a dor e a violência associadas a sentimentos de amor e desejo. Nos meninos, essa fantasia geralmente está relacionada à figura materna, enquanto, nas meninas, a relação com o pai é mais destacada. Dentro desse contexto, a violência surge como um mecanismo para lidar com a repressão e os desejos incestuosos. A fantasia não é certamente masoquista, então; talvez se queira chamá-la de sádica, mas não se deve perder de vista que a criança que fantasia não é jamais aquela que bate.

Por fim, o sujeito assume uma posição quase de espectador, assistindo a outra criança sendo espancada. Apesar de se distanciar da cena, ele ainda sente um prazer sádico ao observar a dor do outro, que é visto como um reflexo de si mesmo. Essa dinâmica revela que, mesmo na posição de observador, o sujeito está envolvido em uma experiência essencialmente masoquista, já que sua satisfação está ligada ao sofrimento alheio (Carreira, 2009).

Embora Freud (2010), foque nas fantasias infantis, ele sugere que essas experiências e dinâmicas familiares podem ter efeitos duradouros na vida adulta. Tais fantasias de surra, originadas na infância, podem continuar a influenciar a sexualidade e as dinâmicas emocionais dos indivíduos ao longo da vida, refletindo a complexidade das relações familiares e os conflitos não resolvidos.

Freud (1919), propõe que as fantasias infantis não desaparecem na vida adulta, mas podem surgir de novas maneiras. Isso pode se manifestar na repetição de padrões de comportamento que refletem as dinâmicas de poder e submissão experimentadas na infância. A busca por experiências que reativem essas fantasias

pode ser uma forma de enfrentar traumas não resolvidos, perpetuando ciclos de dor e prazer (apud Andrade, 2011).

As fantasias de surra, frequentemente associadas a sentimentos de culpa e à repressão de desejos incestuosos, podem levar à internalização de conflitos emocionais. Ademais, a fantasia de espancamento está frequentemente associada ao recalque de desejos e experiências da infância, especialmente aqueles ligados ao Complexo de Édipo. Desejos como ciúmes e rivalidades, que foram reprimidos, podem ressurgir na vida adulta, afetando as relações interpessoais e a maneira como o sujeito lida com a dor e o prazer (Carreira, 2009).

Carreira (2009) ainda continua, afirmando que a identificação com a criança espancada pode resultar em padrões de comportamento na vida adulta, levando o sujeito a se envolver em situações de submissão ou dominação. Tais padrões podem aparecer em relacionamentos amorosos, onde o indivíduo inconscientemente busca repetir ou reencenar essas fantasias. A dinâmica entre sadismo e masoquismo pode tornar-se um padrão recorrente, com o sujeito alternando entre os papéis de agressor e vítima.

Ademais, Freud (2010), explica que a internalização de conflitos familiares e a repressão de desejos podem levar a ansiedade e outros problemas emocionais na vida adulta. Pessoas podem enfrentar sentimentos de inadequação, insegurança ou medo de rejeição que têm suas raízes em experiências infantis de amor condicional ou rivalidade. Esses conflitos internos podem dificultar a gestão do estresse e aumentar a vulnerabilidade a transtornos de ansiedade e depressão.

Ademais, no livro *Além do princípio do prazer* (1920) de Freud, ele observou que experiências traumáticas muitas vezes resultam na compulsão à repetição, onde o indivíduo revive, inconscientemente, os aspectos dolorosos do trauma em sonhos ou comportamentos. Esses episódios não trazem prazer, mas refletem uma tentativa inconsciente de dominar e elaborar a experiência traumática. Para Freud, o trauma envolve um excesso de excitação psíquica que ultrapassa a capacidade da mente de integrá-lo (Alencar, 2020).

Ainda, tal compulsão demonstra que a psique não opera apenas sob o princípio do prazer, mas também é movida por forças mais profundas, como o desejo inconsciente de retornar a estados anteriores de equilíbrio. No entanto, esses estados podem incluir conteúdos traumáticos não elaborados que permanecem presos ao psiquismo. Essa dinâmica explica, por exemplo, por que pessoas expostas a traumas

repetem padrões de sofrimento, como observado em sonhos traumáticos (Alencar, 2020).

Portanto, as fantasias infantis e as dinâmicas familiares têm um impacto profundo e duradouro na vida adulta, afetando relacionamentos, comportamentos sexuais, saúde emocional e a habilidade de enfrentar conflitos internos.

Sendo assim, explorar essas experiências na terapia pode ser essencial para entender e resolver questões que impactam a vida adulta. Conforme Barlow, Hofmann e Durand (2021) a teoria psicanalítica postula que o trauma pode ser reativado por situações que o indivíduo percebe como similares ao evento traumático original. Esta reativação ocorre porque o trauma, ao ser internalizado no inconsciente, fica à espera de uma situação externa que se assemelhe à inicial para então se manifestar.

Tal percepção de semelhança não precisa ser literal, mas é suficiente para desencadear uma resposta traumática. Essa resposta frequentemente se traduz em comportamentos de evitação, ansiedade, hiper vigilância e outras manifestações psicológicas, como descrito por Barlow, Hofmann e Durand (2021), que afirma que o trauma reativado mobiliza um conjunto de defesas psíquicas em uma tentativa de proteger o indivíduo de reviver a dor original.

Os sintomas e comportamentos relacionados ao trauma podem manifestar-se de diversas formas em adultos que sofreram violência na infância. Segundo Barlow, Hofmann e Durand (2021), esses sintomas incluem regressão, comportamentos de fuga e evitação e até fenômenos dissociativos, na qual o indivíduo pode apresentar partes da personalidade que parecem desconectadas das demais. Tais sintomas são frequentemente uma tentativa do psiquismo de lidar com memórias e emoções que não foram devidamente processadas no momento do trauma.

A variedade de sintomas também depende significativamente do tipo de violência experimentada e da presença ou ausência de suporte social e familiar. Violências físicas severas ou abuso sexual podem levar a sintomas mais graves, como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), enquanto violências emocionais podem resultar em problemas relacionais e de autoimagem (Mello et al, 2009). O suporte social e familiar pode atenuar a intensidade dos sintomas, oferecendo um ambiente mais seguro onde o trauma pode ser elaborado de forma mais saudável e menos disruptiva.

De acordo com Mello et al (2009), esses sintomas são multifacetados e

podem variar desde alterações no comportamento diário até impactos severos na capacidade do indivíduo de manter relações saudáveis ou funcionar adequadamente em ambientes de trabalho.

Portanto, a violência infantojuvenil a partir da psicanálise é tida como um trauma profundo que pode comprometer o desenvolvimento do aparelho psíquico. Experiências violentas rompem o ambiente seguro necessário ao crescimento emocional, podendo ser reprimidas e ressurgir como sintomas ou comportamentos agressivos, além disso, como explicado anteriormente, a violência pode se repetir de geração em geração de forma inconsciente. A psicanálise busca romper esse ciclo por meio da escuta terapêutica e da ressignificação simbólica, promovendo a saúde emocional e a integridade psíquica.

5.6 Técnicas psicanalíticas

A psicanálise oferece uma perspectiva valiosa para o entendimento dessas manifestações, propondo um tratamento que considera a história de vida do indivíduo e as especificidades do seu ambiente de desenvolvimento.

No tratamento psicanalítico de adultos que sofreram violência na infância ou adolescência, diversas técnicas são empregadas para acessar e elaborar traumas internalizados. Segundo Ribeiro (2020), uma das principais técnicas utilizadas é a livre associação, que permite ao paciente expressar pensamentos e memórias sem censuras, facilitando o acesso ao material inconsciente relacionado ao trauma. Além disso, a interpretação, por parte do analista, desempenha um papel crucial, ajudando o paciente a entender e integrar essas memórias e afetos dolorosos em sua história de vida.

A transferência é outro recurso psicanalítico fundamental, pois, sentimentos e desejos antigos, muitas vezes associados aos agressores ou às situações de violência, são projetados no analista. Isso permite uma revisão emocional dessas experiências dentro de um espaço seguro, contribuindo para a ressignificação do trauma (Molina e Fabrian, 2014). A contratransferência, que envolve as reações emocionais do terapeuta ao material apresentado pelo paciente, também é essencial para entender a dinâmica do paciente e para ajustar as intervenções terapêuticas de forma sensível e adequada.

A importância de criar um ambiente terapêutico seguro não pode ser

subestimada. Conforme Klautau e Salem (2009), é crucial que o ambiente terapêutico promova uma sensação de segurança e confiança, onde o adulto possa expressar e trabalhar através de seus traumas com o apoio do psicanalista. Esse espaço terapêutico deve ser caracterizado por elementos como a consistência, a empatia e o respeito às defesas e ao ritmo do paciente, elementos esses que são fundamentais para a eficácia do tratamento.

Essas técnicas psicanalíticas não apenas facilitam o acesso e a elaboração dos traumas internalizados, mas também promovem uma maior integração da personalidade, permitindo que o paciente desenvolva maneiras mais saudáveis de lidar com suas emoções e relacionamentos dentro do espaço terapêutico criado por ambos o paciente e psicólogo.

Além disso, o *setting* analítico é de vital importância, fornecendo um espaço tanto físico quanto emocional que garante segurança ao paciente. Segundo Trabucco (2021), a configuração do ambiente terapêutico, que inclui a consistência das sessões, a disposição do mobiliário e a manutenção de um ambiente de não-julgamento, cria uma atmosfera de segurança e confiança que é essencial para que o paciente se sinta protegido o suficiente para explorar as dores e traumas de sua infância. Esses elementos do setting ajudam a estabelecer um vínculo terapêutico sólido, fundamental para o progresso no tratamento psicanalítico. “O setting pode assim ser considerado a parte “material” ou “factual” da relação analítica, que diz respeito aos objetos e às regras “objetivas” que lhe são subjacentes” (Trabucco, 2021, p. 116).

Além das técnicas específicas, a relação terapêutica desempenha um papel crucial no processo de cura. O psicanalista estabelece uma relação de confiança e empatia com a criança ou adolescente, proporcionando um ambiente seguro e acolhedor no qual eles podem se sentir à vontade para explorar seus traumas e emoções mais profundas (Trabucco, 2021).

Por fim, o setting analítico, que inclui a regularidade das sessões e a confidencialidade, é fundamental para o sucesso do tratamento. Winnicott enfatiza que a regularidade das sessões é uma condição importante para o sucesso da análise. O setting analítico fornece uma estrutura consistente e previsível que ajuda a criança ou adolescente a se sentir seguro e apoiado durante o processo terapêutico (Moreira e Esteves, 2012).

O processo terapêutico na psicanálise é frequentemente longo e profundo,

característica que se deve à complexidade dos traumas experienciados e à necessidade de um trabalho meticuloso para a reconstrução psíquica do indivíduo. Conforme discutido por Moreira e Esteves (2012), a psicanálise busca acessar camadas profundas do inconsciente, onde traumas e conflitos estão, muitas vezes, bem enraizados. A natureza desses traumas, muitas vezes, originados na infância, requer um processo gradual de desvelamento e elaboração, o que pode demandar um período extenso de tratamento.

Além disso, de acordo com Barreto (2011), a reconstrução psíquica na psicanálise envolve, não apenas a identificação e a articulação dos traumas, mas também a reorganização das estruturas psíquicas do paciente. Este trabalho de reconstrução é essencial para que o paciente alcance uma nova maneira de se relacionar consigo mesmo e com os outros, promovendo uma transformação substancial que se estende além da simples mitigação dos sintomas. Portanto, o compromisso com um tratamento longo na psicanálise é uma resposta à profundidade dos problemas tratados e oferece uma abordagem, exigindo tempo para que o analista e o paciente possam juntos revisitar e reconstruir a narrativa de vida do paciente, proporcionando uma recuperação significativa e duradoura.

Em resumo, a clínica psicanalítica é abrangente e eficaz para o tratamento de crianças e adolescentes que sofreram violência. Através da análise de brincadeiras, conversas terapêuticas, relação terapêutica e *setting* analítico, os psicanalistas podem ajudar esses jovens a processarem e integrar seus traumas, promovendo o crescimento emocional e o bem-estar psicológico (Moreira e Esteves, 2012).

Assim, a psicanálise é uma abordagem eficaz para o tratamento de traumas em crianças e adolescentes, especialmente em casos de violência. Combinando técnicas analíticas, uma relação terapêutica de confiança, e um *setting* estruturado, o processo terapêutico promove uma reconstrução psíquica profunda e gradual. A dedicação a tratamentos de longo prazo é essencial devido à complexidade dos traumas, permitindo uma recuperação duradoura e um desenvolvimento emocional mais saudável.

6. MÉTODO

6.1 Participantes e locais

Participaram da pesquisa cinco psicólogos clínicos de abordagem psicanalista que atenderam pacientes adultos com demandas relacionadas à violência infantojuvenil. Os profissionais foram selecionados dentro do território brasileiro e tinham no mínimo um ano de experiência clínica.

As escolhas dos locais foram realizadas em comum acordo com os participantes. Os encontros com os três profissionais que optaram por entrevista presencial foi realizado em seus consultórios; quando optado por ser online, foi de responsabilidade de todos os envolvidos garantir a escolha de um local que garantisse a privacidade dos dados, sendo que o link para chamada de vídeo foi fornecido e criado pelos próprios profissionais.

6.2 Instrumentos

Na coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado de perguntas que contemplava: identificação pessoal para traçar o perfil dos participantes, questões relacionadas às técnicas usadas nos atendimentos e as causas e consequências da violência infantojuvenil.

6.3 Aparatos de pesquisa

Para a realização dessa pesquisa foram utilizados os seguintes aparatos: notebooks com software de edição de texto e navegador de texto disponíveis, folhas sulfite, canetas esferográficas e um gravador de voz.

6.4 Procedimientos para coleta de dados

A coleta de dados foi conduzida de forma sistemática e organizada. Inicialmente, os profissionais foram selecionados através de redes sociais, e-mails, ligações e sites dos Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs), o que permitiu uma triagem eficiente dos requisitos obrigatórios.

Após essa triagem, os profissionais selecionados foram contatados para lhes apresentar o projeto de pesquisa. Diversos profissionais não responderam ao contato inicial e aqueles que retornaram foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa,

seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta pesquisa pudesse lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades.

A partir do entendimento da proposta da pesquisa, alguns psicólogos não se interessaram em contribuir com a pesquisa, outros, por sua vez, não se enquadraram nos critérios estabelecidos. Com oito que aceitaram participar foram agendadas as entrevistas. No entanto, quatro profissionais desmarcaram e posteriormente mencionaram não ter mais interesse em contribuir com a pesquisa.

Após a realização de esclarecimentos prévios e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, que incluía a autorização para a gravação em áudio. Foi realizada uma entrevista online, via link do google meet criado pelo profissional entrevistado e três entrevistas presenciais ocorridas nos consultórios dos psicólogos.

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas para possibilitar a análise dos dados coletados.

6.5 Procedimentos de análise de dados

A análise dos dados coletados foi conduzida através de um processo sistemático e rigoroso, com o objetivo de compreender e interpretar as informações obtidas com os psicólogos clínicos. A abordagem utilizada para a análise foi a Análise de Conteúdo Temática, a qual permitiu uma exploração profunda dos dados qualitativos. A seguir, são descritos os procedimentos e técnicas empregados na análise.

Inicialmente foram transcritas detalhadamente as entrevistas, seguindo pela organização e revisão das informações coletadas. Além disso, foi realizada uma leitura inicial das transcrições para familiarizar-se com o conteúdo e identificar as primeiras impressões.

Posterior a esta familiarização foram identificados temas e categorias preliminares com base nas questões do roteiro de entrevista e nas observações iniciais. Estes temas foram organizados em um catálogo que serviu como base para a análise mais detalhada. Esta codificação envolveu a identificação de unidades de sentido significativas, como palavras, frases ou parágrafos, que foram marcados com códigos específicos relacionados aos temas emergentes.

Seguidamente estes códigos foram agrupados em categorias temáticas mais amplas, buscando identificar padrões e relações entre as diferentes unidades de análise. Esse processo de agrupamento facilitou a organização e a estruturação dos dados de forma coerente.

Ademais, cada categoria temática foi analisada detalhadamente para compreender seu significado e relevância no contexto da pesquisa. Foram examinadas as relações entre as categorias e como elas se relacionam com o conceito central da violência infantojuvenil.

A interpretação e a inferência dos dados coletados foram realizadas com base na contextualização dos achados à luz da literatura existente e dos conceitos teóricos relevantes. Essa contextualização envolveu uma análise crítica das respostas dos participantes, levando em consideração tanto o contexto social e cultural dos psicólogos clínicos quanto o dos pacientes atendidos.

A discussão dos resultados focou na análise das implicações para a prática clínica, políticas públicas e intervenções relacionadas à violência infantojuvenil. Foram examinadas as contribuições dos psicólogos para a compreensão e o tratamento desse tipo de violência, bem como as lacunas e desafios identificados no processo.

7. ANÁLISE E DISCUSSÃO

Os entrevistados apresentam uma vasta diversidade em termos de tempo de experiência clínica, com uma variação de 2 a 24 anos de atuação. Isso proporciona uma perspectiva abrangente sobre como diferentes níveis de experiência podem impactar a abordagem dos casos de violência infantojuvenil.

Além disso, o grupo é composto por profissionais com formações complementares e especializações que enriquecem a visão sobre o tema, especialmente no que diz respeito à psicanálise. Essa variedade de perfis permite uma análise diversificada das abordagens e técnicas utilizadas nos tratamentos.

Os psicólogos entrevistados apontaram que uma das principais queixas trazidas pelos pacientes ao consultório é relacionada às crises de depressão e ansiedade. Os pacientes, muitas vezes, não conseguem associar esses sintomas ao trauma vivido na infância, especialmente quando se trata de violência infantojuvenil. A depressão e a ansiedade, portanto, emergem como sintomas secundários, sendo os primeiros sinais de que algo mais profundo e reprimido está impactando a vida emocional do paciente.

Depressão, a maior mesma é a crise de ansiedade, mas depressão, crise de ansiedade, pânico, essas são as principais. E

[...] sintoma de ansiedade e depressão [...] B

Essas queixas de depressão e ansiedade podem ser entendidas à luz da psicanálise como sintomas resultantes de traumas não elaborados da infância. Segundo Nelson et al. (2017), indivíduos que sofreram violência na infância têm maior probabilidade de desenvolver sintomas depressivos e ansiosos, frequentemente relacionados à baixa autoestima, culpa e dificuldades em lidar com situações de estresse. A exposição prolongada ao trauma também pode impactar a capacidade de formar vínculos saudáveis, intensificando a sensação de isolamento e os sintomas de ambos os transtornos.

Ademais, Li, D'Arcy e Meng (2016) destaca que o abuso na infância aumenta significativamente o risco de desenvolvimento de depressão e outros transtornos mentais em adultos, com uma prevalência maior entre aqueles que experimentaram múltiplas formas de violência. Carr et al (2013), complementa que o trauma infantil,

incluindo violência, pode alterar o sistema de resposta ao estresse do corpo, aumentando a sensibilidade a transtornos de ansiedade e depressão ao longo da vida.

Ainda, Bell e Higgins (2015), argumentam que a violência infanto-juvenil “pode gerar consequências adversas a curto e longo prazo, como depressão, ansiedade, distúrbios alimentares, somatizações, problemas com a aprendizagem, autoestima e relacionamentos, além de sentimentos de culpa e de raiva nas crianças.” (apud Santos; Quixadá, 2022, p. 5).

Além disso, alguns pacientes chegam ao processo terapêutico já com uma noção de que sofreram violência na infância, mas podem não compreender totalmente o impacto dessas experiências em suas vidas atuais. Embora tenham consciência dos eventos traumáticos, a ligação entre esses episódios e os padrões emocionais e comportamentais que apresentam na vida adulta nem sempre é clara.

Uma porcentagem grande sim. Já chega já falando olha, sei que já aconteceu isso, a pessoa vem por conta disso, tudo mais.E

A grande maioria vem, mas não abre já no início que sofreu, né [...] E

[...] ela é parcial eles trazem um incômodo de algo que aconteceu na infância, mas que nem sempre entendem a dimensão a extensão desse ato e vai ter alguns que não vão nomear como violência. B

A dificuldade que muitos pacientes apresentam para reconhecer a violência sofrida na infância pode ser entendida através dos mecanismos de defesa, que Freud descreve como operações psíquicas inconscientes, destinadas a proteger o ego da angústia. Tais mecanismos, como a repressão, negação e racionalização, atuam de forma automática, impedindo que experiências dolorosas sejam trazidas à consciência e, conseqüentemente, enfrentadas (Froes e Viana, 2013).

Rodrigues (2008) explica que os mecanismos de defesa são processos inconscientes que surgem automaticamente quando o indivíduo se depara com uma ameaça psíquica. Em muitos casos de violência infantojuvenil, a repressão dessas memórias impede que o trauma seja processado de forma consciente.

Ademais, de acordo com Azevedo (2001), adultos que sofreram violência na infância frequentemente utilizam mecanismos de defesa para lidar com o trauma. A repressão, por exemplo, é um mecanismo comum em que as memórias do abuso são excluídas da consciência para evitar a dor emocional associada, dessa forma, o

indivíduo não possui a noção de que seus sintomas atuais têm origem na violência no passado.

Ademais, alguns pacientes chegam ao processo terapêutico com a percepção de que a violência sofrida na infância ou juventude afeta diretamente sua vida adulta. Ainda assim, essa consciência nem sempre significa que eles estejam prontos para lidar com o trauma de forma ativa. Muitos têm dificuldade em abordar o assunto abertamente, seja por vergonha, dor emocional ou pelos próprios mecanismos de defesa que os protegem dessas memórias dolorosas.

Eles até sabem que a violência sofrida na infância influencia suas vidas adultas, mas não gostam de tocar neste assunto. T.

Segundo Fróes e Viana (2013), essa resistência em revisitar o trauma pode estar relacionada ao papel dos mecanismos de defesa, como a repressão e a negação, que protegem o ego ao manter o conteúdo doloroso afastado da consciência. Ainda que os pacientes tenham consciência superficial do impacto da violência em suas vidas, muitas vezes, esse reconhecimento é parcial ou fragmentado, dificultando a elaboração completa do trauma.

Caropreso e Simanke (2013) descreve esse fenômeno como um ciclo de repressão e retorno do reprimido, no qual o trauma, mesmo não consciente, se manifesta por meio de sintomas emocionais e comportamentais, como a ansiedade e a depressão. Dessa forma, embora o paciente possa saber racionalmente que a violência infantil teve impacto em sua vida, o trabalho terapêutico é necessário para que esse conhecimento seja integrado emocionalmente e possa ser elaborado de maneira saudável.

Rodrigues (2008) acrescenta que, em muitos casos, o sofrimento relacionado ao trauma só é plenamente percebido quando o paciente começa a identificar padrões repetitivos em suas relações interpessoais e emocionais. Esses padrões, muitas vezes, se originam do trauma infantil, mas a relação causal nem sempre é evidente para o paciente, especialmente quando os mecanismos de defesa atuam para bloquear essas associações. A terapia, portanto, desempenha um papel essencial em trazer esses conteúdos reprimidos à consciência e ajudar o indivíduo a entender como os eventos passados moldaram suas respostas emocionais atuais.

Conforme destacado por Li, D'Arcy e Meng (2016), muitos sobreviventes de violência na infância têm dificuldade em reconhecer o abuso como tal, o que pode

dificultar o processo terapêutico e a recuperação emocional. Essa incapacidade de nomear a violência pode ser um dos fatores que retardam a elaboração do trauma e a resolução dos sintomas associados, como a ansiedade, depressão e dificuldades relacionais na vida adulta.

No que diz respeito às causas da violência infantojuvenil, os psicólogos entrevistados apontaram uma série de fatores que contribuem para a perpetuação desses ciclos de abuso e trauma. Entre os principais estão o autoritarismo e soberania de pessoas mais velhas, a separação dos pais, a dependência química e o fato de muitos cuidadores também terem sido vítimas de violência na infância ou adolescência.

Muitas vezes é o autoritarismo né, de pessoas [...] Mas a maior parte é essa essa soberania que muitas pessoas mais velhas acabam tendo né [...] E

Separação dos pais, país que abusavam de drogas e/ou álcool, familiares e/ou conhecidos abusadores. S

Relação desestabilizada né, entre os pais, tal relação dos pais para com os filhos... é relacionamentos com outros parceiros que acabavam por morar junto com as crianças, uso de substâncias psicoativas e álcool, abusos sexuais, entre outros. T

A relação de poder desigual e o autoritarismo dentro de algumas famílias pode gerar um ambiente propício ao abuso físico, psicológico e sexual. De acordo com Azevedo (2001), o autoritarismo parental, quando aliado a uma estrutura familiar rígida e hierárquica, pode criar condições nas quais as crianças são silenciadas e forçadas a suportar diferentes formas de violência sem a possibilidade de questionar ou se proteger. Esse tipo de dinâmica, muitas vezes, normaliza o abuso dentro do núcleo familiar, perpetuando o ciclo de violência de geração em geração.

Além disso, outros fatores como a separação dos pais, o uso de substâncias psicoativas e a presença de cuidadores ou familiares que também foram violentados emergem como causas significativas no desenvolvimento de situações de abuso.

Esses elementos de desestruturação familiar impactam diretamente o bem-estar emocional e psicológico da criança, expondo-a a contextos nos quais a violência é uma constante. Segundo Froes e Viana (2013), crianças cujos pais têm problemas com substâncias psicoativas ou enfrentam relacionamentos instáveis têm um risco

significativamente maior de sofrer violência física, psicológica ou sexual, seja diretamente por seus cuidadores ou por pessoas próximas.

Estudos como os de Nunes (2016) confirmam que situações familiares instáveis, combinadas com o uso de álcool e drogas, aumentam o risco de abuso sexual e físico contra crianças, especialmente quando novos parceiros dos pais entram no ambiente doméstico. Esses relacionamentos, muitas vezes marcados por violência entre adultos, criam um cenário de vulnerabilidade extrema para as crianças envolvidas.

A transmissão intergeracional da violência também é um fator relevante. Cuidadores que foram vítimas de violência durante a infância ou adolescência tendem, em muitos casos, a reproduzir padrões abusivos com as gerações subsequentes. Conforme apontado por Carr et al. (2013), indivíduos que sofreram abusos na infância têm maior propensão a repetir esse comportamento na vida adulta, seja por meio de violência física direta ou por negligência, perpetuando o ciclo de trauma e sofrimento emocional.

Além dos fatores contextuais já mencionados, os psicólogos destacaram que, em muitos casos, os principais agressores são justamente aqueles que deveriam oferecer proteção e cuidado, como pais e pessoas próximas às crianças.

[...] com alguém muito próximo né, alguém que a pessoa ame [...] E

[...] cuidadores né dos pais, avós, né de pessoas que estão muito próximas
[...] B

Essa proximidade afetiva e física com o agressor torna o trauma ainda mais complexo. Na perspectiva psicanalítica, o laço emocional com os agressores cria uma profunda ambivalência no psiquismo da criança, dificultando a elaboração do trauma. Freud explorou esse conceito ao abordar a relação entre amor e ódio nas dinâmicas familiares, especialmente quando a criança depende do agressor tanto para o sustento físico quanto para o afeto (Simanke, 2019). Esse vínculo ambivalente pode gerar sentimentos de culpa, vergonha e confusão, impedindo que a violência seja reconhecida como tal.

De acordo com Azevedo (2001), o fato de a violência ser perpetrada por alguém tão próximo e querido reforça o mecanismo de repressão, descrito por Freud, em que a criança, para manter o vínculo emocional com o agressor, "esquece" o abuso sofrido, enterrando-o no inconsciente. Essa repressão pode se manifestar mais tarde na vida

adulta através de sintomas como depressão, ansiedade e dificuldades em formar vínculos saudáveis, uma vez que a figura do cuidador, que deveria ser fonte de segurança, é também uma fonte de dor.

A teoria do trauma de Freud também sugere que o abuso cometido por figuras parentais ou cuidadores gera uma sobrecarga emocional que o ego infantil ainda imaturo não consegue processar, resultando na dissociação da experiência traumática (Fulgencio, 2004). Isso explica, em parte, por que muitas vítimas de violência infantojuvenil desenvolvem uma dificuldade em reconhecer ou nomear o abuso. O trauma é frequentemente relegado ao inconsciente, onde continua a influenciar a vida emocional e relacional do indivíduo de maneira disfuncional.

Carr et al. (2013) afirmam que, quando os pais ou cuidadores próximos são os agressores, há um impacto profundo no desenvolvimento da criança, especialmente na construção da confiança e segurança no mundo externo. A criança que cresce em um ambiente de abuso constante, onde aqueles que deveriam ser suas fontes de proteção são os perpetradores da violência, tende a internalizar a crença de que o mundo é imprevisível e perigoso, o que pode gerar uma série de transtornos emocionais e de comportamento na vida adulta.

Essa proximidade entre vítima e agressor também intensifica os efeitos da violência, já que a criança, ao ser violentada por quem ama, não tem uma rede de apoio segura para expressar seus medos e angústias. Como resultado, o abuso pode permanecer em segredo por muitos anos e os sintomas derivados desse trauma, como depressão, ansiedade e transtornos de personalidade, frequentemente surgem sem uma clara associação consciente com o evento traumático.

Os entrevistados apontaram a violência física e sexual como as formas mais comuns de abuso sofrido por crianças e adolescentes, com particular destaque para o abuso sexual sem penetração. Esse tipo de violência, que pode envolver toques, coerção para a criança tocar o agressor ou exposição a conteúdos sexuais, causa traumas profundos mesmo na ausência de agressão física direta. Tal realidade se reflete em várias falas dos entrevistados:

É bom a maioria dos casos diferentes níveis do abuso sexual não necessariamente com penetração com penetração é pouco comum a maior parte vai ser toque expor a criança fazer a criança tocar e acho que em segundo lugar violência física né violência física acho que essas são as principais tá. B

Física e ou sexual. S

Principalmente agressão física e psicológica. T

A violência sexual, mesmo sem penetração, representa uma grave violação do espaço pessoal e corporal da criança, comprometendo seu desenvolvimento saudável e seu bem-estar emocional. Essa forma de abuso inclui não apenas toques inapropriados, mas também a exposição a conteúdos sexualizados e a coerção para que a criança toque o agressor. Segundo Borges e Dell'aglio (2008), o abuso sexual infantil causa uma disfunção significativa no desenvolvimento psicológico, especialmente no que tange à formação da confiança e do autoconceito. O impacto é ainda mais devastador porque a criança, diante do poder e da autoridade do agressor, muitas vezes, se sente incapaz de se proteger ou de pedir ajuda, perpetuando um ciclo de silêncio e sofrimento.

Experiências traumáticas na infância, como o abuso sexual, podem gerar um desequilíbrio emocional que a criança não consegue processar adequadamente. Ademais, esses traumas interferem na capacidade da criança de integrar suas experiências de forma coesa, o que pode resultar em dissociação e em um comportamento aparentemente normal, mas marcado pela repressão de tais memórias dolorosas (Borges e Dell'aglio, 2008). Esses sintomas frequentemente surgem mais tarde e se manifestam como ansiedade, depressão e dificuldades de se relacionar com outras pessoas. Isso ocorre porque o trauma afeta o funcionamento neurológico e o desenvolvimento de regiões do cérebro ligadas à regulação emocional e ao processamento de memórias.

A violência física, por sua vez, afeta profundamente a percepção que a criança tem de si mesma e do mundo ao seu redor. Zanatta e Castro (2020), destacam que a agressão física por figuras parentais de referência provoca a internalização de uma imagem punitiva e ameaçadora dos outros, comprometendo a capacidade de estabelecer vínculos seguros e afetivos. Essa distorção no desenvolvimento do autoconceito pode levar a sentimentos crônicos de culpa e vergonha, além de um comportamento hipercrítico consigo mesmo. O impacto é duradouro, afetando as relações interpessoais e o bem-estar psicológico ao longo da vida.

Ainda, a violência psicológica e emocional, como mencionado pelos entrevistados, representa uma forma de abuso, muitas vezes, subestimada, mas que causa danos profundos. De acordo com Florentino (2015), essa forma de violência

envolve desvalorizações constantes, ameaças, intimidações e a negação de afeto, resultando em um ambiente familiar opressivo que impede o desenvolvimento saudável de uma identidade coesa. A criança, exposta a um ambiente abusivo e coercitivo, é forçada a adaptar-se, muitas vezes, suprimindo suas próprias necessidades e sentimentos para evitar conflitos ou para atender às expectativas dos pais. Isso gera um falso self, comprometendo a autenticidade e a capacidade de expressão emocional genuína (Silva, Lima e Barbosa, 2014).

Além disso, a violência física e sexual dentro do ambiente familiar cria um ciclo de ambivalência e confusão, onde a criança, que depende emocionalmente dos agressores, experimenta um conflito interno ao amar aqueles que a machucam. Essa ambivalência pode levar a sentimentos de culpa e vergonha, pois, na tentativa de encontrar um sentido para o abuso, a criança frequentemente se culpa pelo ocorrido. Cintra (2018) destaca que a identificação com o agressor é uma estratégia psicológica utilizada por vítimas de abuso para tentar lidar com a experiência traumática, proporcionando uma sensação ilusória de controle. Tal dinâmica complexa impacta a forma como a criança ou adolescente se relaciona consigo mesma e com os outros, muitas vezes perpetuando padrões de relacionamento abusivos na vida adulta.

Neste interim, o abuso sexual também compromete a capacidade da criança de desenvolver uma sexualidade saudável e uma imagem corporal positiva. Conforme estudiosos como Souza e Sei (2019), o trauma sexual pode provocar uma erotização do abuso, na qual a experiência traumática se torna, paradoxalmente, uma referência para a excitação sexual, gerando sentimentos de confusão, repulsa e auto aversão na vida adulta. Isso frequentemente resulta em comportamentos autodestrutivos e repetitivos, pois a vítima busca, inconscientemente, reviver o trauma como uma tentativa de dominar a experiência dolorosa e alcançar alguma forma de resolução emocional.

Dessa forma, o impacto das violências mencionadas pelos entrevistados não se restringe ao sofrimento imediato, mas molda a personalidade e as relações futuras das vítimas. Essas experiências traumáticas contribuem para um ciclo intergeracional de violência e sofrimento, que se perpetua na ausência de intervenções eficazes. A compreensão dessas dinâmicas é essencial para a formulação de estratégias de intervenção e de apoio que promovam a recuperação e a ressignificação das experiências traumáticas, auxiliando as vítimas a reconstruírem suas identidades e a desenvolverem relações mais saudáveis e seguras.

Além disso, ao sofrerem tais violências as crianças e os adolescentes não entendem bem o que lhe ocorreu.

[...] normalmente ela ocorre muito mais na infância né, e aí como que uma criança tem um entendimento do que aconteceu? Ela não consegue ter, então fica ali por exemplo se a gente for pensar que a violência possa ter acontecido com alguém muito próximo né, alguém que a pessoa ame por exemplo, né, com o que ela vai fazer essa discriminação? Tá é uma pessoa que eu amo né, que diz que me ama também mas ocorre esse tipo de violência, então isso causa uma confusão muito grande né [...] E

Desse modo, ao abordar a questão da compreensão que crianças e adolescentes têm sobre as violências que sofrem, é fundamental reconhecer a complexidade do desenvolvimento emocional e cognitivo nesta faixa etária. A fala do profissional entrevistado destacou uma dificuldade crucial: como uma criança pode processar e entender uma experiência traumática, especialmente quando essa experiência foi causada por alguém próximo e amado? Tal realidade provoca um estado de confusão emocional, uma vez que a criança ou o adolescente se vê dividida entre o amor que sente por essa figura e a dor causada pela violência.

Essa confusão pode fazer com que a criança ou o adolescente utilize a repressão como forma de lidar com o trauma. Os mecanismos de defesa, como a repressão e a negação, desempenham um papel crucial na forma como os indivíduos lidam com o trauma. Gomes et al (2008) sugere que esses mecanismos são essenciais para o equilíbrio psíquico, mas podem dificultar o reconhecimento consciente do trauma, especialmente em casos de violência infantojuvenil. Embora protejam o ego, esses mecanismos acabam gerando sintomas mais complexos, como a ansiedade e a depressão, que só podem ser compreendidos e tratados de maneira eficaz com a conscientização gradual dos traumas reprimidos.

De acordo com Azevedo (2001), adultos que sofreram violência na infância frequentemente utilizam os mecanismos de defesa para lidar com o trauma. A repressão é um mecanismo comum em que as memórias do abuso são excluídas da consciência para evitar a dor emocional associada.

Assim, a criança pode não ter a capacidade de integrar a experiência traumática em sua narrativa de vida, levando a uma dissociação entre a experiência vivida e sua compreensão consciente dela. Essa dissociação impede a criança de articular o que

aconteceu, resultando em um sofrimento emocional que pode se manifestar anos depois.

Além disso, Silva, Lima e Barbosa (2014) discutem a importância da relação de confiança entre a criança e seus cuidadores. Quando essa relação é rompida por um ato violento, a criança é forçada a reconfigurar sua compreensão de amor e segurança. A pessoa que deveria protegê-la e amá-la torna-se a fonte de dor, criando uma ambivalência emocional. Essa ambivalência pode levar a sentimentos de culpa, vergonha e confusão sobre sua própria identidade e seus relacionamentos.

Ainda, quando a criança não consegue compreender a violência, pode inconscientemente internalizar o comportamento do agressor como uma forma de lidar com a impotência. Isso resulta na adoção de comportamentos que refletem o agressor, perpetuando um ciclo de violência e confusão em suas interações futuras (Zanatta e Castro, 2020).

Assim, a incapacidade de entender a violência e as emoções associadas pode levar à construção de um "falso self" (Galvão e Amiralian, 2009), na qual a criança se adapta às expectativas dos outros em vez de expressar suas próprias emoções e necessidades. Esse falso self pode se manifestar na vida adulta como dificuldades em estabelecer limites saudáveis e em confiar nas relações interpessoais. A partir disso, o ciclo de desconfiança e as dificuldades nos vínculos emocionais são evidentes nas falas dos psicólogos entrevistados, que refletem a complexidade dessas vivências:

É... um sentimento de culpa, um monte de coisa por trás né. E

Eu diria que a falta de confiança nas pessoas. Imagina é aquilo que eu falei né, você normalmente sofre uma violência de pessoas mais próximas muitas vezes, e aí como que você vai confiar no restante da sociedade né. E

[...] dificuldade nas relações né uma dificuldade confiança na entrega da relação ou em alguns casos a pessoa acaba se constituindo de uma forma a reproduzir violências né então entra nas relações para continuar ser violentado né ou pode ter um desfecho também de reproduzir essa violência né nas relações[...] B

A falta de confiança e a dificuldade nos relacionamentos de adultos que sofreram violência quando crianças e adolescentes, apontadas pelos entrevistados, demonstram que experiências traumáticas impactam a formação da identidade e a dinâmica afetiva ao longo da vida. A infância é um período crítico para o

desenvolvimento do self e as violências sofridas, especialmente quando causadas por figuras de apego, interferem de maneira significativa nesse processo.

Quando consideramos que a violência, muitas vezes, é causada por pessoas próximas, como pais ou cuidadores, encontramos um cerne da confusão emocional que as vítimas experimentam. A frase do profissional sobre a dificuldade de confiar nas pessoas que causam dor revela como essas relações de apego se tornam distorcidas. O amor, que deveria ser um sentimento de segurança e proteção, se mescla com a dor e a traição, criando um dilema interno profundo que é difícil de resolver. Essa ambivalência é um conceito fundamental na psicanálise, já que a luta entre amor e ódio pode se manifestar em uma relação ambivalente com os outros.

A dissociação, como um mecanismo de defesa, é uma resposta comum ao trauma, conforme descrito por Souza e Hintz (2019). Ao não conseguir processar a violência, a criança pode se desconectar de suas emoções, afastando-se da dor e da experiência traumática. Isso resulta em fragilidade identitária, dificultando a formação de laços significativos e seguros com os outros. Como o entrevistado menciona, a dificuldade de confiança nas relações pode levar a um padrão de desconfiança que permeia a vida social da vítima, perpetuando um ciclo de isolamento.

Ademais, o conceito de superego, também é central nesta análise. Quando a violência é causada por figuras que deveriam oferecer proteção, a internalização de um superego punitivo pode ocorrer, resultando em sentimentos de culpa e vergonha. O entrevistado que menciona "um sentimento de culpa, um monte de coisa por trás" expressa como a violência não apenas fere, mas também gera uma carga emocional pesada que a vítima carrega consigo. Isso pode se traduzir em uma autocobrança exarcebada e na crença de que a vítima merece o sofrimento, o que complica ainda mais a capacidade de confiar e se relacionar.

Galvàn e Amiralian (2009) ainda discutem a importância de um ambiente "suficientemente bom" para o desenvolvimento do verdadeiro self. Quando a criança é forçada a adotar um falso self como forma de proteção, ela se afasta de suas emoções genuínas, criando barreiras em relacionamentos futuros. A frase do entrevistado sobre "dificuldade na entrega da relação" reflete essa luta interna, onde a vulnerabilidade se torna um risco que a vítima hesita em assumir. O verdadeiro self, que deveria ser livre para se conectar com os outros, se torna obscurecido pela necessidade de proteção emocional.

Ademais, o conceito de repetição compulsiva é relevante ao considerar como as vítimas podem, inconscientemente, buscar repetir padrões de abuso em relacionamentos subsequentes (Souto e Moreira, 2018). Isso se manifesta na dificuldade de confiar e na reprodução de dinâmicas violentas em novas relações, conforme mencionado pelo entrevistado: “a pessoa acaba se constituindo de uma forma a reproduzir violências”. Essa repetição pode ser vista como uma tentativa de retomar o controle sobre a experiência traumática, mas frequentemente resulta em mais dor, reforçando um ciclo de sofrimento.

Outra consequência de tais violências é a reprodução destas nos relacionamentos da vida adulta.

[...] A gente tem caso, por exemplo, de paciente que sofreu né, violência e que nem ter filhos eles querem ter. Exatamente pra interromper esse ciclo, eles acreditam que não vão dar conta de, de cuidar realmente de uma criança sem né, tomar, ter atitudes daquela forma como os pais tiveram. E

Nem todos conseguem elaborar o assunto enquanto adultos, muitos até mesmo reproduzem tais atos. É um assunto muito delicado que se não for acompanhado no ato do ocorrido, respingará em toda fase adulta do indivíduo. Sendo assim, mediante experiência vivida, cada caso se torna um.

T

A reprodução da violência nos relacionamentos da vida adulta, resultante do trauma infantojuvenil, vai além de meramente replicar comportamentos observados na infância. O impacto do abuso — seja físico, psicológico ou sexual — afeta profundamente a estrutura psíquica do indivíduo, moldando sua percepção de si mesmo, dos outros e das relações interpessoais. Ao internalizar essas experiências traumáticas, a pessoa desenvolve mecanismos de defesa inconscientes, como a repressão e a negação, que têm como objetivo proteger o ego da dor imediata. No entanto, ao mesmo tempo que esses mecanismos oferecem uma proteção temporária, criam barreiras significativas para a cura e o processamento saudável do trauma.

Esses mecanismos de defesa impedem que o trauma seja elaborado de forma consciente, o que resulta em sua permanência no inconsciente (Caropreso e Simanke, 2013). Embora as memórias dolorosas sejam reprimidas, elas não desaparecem; pelo contrário, retornam disfarçadas, manifestando-se sob a forma de sintomas como ansiedade, depressão ou, muitas vezes, na repetição dos padrões abusivos vividos na infância. Esse fenômeno, conhecido na psicanálise como o "retorno do recalçado",

ilustra a dificuldade que muitos indivíduos enfrentam ao tentar confrontar diretamente a origem de seu sofrimento. A psicanálise aponta que, ao evitar essa confrontação, o trauma continua a influenciar as escolhas de vida e os comportamentos de maneira inconsciente.

Essa dinâmica revela que a reprodução da violência nos relacionamentos adultos não é uma simples continuidade do comportamento aprendido, mas uma resposta complexa do inconsciente que tenta lidar com um trauma não resolvido. O indivíduo, ao reprimir o abuso sofrido, frequentemente repete inconscientemente os mesmos padrões de violência, seja em relações abusivas, seja evitando relacionamentos por completo, como forma de proteger-se de reviver o trauma. A perpetuação desses comportamentos demonstra como a violência vivida na infância pode distorcer a percepção de afeto e segurança nas relações, tornando-se um ciclo difícil de romper.

Ao mesmo tempo, o medo de repetir o ciclo de violência com a própria prole é uma expressão direta do impacto desse trauma. A insegurança quanto à capacidade de cuidar de outro ser humano reflete não só uma desconfiança em si mesmo, mas também a internalização do abuso, que contamina a percepção de relações futuras. Esse ciclo, muitas vezes, só é interrompido por meio de uma conscientização profunda do trauma e de um processo de elaboração terapêutica que permita ao indivíduo lidar de forma mais saudável com suas emoções e comportamentos.

O tratamento desses casos, considerando a teoria psicanalítica, é longo e dependente da identificação e aceitação dos pacientes do seu histórico de vida.

A gente que trabalha com psicanálise a gente vai no tempo do paciente né.
[...] E

A psicanálise sempre vai trabalhar muito no caso a caso e vai depender muito do paciente do diagnóstico dele o nível de compreensão que ele tem das próprias questões [...] então não dá pra gente trazer uma previsão assim de quantas sessões. B

Depende do rapport estabelecido entre profissional e paciente e também a vinculação terapêutica. T

O tratamento de traumas decorrentes da violência infantojuvenil, sob a perspectiva psicanalítica, é um processo que envolve tempo, paciência e a adaptação às necessidades subjetivas do paciente. A psicanálise, de acordo com Santos et al (2017), em sua essência, não trabalha com prazos rígidos ou soluções rápidas, mas com o desenvolvimento de um espaço terapêutico que permita ao paciente acessar gradualmente seus conteúdos reprimidos. Esse processo é marcado pela singularidade de cada caso, uma vez que o tempo de tratamento está intimamente ligado à disposição do indivíduo em confrontar suas memórias traumáticas.

A profundidade da psicanálise reside em sua capacidade de lidar com os aspectos inconscientes do psiquismo, os quais, muitas vezes, permanecem inacessíveis em outras abordagens terapêuticas (Baratto, 2009). O trauma infantil não é simplesmente lembrado de forma consciente; ele está envolto em defesas psíquicas, como a repressão, que atuam para evitar o sofrimento imediato. No entanto, a psicanálise permite que o paciente, aos poucos, encontre formas de integrar essas memórias e sentimentos à sua narrativa de vida, promovendo uma reorganização psíquica mais profunda e duradoura.

Além disso, o tratamento psicanalítico enfatiza a importância do vínculo entre terapeuta e paciente. De acordo com Peres (2009), o desenvolvimento de um vínculo seguro e de confiança é crucial para que o paciente se sinta capaz de explorar seus traumas. A relação terapêutica, em si, torna-se um instrumento de cura, já que o paciente pode experimentar novas formas de se relacionar com o outro, sem os medos e as distorções trazidas pela violência sofrida na infância. Esse processo de vinculação é particularmente importante no tratamento de traumas profundos, pois oferece uma oportunidade de ressignificação das experiências de abuso e violação.

A imprevisibilidade do tempo necessário para o tratamento também é um ponto central da abordagem psicanalítica. Cada paciente traz consigo um nível único de resistência, compreensão e disposição para lidar com seus traumas. Enquanto alguns podem avançar mais rapidamente no processo de elaboração, outros necessitam de um tempo maior para construir a confiança necessária para revisitar seus conteúdos reprimidos. Essa variabilidade reforça a importância de uma abordagem individualizada, o progresso do paciente não é medido em sessões ou tempo, mas na profundidade da transformação psíquica alcançada (Jung et al, 2006).

Assim, a psicanálise oferece um espaço terapêutico que vai além do alívio dos sintomas, buscando transformar as estruturas psíquicas que sustentam os sofrimentos

emocionais (Lima, Gomes e Santos, 2020). O tratamento dos traumas relacionados à violência infantojuvenil, nesse contexto, depende de uma série de fatores subjetivos, que incluem a capacidade do paciente de aceitar e reconhecer suas feridas, o tempo necessário para construir um vínculo terapêutico seguro e a disposição em confrontar os aspectos mais dolorosos de seu passado (Santos et al, 2017).

Neste ínterim, um fator importante para a evolução do tratamento é a confiança do paciente no terapeuta.

[...] as pessoas perdem a confiança no geral né, no âmbito social e geral e como psicólogo não é muito diferente até ganhar essa confiança e tudo mais, até mesmo para verbalizar que houve essa violência [...] E

[...] Você começa a trabalhar as, as questões até chegar o ponto deles terem uma confiança no seu trabalho, daí que eles começam a verbalizar uma possibilidade. [...] E

A confiança do paciente no terapeuta emerge como um elemento central para a eficácia do tratamento em psicoterapia, especialmente no contexto da violência infantojuvenil. O reconhecimento de que a perda de confiança é uma questão recorrente, tanto em contextos sociais quanto na relação terapêutica, reflete a complexidade dos vínculos que os pacientes estabelecem com os profissionais de saúde mental. De fato, a relação terapêutica é frequentemente vista como um microcosmo das interações sociais mais amplas, onde experiências passadas de desconfiança podem afetar a disposição do indivíduo em se abrir e compartilhar suas vivências dolorosas.

Ao abordar a violência, é crucial que o terapeuta desenvolva um espaço seguro, onde o paciente possa explorar suas experiências sem medo de julgamento (Trabucco, 2021). O desenvolvimento gradual da confiança é fundamental para que o paciente comece a verbalizar questões sensíveis, como episódios de violência que podem ter sido silenciados. A confiança não é apenas um pré-requisito para a comunicação aberta, mas também uma condição necessária para a construção de uma aliança terapêutica sólida, que permite ao terapeuta guiar o paciente em direção à elaboração e processamento de suas experiências.

Referindo-se à teoria psicanalítica, a transferência que é a projeção de sentimentos passados sobre o terapeuta, desempenha um papel vital na terapia (Pimentel e Barros, 2009). Se o paciente não confia no terapeuta, a transferência pode

se manifestar como resistência, impedindo a progressão do tratamento. Assim, a confiança se torna um facilitador não apenas para a verbalização das experiências, mas também para a mobilização de recursos internos do paciente em busca de uma resolução.

Após o desenvolvimento da confiança no profissional, a verbalização da demanda se faz necessária.

Inicialmente umas 5 sessões para a pessoa realmente trazer a demanda real do que tá acontecendo porque antes ela vem com um monte de demanda [...] passou um tempão né, a pessoa consegue verbalizar só lá na frente. E

[...] É que muitos não tem noção, né, que, que sofreram violência, outros não percebem qual a relação da violência com seus problemas atuais né, então... muitas vezes não falam por não acharem relevante né, e até conseguir identificar... S

Destaca-se a importância da verbalização da demanda no processo terapêutico, especialmente após o estabelecimento da confiança entre paciente e terapeuta. A dinâmica do tratamento, muitas vezes, se inicia com uma apresentação superficial das questões, o paciente pode trazer uma variedade de queixas, mas não necessariamente a raiz do que realmente o aflige. Esse fenômeno pode ser interpretado como uma defesa, a manifestação inicial de demandas se apresenta diluída, refletindo um estado de proteção emocional em relação às experiências mais dolorosas.

O fato de que o paciente pode levar várias sessões para acessar a verdadeira essência de sua dor indica a complexidade do processo terapêutico. É um reconhecimento de que a verbalização não ocorre de imediato, mas requer um ambiente terapêutico que propicie segurança e acolhimento (Cassel et al, 2015). Isso é especialmente relevante no contexto da violência, os indivíduos podem estar desconectados de suas experiências traumáticas. A natureza da violência, muitas vezes, impede que a vítima reconheça plenamente o que ocorreu, dificultando a verbalização. Como afirmam Ogden, Minton e Pain (2006) O trauma pode gerar uma dissociação que impede a unificação das experiências pessoais. Esse fenômeno é frequentemente observado em casos de trauma, onde a dissociação pode atuar como um mecanismo de defesa, protegendo o indivíduo de reviver a dor.

Além disso, de acordo com Tartari et al (2006), a dificuldade em reconhecer a violência como um fator relevante em sua vida atual pode ser uma barreira significativa para o tratamento. Isso sugere que o terapeuta deve atuar não apenas como facilitador da confiança, mas também como um educador que ajuda o paciente a fazer conexões entre suas experiências passadas e suas dificuldades presentes. Essa conscientização é crucial, pois muitos pacientes podem não perceber a relação entre suas vivências de violência e os sintomas que experimentam, tornando-se essencial um trabalho que promova essa identificação.

A progressão do tratamento, portanto, se baseia na habilidade do terapeuta em conduzir o paciente em uma jornada de autodescoberta, o reconhecimento e a verbalização da violência tornam-se passos fundamentais para o progresso do tratamento. O terapeuta deve cultivar uma atmosfera de exploração onde as associações entre passado e presente possam ser investigadas, permitindo que o paciente comece a entender a relevância de sua experiência traumática e sua influência em sua vida atual (Silveira, 2013).

Esse processo de identificação e verbalização não só é um reflexo da confiança estabelecida, mas também um testemunho da resiliência do paciente. Quando ele finalmente consegue articular suas experiências de maneira significativa, isso representa um avanço importante na terapia, possibilitando que o terapeuta utilize essas informações para guiar intervenções mais direcionadas e efetivas. Assim, a verbalização não é apenas um ato de falar, mas um passo crucial na construção de um caminho de cura e entendimento.

Ademais, dentro das técnicas utilizadas para a identificação da demanda e no tratamento inclui-se livre associação e a dessensibilização pela fala.

[...] é muito mais a dessensibilização realmente pela fala da pessoa né [...] E

Depende da demanda, mas normalmente técnicas para ansiedade, registro de crises em diário e ressignificação de situações. S

Creio que as técnicas da livre associação [...] T

Dentro das técnicas utilizadas para a identificação da demanda e no tratamento, a livre associação se destaca como uma abordagem fundamental. A prática da livre associação, que permite ao paciente expressar seus pensamentos e sentimentos de forma livre e espontânea, é uma estratégia essencial que pode revelar conteúdos inconscientes relacionados às experiências de violência (Carvalho e

Honda, 2017). Esse método propicia um espaço onde o paciente pode explorar livremente suas associações, facilitando a emergência de conexões que, muitas vezes, permanecem ocultas. Segundo Rabêlo, Dias e Martins (2021), essa técnica é crucial para a revelação de material reprimido, possibilitando uma análise mais completa da psique do paciente. A liberdade de expressão promovida pela livre associação permite que o terapeuta e o paciente identifiquem temas recorrentes e padrões de comportamento, fundamentais para a compreensão do contexto emocional do indivíduo.

O tratamento pós identificação da demanda visa principalmente a ressignificação dos traumas.

Aí pra gente na psicanálise, a gente vai trabalhar com a ressignificação. Aquele processo todo de que ta, houve a violência, a gente sabe que existe, que houve, mas a gente precisa romper com esse processo de que, quem eram as pessoas que, né, te violentaram, tiveram né, esse tipo de atitude né, quais eram as condições daquela pessoa, porque não tem mais como mudar o que aconteceu, mas ressignificar que hoje, não vão cometer aquele tipo de violência. E

Não é diferente de como qualquer tratamento [...] eu vou trabalhar a partir do meu diagnóstico independente do seu nome nos tenham acontecido na vida dele. B

Trabalhar aquela demanda, muitas vezes auxiliar a ressignificar aquilo. S

O tratamento pós-identificação da demanda, assim como explica Medeiros e Fortes (2020), concentra-se principalmente na ressignificação dos traumas, um processo crucial para a recuperação emocional do paciente. A ressignificação envolve não apenas o reconhecimento da ocorrência de uma violência, mas também a transformação da narrativa que o paciente constrói em torno dessa experiência. Essa prática é central na psicanálise, o terapeuta orienta o paciente a confrontar e reinterpretar as memórias traumáticas, possibilitando um novo entendimento sobre o que ocorreu. O objetivo não é alterar o passado, mas proporcionar ao paciente uma nova perspectiva que permita romper com a repetição de padrões prejudiciais (Brito e Canavêz, 2016).

A abordagem da ressignificação requer que o paciente examine as circunstâncias que cercaram a violência, incluindo a compreensão das motivações e contextos dos agressores. Essa análise é fundamental para que o paciente possa distinguir entre o que aconteceu e sua identidade atual, permitindo que ele se afaste da carga emocional atrelada ao evento (Gomes, 2021). A reflexão sobre as condições que levaram ao ato violento é essencial, pois isso ajuda o paciente a desenvolver um senso de segurança e autocontrole, que são elementos essenciais para a cura.

Além disso, o processo de ressignificação deve ser adaptado às necessidades individuais do paciente. Cada história de vida traz particularidades que exigem uma abordagem flexível e personalizada. O terapeuta deve trabalhar a partir do diagnóstico e das especificidades de cada caso, permitindo que diferentes estratégias sejam utilizadas. Essa flexibilidade contribui para a criação de um ambiente terapêutico que promove a autocompreensão e a reestruturação da identidade do paciente.

Trabalhar a demanda de forma abrangente implica auxiliar o paciente a não apenas recontar sua história, mas a integrar essa narrativa em um contexto que favoreça o crescimento pessoal. Muitas vezes, isso envolve a exploração de emoções complexas, como culpa, vergonha e raiva, que podem surgir em decorrência da violência vivida. A ressignificação, então, se torna um caminho para transformar essas emoções em aprendizados, permitindo ao paciente ver-se como um sobrevivente e não apenas como uma vítima.

Esse processo terapêutico é, portanto, uma jornada de autodescoberta, onde o paciente é encorajado a reavaliar suas experiências e a construir uma nova narrativa que não apenas reconheça a dor do passado, mas também celebre a resiliência e a capacidade de superação. Por meio da ressignificação, o paciente pode desenvolver uma nova relação com suas experiências, promovendo um maior senso de empoderamento e controle sobre sua vida e suas emoções. A reconfiguração da narrativa do trauma é vital para o restabelecimento do equilíbrio emocional e a construção de uma identidade mais saudável (Medeiros e Fortes, 2020).

Por fim, as maiores dificuldades apresentadas nos casos que envolvem violência infanto juvenil incluem a dificuldade que os pacientes têm de verbalizar a demanda, sendo necessário que o profissional esteja atento e possua uma escuta ativa e a negação dos sujeitos violentos em aceitar que sofreram violência e/ou que essas foram provocadas por pessoas tão próximas a eles.

[...]Ele pode recusar de que né, a situação de que meu pai e minha mãe fizeram isso porque eu merecia[...] E

[...] eu acho que eu não diria que eles têm dificuldade de aceitar que sofreram [...] B

A negação ou a falta de conhecimento do que é violência. Muitas violências sexuais não são com o ato em sí, mas de forma mais “ sutil “ e a pessoa nem tem consciência que o que aconteceu foi uma violência. S

As maiores dificuldades apresentadas nos casos que envolvem violência infantojuvenil incluem a dificuldade que os pacientes têm de verbalizar a demanda, o que torna essencial que o profissional esteja atento e possua uma escuta ativa. De acordo com Bastos (2009), essa escuta sensível é um componente crítico no processo terapêutico, pois permite ao terapeuta captar nuances que podem não ser imediatamente evidentes nas palavras dos pacientes. O silêncio ou a hesitação para falar sobre experiências traumáticas frequentemente refletem um profundo medo ou confusão, exacerbados pela complexidade emocional que cerca as vivências de violência.

Outra dificuldade significativa é a negação por parte dos sujeitos violentos em aceitar que sofreram violência, especialmente quando essa violência é perpetrada por pessoas próximas, como familiares. A negação é um mecanismo de defesa que pode proporcionar alívio temporário, mas, ao mesmo tempo, impede a realização de um trabalho terapêutico profundo. Essa resistência em reconhecer a violência, muitas vezes, é alimentada por um sistema de crenças que minimiza ou distorce a gravidade da situação vivida, levando o paciente a justificar ou racionalizar o sofrimento. Como destacado por Ogden, Minton e Pain (2006), a negação pode se manifestar de várias formas, incluindo a minimização do impacto emocional e a atribuição de culpa a si mesmo ou a outros. Essa dinâmica pode levar a um ciclo de revitimização, onde o paciente permanece preso em um padrão de sofrimento e dificuldade de autoafirmação.

Além disso, a falta de conhecimento sobre o que constitui violência é um fator que agrava a situação. Muitas vezes, as violências não são reconhecidas devido à sua natureza sutil. Experiências de violência sexual, por exemplo, podem não se manifestar apenas através de atos físicos, mas também através de formas mais

insidiosas de abuso emocional e psicológico. Essa falta de consciência sobre o que caracteriza a violência impede que os indivíduos identifiquem e nomeiem suas experiências, dificultando ainda mais a busca por ajuda. A educação e a conscientização sobre a natureza multifacetada da violência são, portanto, cruciais para que os pacientes possam compreender melhor suas experiências e buscar o apoio necessário.

Diante dessas dificuldades, o papel do terapeuta se torna ainda mais relevante, não apenas como facilitador do diálogo, mas também como educador que ajuda o paciente a desvendar as camadas de suas vivências. A escuta ativa, combinada com intervenções que promovam a conscientização sobre a violência, pode auxiliar os pacientes a se sentirem mais seguros para expressar suas experiências, levando a um processo de cura mais eficaz. O terapeuta pode utilizar técnicas como a livre associação e a reestruturação cognitiva para ajudar os pacientes a reavaliar suas percepções sobre suas experiências, promovendo uma narrativa mais saudável e empoderadora (Carvalho e Honda, 2017).

A abordagem terapêutica deve, portanto, ser sensível às complexidades que envolvem o trauma e a negação. Isso implica não apenas no reconhecimento das dificuldades que os pacientes enfrentam, mas também na construção de uma relação terapêutica baseada na confiança e na empatia. O paciente precisa sentir que sua dor é validada e que suas experiências são compreendidas. A construção de um espaço seguro e acolhedor pode permitir que o paciente comece a dismantelar as barreiras para a verbalização e a auto aceitação, facilitando o caminho para a cura e a ressignificação de suas experiências traumáticas.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência infantojuvenil é uma questão alarmante e grave na sociedade brasileira, caracterizada por diversas formas de abuso, como físico, emocional e sexual, que afetam milhões de crianças e adolescentes desde a antiguidade. Essas experiências traumáticas comprometem o desenvolvimento emocional e psicológico das vítimas a longo prazo. Nesse contexto, a psicanálise se apresenta como uma abordagem relevante para entender os impactos que a violência infantojuvenil causa na vida adulta e buscar caminhos para um tratamento efetivo.

Com base na análise realizada e nas entrevistas conduzidas, conclui-se que a violência infantojuvenil gera demandas psicológicas que afetam profundamente a vida adulta, frequentemente manifestadas como transtornos psiquiátricos, incluindo depressão, transtornos de ansiedade e transtornos de personalidade.

Os dados obtidos mostram que muitas vezes o processo de identificação das consequências da violência na vida adulta é tardio e complexo. Pacientes que sofreram abusos na infância podem não reconhecer esses eventos como causas de seus problemas emocionais e comportamentais, dificultando a busca por tratamento. Essa falta de reconhecimento pode ser atribuída a uma série de fatores, incluindo a negação, o estigma associado à experiência de ser uma vítima e a internalização de culpa e vergonha. Essa situação reforça a importância da intervenção psicológica, que se torna essencial para ajudar os pacientes a acessar memórias reprimidas e iniciar um processo de cura.

A intervenção psicológica é fundamental não apenas para fornecer acolhimento e tratamento adequados, mas também para auxiliar na identificação e superação dos efeitos da violência. O psicólogo desempenha um papel essencial nesse processo, não apenas na escuta ativa, mas também na conscientização do paciente sobre as consequências da violência sofrida. Através de técnicas como a associação livre e a reestruturação cognitiva, o terapeuta auxilia na ressignificação das vivências traumáticas, permitindo que o paciente construa uma narrativa mais saudável e empoderadora de suas experiências. Além disso, a terapia pode facilitar o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e resiliência, essenciais para que o indivíduo possa lidar melhor com suas emoções e relações interpessoais.

As consequências da violência infantojuvenil estendem-se por toda a vida, afetando não apenas o desenvolvimento emocional, mas também as relações

interpessoais e a capacidade dos indivíduos de se integrarem plenamente na sociedade. Os dados sugerem que vítimas de violência na infância podem ter dificuldades em estabelecer vínculos afetivos saudáveis, o que pode levar à solidão e ao isolamento social. Sem o suporte psicológico adequado, essas vítimas podem perpetuar ciclos de instabilidade emocional, problemas nos relacionamentos e dificuldades em ambientes profissionais, impactando negativamente sua qualidade de vida e suas oportunidades.

Por fim, ao refletir sobre o futuro, é fundamental reconhecer que a violência infantojuvenil é um problema social que exige atenção e ação coletiva. A sensibilização da sociedade, a formação contínua de profissionais e a promoção de políticas públicas que priorizem a proteção e o apoio às crianças e adolescentes são passos essenciais para construir um futuro mais justo e seguro. Somente assim será possível garantir que as crianças e adolescentes tenham seus direitos respeitados e que possam crescer em um ambiente de amor, segurança e oportunidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, Arminda. Psicanálise da criança: Teoria e técnica (ALL Campos, Trad.). **Porto Alegre, RS: Artmed.(Trabalho original publicado em 1979)**, 1982.

AGUIAR, Valdinei Santos de; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. A importância histórica e social da infância para a construção do direito à saúde no trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 271-285, 2017.

ALMEIDA, Alexandre Patricio; NETO, Alfredo Naffah. O sentimento de solidão na contemporaneidade: revisitando Melanie Klein. **Psicologia Revista**, v. 28, n. 2, p. 421-442, 2019.

AMARAL, Mônica Guimarães Teixeira do. Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade: um texto perdido em suas sucessivas edições?. **Psicologia usp**, v. 6, n. 2, p. 63-84, 1995.

ANDRADE, Ana Bárbara de Toledo; HERZOG, Regina. Os afetos do analista na obra freudiana. **Psicologia Clínica**, v. 23, p. 119-131, 2011.

ANGONESE, Amanda Saraiva; SANTOS, Diele da Silva. O impacto da figura paterna no desenvolvimento emocional e da personalidade dos filhos. **Unoesc & Ciência-ACBS**, v. 7, n. 1, p. 97-104, 2016.

AZEVEDO, Elaine Christovam de. Atendimento psicanalítico a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 21, p. 66-77, 2001.

BARATTO, Geselda. A descoberta do inconsciente e o percurso histórico de sua elaboração. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 29, p. 74-87, 2009.

BARBIANI, Rosangela. Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 200-211, 2016.

BARCELLOS, W. B. E. Violência intrafamiliar: Ressonâncias na prática profissional do psicólogo. **Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia**, Florianópolis, 2006.

BARLOW, David; HOFMANN, Stefan; DURAND, Mark. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. 800 p.

BARRETO, Ricardo Azevedo. Psicanálise: uma instituição a se reconstruir. **Estudos de Psicanálise**, n. 35, p. 103-108, 2011.

BASTOS, Alice Beatriz B. Izique. A escuta psicanalítica e a educação. **Psicólogo Informação**, v. 13, n. 13, p. 91-98, 2009.

BELL, Kathryn M.; HIGGINS, Lorrin. The impact of childhood emotional abuse and experiential avoidance on maladaptive problem solving and intimate partner violence. **Behavioral Sciences**, v. 5, n. 2, p. 154-175, 2015.

BELO, Fábio; SCODELER, Kátia. A importância do brincar em Winnicott e Schiller. **Tempo psicanalítico**, v. 45, n. 1, p. 91-101, 2013.

BORGES, Jeane Lessinger; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. **Psicologia em Estudo**, v. 13, p. 371-379, 2008.

BOWLBY, John. **Attachment theory, separation anxiety, and mourning**. In: ARIETI, Silvano (Ed.). **American Handbook of Psychiatry: Volume 6**. New York: Basic Books, 1975. (E-Book 2015 International Psychotherapy Institute).

BRASIL. Controladoria-Geral da União (CGU). 81% dos casos de violência contra crianças e adolescentes ocorrem em ambiente familiar: dados da CGU. 2021. <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/81-dos-casos-de-violencia-contra-criancas-e-adolescentes-ocorrem-dentro-de-casa>. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002

BRITO, Wallace da Costa; CANAVÊZ, Fernanda. A memória nos textos iniciais de Freud. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 101-122, 2016.

BULHÕES, Raquel Recker Rabello. Criação e trajetória do Conselho Tutelar no Brasil. **Lex Humana (ISSN 2175-0947)**, v. 2, n. 1, p. 109-131, 2010.

CARR, Clara Passmann et al. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 201, n. 12, p. 1007-1020, 2013.

CAROPRESO, Fátima; SIMANKE, Richard Theisen. Repressão e inconsciente no desenvolvimento da metapsicologia freudiana. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 16, p. 201-216, 2013.

CARREIRA, Alessandra Fernandes. Algumas considerações sobre a fantasia em Freud e Lacan. **Psicologia USP**, v. 20, p. 157-171, 2009.

CARVALHO, Inaiá Maria Moreira de. Trabalho infantil no Brasil contemporâneo. **Caderno CRH**, v. 21, p. 551-569, 2008.

CARVALHO, Vitor Orquiza; HONDA, Helio. Fundamentos da associação livre: uma valorização da técnica da psicanálise. **Analytica: Revista de Psicanálise**, v. 6, n. 10, p. 46-56, 2017.

CASSEL, Paula Argemi et al. Processo psicoterapêutico: compreensão de momentos de mudança psicológica em uma sessão de psicoterapia psicanalítica. **Contextos Clínicos**, v. 8, n. 1, p. 27-37, 2015.

CASTELHANO, Marcos Vitor Costa et al. O desenvolvimento psicosssexual e os contextos pulsionais da infância: um olhar psicanalítico. **Revista Coopex.**, v. 14, n. 1, p. 459-469, 2023.

CATTANI, Antonio David. Desigualdades socioeconômicas: conceitos e problemas de pesquisa. **Sociologias**, p. 74-99, 2007.

CESÁRIO, Carla Grazielli de Castro. O CONCEITO DE RESISTÊNCIA NA OBRA DE FREUD E SUA FUNÇÃO NA PSICANÁLISE. **SIG Revista de Psicanálise**, v. 10, n. 2, 2021.

CINTRA, Elisa Maria de Uihôa. Introjection, incorporation, identification to the aggressor: from Sándor Ferenczi. **Ide**, v. 40, n. 66, p. 81-98, 2018.

CORDEIRO, Everton Fernandes. O inconsciente em Sigmund Freud. **Psicologia. pt**, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Resolução CFP nº 10, de 21 de julho de 2005. Brasília: CFP, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Medidas Socioeducativas**. Brasília: CFP, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP) **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Programas de Atenção à Mulher em Situação de Violência**. Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP) **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas(os) na rede de proteção às crianças e adolescentes em situação de violência sexual** Brasília: CFP, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP) **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas(os) no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS**. Brasília: CFP, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências Técnicas para a Prática de Psicólogas(os) no Centro de Referência Especializado da Assistência Social - CREAS**. Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP) **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas(os) no Sistema Prisional**. Brasília: CFP, 2021.

CORNET, J. **Faut-il battre les enfants?** [É preciso bater nas crianças?] Paris: Hommes et Perspectives, 1997. 2. ed.

CORSARO, William A.; EVERITT, Judson G. **The sociology of childhood**. Sage publications, 2023.

COSTA, Renata Bernardo da; SANTOS, Marizete Araújo dos; COSTA, Vivianne Guimarães; MACÊDO, Lenilda Cordeiro de (orientador). **O ECA como instrumento de consolidação dos direitos fundamentais das crianças e adolescentes**. Projeto de Extensão. Universidade Estadual da Paraíba, 2022.

CUNNINGHAM, Hugh. **Children and childhood in western society since 1500**. Routledge, 2020.

CURY, Carlos Roberto Jamil. A educação básica como direito. **Cadernos de pesquisa**, v. 38, p. 293-303, 2008.

DEL PRIORE, Mary. **História das crianças no Brasil**. Editora Contexto, 2015.

DO AMARAL, Mônica Guimarães Teixeira. Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade: um texto perdido em suas sucessivas edições?. **Psicologia usp**, v. 6, n. 2, p. 63-84, 1995.

EUZÉBIO, Alessandro. **Fases de desenvolvimento psicosssexuais em Freud**. 2023.

FÁVERO, Eunice Teresinha et al. **ECA e a proteção integral de crianças e adolescentes**. Cortez Editora, 2020.

FLORENTINO, Bruno Ricardo Bérghamo. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 2, p. 139-144, 2015.

FRANÇA, Elisabeth Barboza et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 20, p. 46-60, 2017.

FREUD, Sigmund. **Além do princípio de prazer**. L&PM Editores, 2016.

FREUD, Sigmund. Caminhos da terapia psicanalítica (Sigmund Freud Obras Completas, Paulo César de Souza, Trad., Vol. 14). **São Paulo: Companhia das Letras.(Originalmente publicado em 1919)**, 2010.

FRÓES, Henrique; VIANA, Terezinha de Camargo. As noções de inconsciente derivadas da teoria da defesa: primeiras elaborações freudianas. **Tempo psicanalítico**, v. 45, n. 2, p. 267-285, 2013.

FULGENCIO, Leopoldo. A noção de trauma em Freud e Winnicott. **Natureza humana**, v. 6, n. 2, p. 255-270, 2004.

GALVÁN, Gabriela Bruno; AMIRALIAN, Maria Lúcia Toledo Moraes. Os conceitos de verdadeiro e falso self e suas implicações na prática clínica. **Aletheia**, n. 30, p. 50-58, 2009.

GARCIA, Ronaldo Aurélio Gimenes. John Locke: por uma educação liberal. **Revista HISTEDBR On-Line**, v. 12, n. 47, p. 363-377, 2012.

GOMES, Fernando Grilo et al. A relação entre os mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, p. 109-114, 2008.

GOMES, Sônia. Trauma, Vulnerabilidade e Memória: Caminhos para uma Resignificação. **Revista latino-americana de psicologia corporal**, v. 8, n. 11, p. 69-82, 2021.

GRANATO, Tania Mara Marques; AIELLO-VAISBERG, Tânia Maria José. A preocupação materna primária especial. **Psicol. clín**, p. 87-91, 2002.

GUERRA, Viviane N. de Azevedo. Violência de pais contra filhos: procuram-se vítimas. **Cadernos de Pesquisa**, n. 51, p. 99, 1984.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

IPIRANGA JÚNIOR, Pedro. A infância como tópos narrativo e biográfico na antiguidade clássica. 2013.

JUNG, Simone Isabel et al. História recente e perspectivas atuais da pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica de longa duração. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 28, p. 298-312, 2006.

JÚNIOR, José dos Santos Costa. Tobias Barreto entre a menoridade e o discernimento: da crítica do direito penal à tarefa das Ciências Sociais no Brasil (1830-1884). **Intelligere**, n. 16, p. 67-99, 2023.

KLAUTAU, Perla; SALEM, Pedro. Dependência e construção da confiança: A clínica psicanalítica nos limites da interpretação. **Natureza humana**, v. 11, n. 2, p. 33-54, 2009.

KLEIN, Melanie. **Inveja e gratidão: e outros trabalhos 1946-1963**. Imago Editora, 1991.

KUHLMANN JR, Moysés. Uma história da infância: da idade média à época contemporânea no ocidente. **Cadernos de Pesquisa**, v. 35, n. 125, p. 239-242, 2005.

LAENDER, Nadja Ribeiro. A construção do conceito de superego em Freud. **Reverso**, v. 27, n. 52, p. 63-68, 2005.

LE GOFF, Jacques; TRUONG, Nicolas. **Uma história do corpo na Idade Média**. Tradução: Marcos Flamínio Pires. Revisão técnica: Marcos de Castro. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. p. 207-211.

LEVISKY, David Léo. Construção da identidade, o processo educacional e a violência uma visão psicanalítica. **Pro-posições**, v. 13, n. 3, p. 99-112, 2002.

LIMA, Andréa Pereira de. O modelo estrutural de Freud e o cérebro: uma proposta de integração entre a psicanálise e a neurofisiologia. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 37, p. 280-287, 2010.

LIMA, Gabriela Mariano de; GOMES, Francinara Pantoja; SANTOS, Thiago Silva dos. O vínculo terapêutico como ferramenta efetiva para a terapia psicanalítica. **Perspectivas em Psicologia**, Uberlândia, v. 24, n. 1, p. x-x, jan./jun. 2020.

LIVINGSTONE, Sonia M.; HADDON, Leslie; GORZIG, Anke (Ed.). **Children, risk and safety on the internet: Research and policy challenges in comparative perspective**. Policy Press, 2012.

LI, Muzi; D'ARCY, Catherine; MENG, Xiangfei. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. **Psychological medicine**, v. 46, n. 4, p. 717-730, 2016.

LOPEZ, Anna Lucia Leão et al. On-line psychoanalytic clinic: articulations with fiction. **Estudos de Psicanálise**, n. 56, p. 49-61, 2021.

LUCENA, Rosana Ulhôa. Uma história da proteção à infância no Brasil : da questão do menor aos direitos da criança e do adolescente (1920-1990). 1993. xiv, 166 f. Dissertação (Mestrado em História)—Universidade de Brasília, Brasília, 1993.

LUSTIG, Andréa Lemes et al. Criança e infância: contexto histórico social. **Iv Seminário de Grupos de Pesquisa Sobre Crianças e Infâncias-Ética e Diversidade na Pesquisa, Goiânia: Cegraf, 2014.**

MACHADO, Josiel Artigas; SANCHES, Mário Antonio. A gênese da violência infantil. **Caderno Teológico da PUCPR**, v. 7, n. 1, p. 173-189, 2022.

MACHADO, Vanessa Rombola. **Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes: A difícil implementação dos princípios do ECA**. Editora CRV, 2021.

MALDONADO, Daniela Patricia Ado; WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque. O comportamento agressivo de crianças do sexo masculino na escola e sua relação com a violência doméstica. **Psicologia em estudo**, v. 10, p. 353-362, 2005.

MEDEIROS, Clarice; FORTES, Isabel. Trauma e lesão: algumas articulações em psicanálise. **Tempo psicanalítico**, v. 52, n. 1, p. 133-154, 2020.

MELLO, Marcelo F. et al. Maus-tratos na infância e psicopatologia no adulto: caminhos para a disfunção do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 31, p. S41-S48, 2009.

MENDES, Elzilaine Domingues; VIANA, Terezinha de Camargo; BARA, Olivier. Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 30, p. 423-431, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, v. 1, p. 91-102, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2007-2016, 2018.

MOLINA, Rafael da Silva; FABRIAN, Carmen Beatriz. Conceito de transferência e contratransferência: uma revisão crítica sistemática. **Psicol. argum**, p. 85-97, 2014.

MOREIRA, Laura Monteiro de Castro et al. Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 22, n. supl 7, p. S48-S55, 2012.

MOREIRA, Letícia Machado; ESTEVES, Cristiane Silva. Revisitando a teoria do setting terapêutico. **Psicologia. pt**, p. 1-8, 2012.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. Édipo em Freud: o movimento de uma teoria. **Psicologia em Estudo**, v. 9, p. 219-227, 2004.

NALI, Maria de Jesus Barros et al. A Eficácia do ECA e Sua Aplicação na Saúde Emocional e Psicológica de Crianças e Adolescentes/The Efficacy of ECA and Its Application in Emotional and Psychological Health of Children and Adolescents. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 15, n. 57, p. 460-477, 2021.

NELSON, Janna et al. Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. **The British Journal of Psychiatry**, v. 210, n. 2, p. 96-104, 2017.

NUNES, Antonio Jakeulmo; SALES, Magda Coeli Vitorino. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciencia & saude coletiva**, v. 21, p. 871-880, 2016.

OGDEN, Pat; MINTON, Kekuni; PAIN, Clare. Trauma and the body: Examining a neglected perspective. 2006.

OLIVEIRA, Marcella Pereira de. Melanie Klein e as fantasias inconscientes. **Winnicott e-prints**, v. 2, n. 2, p. 1-19, 2007.

PAULA, Eurípedes Simões de. Hamurabi e o seu código. **Revista de História**, v. 27, n. 56, p. 257-270, 1963.

PERA, Rubens Alberto; CORREA, João Jorge. O Complexo de Édipo no Contexto da Psicanálise. **Revista Pleiade**, v. 9, n. 18, p. 23-31, 2015.

PERES, Rodrigo Sanches. Aliança terapêutica em psicoterapia de orientação psicanalítica: aspectos teóricos e manejo clínico. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 26, p. 383-389, 2009.

PIMENTEL, Claudia Bonfily; DE BARROS, Izabella Paiva Monteiro. Transferência e desfecho terapêutico em psicoterapia psicodinâmica breve. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 11, n. 1, p. 153-166, 2009.

PINHEIRO, Veralucia; BEZERRA, Nilson Pereira. A prática da liberdade no estado Moderno nas concepções de John Locke e Jean-Jacques Rousseau. **Revista Contrapontos**, v. 18, n. 1, p. 02-14, 2018.

PONTALIS, Jean-Baptiste; LAPLANCHE, Jean. Vocabulário da psicanálise. **Santos: Martins**, 2001.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antônio dos. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em estudo**, v. 12, p. 247-256, 2007.

PRUDENTE, Regina Coeli Aguiar Castelo; RIBEIRO, Maria Anita Carneiro. Psicanálise e ciência. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 25, p. 58-69, 2005.

RABELLO, Elaine T.; PASSOS, José Silveira. Vygotsky e o desenvolvimento humano. **Portal Brasileiro de Análise Transacional**, p. 1-10, 2010.

RABÊLO, Fabiano Chagas; DIAS, Reginaldo Rodrigues; MARTINS, Karla Patrícia Holanda. A articulação teórica da associação livre. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 73, n. 2, p. 83-999, 2021.

REIS, Deliane Martins; PRATA, Luana Cristina Gonçalves; PARRA, Cláudia Regina. O impacto da violência intrafamiliar no desenvolvimento psíquico infantil. **Psicologia.pt**, v. 1, n. 1, p. 1-20, 2018.

REZENDE, Edilaine. Aparecida de. Consequências da violência na infância ao longo da vida: uma revisão narrativa. **Brasília: Universidade de Brasília**, 2016. 36 f.

RIBEIRO, Ana Eduardo. Associação livre, via régia para o Inconsciente. **Revista Portuguesa de Psicanálise**, v. 40, n. 1, p. 53-61, 2020.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. História da educação escolar no Brasil: notas para uma reflexão. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, p. 15-30, 1993.

RICAS, Janete; DONOSO, Miguir Terezinha Vieccelli. Maus tratos na infância: reflexões. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 3, 2006.

ROCHA, Pedro Carlos Xavier; MORAES, Claudia Leite. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3285-3296, 2011.

RODRIGUES, Maria Eduarda Paes; ABRAHÃO, Marina Vitória; MATOS, Lorena Borsoi Agrizz dei. História e atualizações sobre três décadas de prática e evolução do Estatuto da Criança e do Adolescente–ECA. **História**, v. 11, n. 32, 2021.

RODRIGUES, Teresa Bastos. Mecanismos de defesa no grupo. **Vínculo-Revista do NESME**, v. 5, n. 2, p. 185-194, 2008.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. Emílio ou Da Educação. 4ª ed., São Paulo, Ed. Martins Fontes, 2014.

RUDGE, Ana Maria. Sonhos traumáticos na clínica psicanalítica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 19, n. 4, p. 603-615, 2016.

SANTOS, Ilka Schapper et al. O LEGADO DE FREUD E DE LACAN: AS VICISSITUDES DO COMPLEXO DE ÉDIPO. **CADERNOS DE PSICOLOGIA**, v. 2, n. 3, 2020.

SANTOS, Larissa Dias Fernandes dos; QUIXADÁ, Luciana Martins. Violência Psicológica Intrafamiliar: Considerações Psicanalíticas sobre Crianças que Vivenciam esse Trauma. **Revista Subjetividades**, v. 22, n. 3, 2022.

SANTOS, Manoel Antônio dos. A transferência na clínica psicanalítica: a abordagem freudiana. **Temas em psicologia**, v. 2, n. 2, p. 13-27, 1994.

SANTOS, Manoel Antônio dos. et al. Clínica das configurações vinculares: do estabelecimento do vínculo terapêutico às transformações possíveis. **Vínculo-Revista do NESME**, v. 14, n. 2, p. 45-57, 2017.

SARTORI, Elisiane; LONGO, Isis Souza. O impacto do ECA nas políticas públicas de atendimento à criança e ao adolescente e no trabalho infanto-juvenil. **Anais do VI Encontro Nacional de estudos sobre o Trabalho, ABET**, 1999.

SEGAL, Hanna. Introdução à obra de Melanie Klein. In: **Introdução à obra de Melanie Klein**. 1975. p. 125 p.-125 p.

SILVA, Gustavo Vieira da; LIMA, Andrea de Alvarenga; BARBOSA, Nadja Nara. Sobre os conceitos de verdadeiro self e falso self: reflexões a partir de um caso clínico. **Cadernos de psicanálise (Rio de Janeiro)**, v. 36, n. 30, p. 113-127, 2014.

SILVA, Marta Angélica Iossi et al. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. **Ciencia & saúde coletiva**, v. 19, n. 02, p. 619-627, 2014.

SILVEIRA, Léa. Desejo e passado: observações sobre a tensão entre memória e rememoração na psicanálise freudiana. **Analytica: Revista de Psicanálise**, v. 2, n. 2, p. 77-93, 2013.

SIMANKE, Richard Theisen. Além do bem e do mal: algumas considerações sobre a visão psicanalítica do ódio. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 53, n. 1, p. 125-148, 2019.

SIQUEIRA, Gabriela Garcez. A filosofia da educação na obra “O Emílio ou Da Educação” de Jean-Jacques Rousseau. 2022.

SOUSA, Luciano Antunes Figueiredo. **A associação livre em Freud: fundamento do tratamento psicanalítico. 2018. 119 f.** 2018. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

SOUTO, Fabrizia Izabel Meira; MOREIRA, Jacqueline Oliveira; PENA, Breno Ferreira. As movimentações da ideia de repetição no texto freudiano: uma leitura cronológica. **Reverso**, v. 40, n. 76, p. 47-54, 2018.

SOUZA, Carolina Cardoso Colhante; SEI, Maíra Bonafé. Abuso sexual de crianças e adolescentes: trauma e transmissão psíquica. **Analytica: Revista de Psicanálise**, v. 8, n. 15, p. 1-20, 2019.

SOUZA, Marcella Ranheri de; HINTZ, Helena Centeno. Cuidados inconsistentes durante a infância e relações de apego na adolescência: um estudo de caso. **Pensando famílias**, v. 23, n. 2, p. 3-14, 2019.

TARTARI, Livia de. et al. Violências: lembrando alguns conceitos. **Aletheia**, n. 24, p. 95-104, 2006.

TORRES, Elaine Araujo et al. O que pensam os pais sobre a violência infantil. **Journal of the health sciences institute**, v. 33, n. 2, p. 160-163, 2015.

TRABUCCO, Luca. Um pensamento em torno do setting. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 55, n. 2, p. 115-132, 2021.

UNICEF BRASIL. UNI: boletim informativo. **Brasília**: v. 5, n. 17, dez. 2009. Disponível em:

[https://www.unicef.org/brazil/media/2576/file/A%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20da%20Crian%C3%A7a%20\(2\).pdf](https://www.unicef.org/brazil/media/2576/file/A%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20da%20Crian%C3%A7a%20(2).pdf). Acesso em: 10 ago. 2023

UNICEF. *Declaração Universal dos Direitos da Criança*. Nova Iorque: UNICEF, 1959. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf. Acesso em: 25 abr. 2023

VALE, Felipe Cardoso. Psicologia, direitos humanos e economia política: uma análise das atuais formas de governamentalidade a partir das cartilhas do CREPOP. 76f. - Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Fortaleza (CE), 2019.

VOLPI, José Henrique. Mecanismos de defesa. **Artigo do curso de especialização em Psicologia Corporal**. Curitiba: Centro Reichiano, 2008.

VORCARO, Angela; LUCERO, Ariana. O objeto transicional de Winnicott na formação do conceito de objeto a em Lacan. **Natureza humana**, v. 17, n. 1, p. 15-32, 2015.

WAIKAMP, Vitória; SERRALTA, Fernanda Barcellos. Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. **Ciências Psicológicas**, v. 12, n. 1, p. 137-144, 2018.

WEBER, Lidia Natalia Dobrianskyj; VIEZZER, Ana Paula; BRANDENBURG, Olivia Justen. O uso de palmadas e surras como prática educativa. **Estudos de psicologia (Natal)**, v. 9, p. 227-237, 2004.

ZANATTA, Alice; CASTRO, Amanda. Impactos Psicossociais para o Adulto do Abuso Sexual na Infância/Psychosocial Impacts for Adult Child Sexual Abuse. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 14, n. 51, p. 1096-1118, 2020.

ZANELLA, Maria Nilvane; LARA, Ângela Mara de Barros. O Código de Menores de 1927, o direito penal do menor e os congressos internacionais: o nascimento da justiça juvenil. **Revista Angelus Novus**, p. 105-128, 2015.

ZAVASCHI, Maria Lucrecia Scherer et al. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 24, p. 189-195, 2002.

APÊNDICE

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Identificação e triagem

- Qual é o seu nome? Qual sua idade?
- Qual sua formação acadêmica?
- Há quanto tempo trabalha como psicólogo?
- Qual a sua abordagem?
- Qual idade média dos seus pacientes?
- Quais são as principais queixas de seus pacientes?
- Tem experiência com casos de pacientes que sofreram violência na infância?

Tema

- Casos sobre a violência tendem a ser mais complicados que outros?
- Para você psicólogo, é difícil a identificação da violência sofrida na infância dos pacientes?
- Quantas sessões são necessárias para identificar a demanda?
- É comum casos que envolvem a violência infanto juvenil?

Objetivos

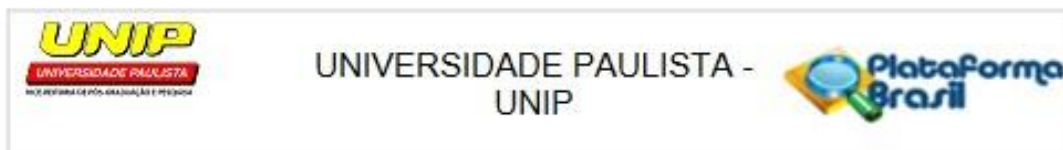
- Como é o acompanhamento de algum paciente que se recusa a aceitar que sofreu violência na infância?
- Quais são os maiores problemas que as vítimas sofrem em seu dia a dia?
- Quais são as técnicas usadas para amenizar as queixas?
- Existe alguma técnica específica para esses casos?
- Com base nos casos de violência infanto juvenil que você já acompanhou, quais eram as causas que levavam a violência?

Hipótese

- Os pacientes vítimas da violência encaram o assunto da violência como sendo algo necessário na educação das crianças?
- Os pacientes já vem com a suspeita de que a violência sofrida na infância pode estar causando danos na vida deles hoje ou não?
- Quando o paciente não identifica a demanda isso pode ser motivo de atrasar ou alongar o tratamento?

- Quais são os principais transtornos identificados em quem sofreu violência infanto juvenil?
- Quais são os principais mecanismos de defesa usados pelas pessoas que sofrem por causa da violência infanto juvenil, usam para evitar pensar no assunto?
- Qual o principal tipo de violência que os pacientes sofreram?
- O que mais dificulta a identificação da demanda?
- Como é o tratamento após a identificação da violência sofrida na infância?
- Os pacientes tem dificuldade em aceitar o fato de terem sofrido violência na infância e de essa violência afetar a vida deles hoje?
- O processo terapêutico com um paciente que sofreu violência é demorado?
- Já ocorreu de algum paciente se recusar a aceitar o fato de ter sofrido violência na infância?

APÊNDICE B – PARECER DE APROVAÇÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA INFANTO JUVENIL E OS IMPACTOS A VIDA ADULTA

Pesquisador: OSVALDO ROCHA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 75280923.1.0000.5512

Instituição Proponente: ASSOCIACAO UNIFICADA PAULISTA DE ENSINO RENOVADO OBJETIVO-

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.545.406

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do projeto", "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_2235346 de 26/10/2023) e/ou do Projeto Detalhado (2235346 de 26/10/2023).

Resumo:

Este estudo visa compreender os impactos de longo prazo da violência sofrida na infância e/ou adolescência na vida adulta. Sendo que a violência pode ser dividida em física, psicológica, sexual, moral e econômica. Neste ínterim, pesquisas apontam que diversos transtornos e doenças mentais podem ser resultado desta violência sofrida na infância, como por exemplo depressão, ansiedade, problemas com a aprendizagem e até mesmo distúrbios alimentares. Essas consequências interferem na vida toda do sujeito que foi violento, visto que seu aparelho psíquico se torna danificado devido ao traumas que ocorreram em seu processo de desenvolvimento. Contudo, a maioria das pesquisas são provenientes do exterior, diante disto, esse presente estudo busca contribuir para o levantamento e expansão do tema dentro da realidade brasileira. Neste contexto, esta pesquisa objetiva analisar como o psicólogo de base psicanalítica intervém e quais são suas técnicas

Endereço: Rua Dr. Bacelar, 1212 4º andar

Bairro: Vila Clementino

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)5586-4086

CEP: 04.026-002

E-mail: cep@unip.br



UNIVERSIDADE PAULISTA -
UNIP



Continuação do Parecer: 8.545.408

terapêuticas na demanda da violência infantil juvenil, além de identificar as possíveis causas e consequências desta violência. Arelado a isto, acredita-se que o terapeuta pode não identificar essa demanda de início, além de o fato de o próprio paciente negar que sofreu violência, podem ser fatores que dificultam o processo terapêutico. A fim de atingir estes objetivos e comprovar ou não as hipóteses será utilizado entrevistas semi estruturadas com psicólogos psicanalistas que atuam no mínimo um ano com demandas referentes à violência infanto juvenil em adultos.

Hipótese:

A violência infanto juvenil gera demandas que aparecem na vida adulta como transtornos psiquiátricos e, para ajudar os pacientes, o terapeuta precisa diagnosticar e tratar tais traumas.

No entanto, é comum que o psicólogo não identifique inicialmente a violência infanto-juvenil como uma causa subjacente das demandas apresentadas pelos pacientes adultos, por isso foca seu trabalho em outras questões.

Ademais, o fato de o próprio paciente não perceber as vivências sofridas como violência, não seriam impeditivos para o avanço do processo terapêutico. Arelado a isso, essa não identificação pode aumentar a quantidade e tempo de sessões.

Como ainda, podem existir pacientes adultos que não aceitam que a queixa que trazem são reflexos de seus traumas na infância, cabendo ao psicólogo clínico intervir primeiramente nessa compreensão e depois no tratamento da demanda.

Ainda pode ser que sejam necessárias muitas sessões para conseguir extrair do paciente as violências sofridas por ele na infância e adolescência, com isso o processo terapêutico pode demorar mais tempo.

Metodologia Proposta:

Participantes e Locais

Participarão da pesquisa seis psicólogos clínicos de abordagem psicanalista que atende pacientes adultos com demandas relacionadas à violência infantojuvenil. Os profissionais serão selecionados dentro do território brasileiro e deverão ter no mínimo um ano de experiência clínica.

Endereço: Rua Dr. Bacelar, 1212 4º andar

Bairro: Vila Clementino

CEP: 04.026-002

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5586-4086

E-mail: oap@unip.br



Continuação do Parecer: 8.545.406

As escolhas dos locais deverão ser realizadas em comum acordo com os participantes. Os encontros com os profissionais ocorrerão quando optado por presencial será realizado dentro da clínica de atendimento dos mesmos, quando optado por ser on-line será de responsabilidade de todos os envolvidos garantir a escolha de um local que garanta a privacidade dos dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar como o psicólogo clínico de base psicanalítica intervém na demanda de adultos que sofreram violência na infância.

Objetivo Secundário:

Investigar as consequências da violência infanto-juvenil na vida adulta por meio de psicólogos.

Identificar as causas da violência infanto-juvenil.

Levantar as técnicas terapêuticas utilizadas pelos psicólogos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

baixo e esse risco pode ser explicado por ser um tema que pode causar desconforto no participante, caso isto ocorra a entrevista será interrompida

imediatamente e sugerido ao participante encaminhamento para ao plantão psicológico da UNIP Campus Limeira .

Benefícios:

Liberdade de expressar seu ponto de vista sobre a temática abordada, assim como a possibilidade de, ao expressá-la, possibilitar reflexões sobre

sua atuação. Os resultados contribuirão para que as reflexões realizadas a partir do relato dos profissionais sobre o assunto possam contribuir com

o aprimoramento do conhecimento na área acadêmica e no campo de trabalho da Psicologia, com vistas a uma prática cada vez mais voltada para o bem-estar dos indivíduos

Endereço: Rua Dr. Bacelar, 1212 4º andar

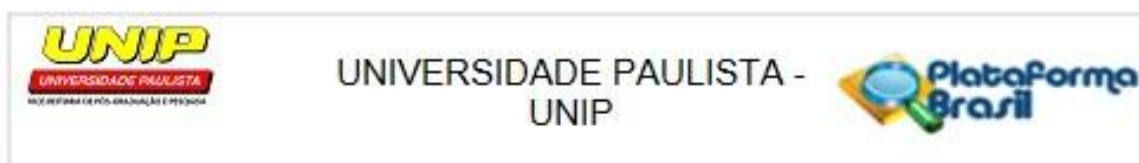
Bairro: Vila Clementino

CEP: 04.026-002

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)5586-4086

E-mail: cgp@unip.br



Continuação do Parecer: 6.545.406

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa nacional, de graduação, 6 participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/13, item XI.2.d

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2235346.pdf	26/10/2023 17:24:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPESQUISAVIOLENCIAINFANTOJUVENIL.docx	26/10/2023 17:23:47	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOVIOLENCIAINFANTOJUVENIL.docx	26/10/2023 17:23:03	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOVIOLENCIAINFANTOJUVENIL.pdf	26/10/2023 17:22:44	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	TERMODECOMPROMISSOVIOLENCIAINFANTOJUVENIL.pdf	26/10/2023 17:22:26	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTAAPRESENTACAOSVIOLENCIAINFANTOJUVENIL.pdf	26/10/2023 17:21:17	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INTENCAOPESQUISAVIOLENCIAINFANTOJUVENIL.pdf	26/10/2023 17:20:44	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAVIOLENCIAINFANTOJUVENIL.docx	26/10/2023 17:20:31	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTOVIOLENCIAINFANTOJU	26/10/2023	OSVALDO ROCHA	Aceito

Endereço: Rua Dr. Bacelar, 1212 4º andar

Bairro: Vila Clementino

CEP: 04.026-002

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)5586-4066

E-mail: cep@unip.br



Continuação do Parecer: 8.545.408

Folha de Rosto	ENIL.pdf	17:19:26	DA SILVA	Aceito
----------------	----------	----------	----------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 30 de Novembro de 2023

Assinado por:
Bettina Gerken Brasil
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Dr. Bacelar, 1212 4º andar
Bairro: Vila Clementino **CEP:** 04.026-002
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5586-4086 **E-mail:** cep@unip.br

APÊNDICE C – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO



UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP
Campus Indianópolis
Comitê de Ética em Pesquisa - UNIP
Rua Dr. Bacelar, 1212 – 4º andar – Vila Clementino
CEP: 04026-002 – Fone: (11) 5586-4090
e-mail: cep@unip.br
Horário de funcionamento: das 08:00 às 19:00

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada Violência Infante-Juvenil: impactos na vida adulta que se refere a um projeto de pesquisa do(s) participante(s) Camilla Aparecida Braga e Lethicia Yara de Souza Vieira que pertence(m) ao Curso de Psicologia da UNIP - Universidade Paulista Campus Limeira.

O(s) objetivo(s) deste estudo é analisar como os psicólogos de base psicanalítica intervêm na demanda de adultos que sofreram violência na infância. Além de, investigar as consequências e causas destas violências. Os resultados contribuirão para o levantamento, produção e expansão das reflexões sobre a violência infante juvenil.

Sua forma de participação consiste em responder um roteiro de entrevista semi estruturada, que englobarão questões relacionadas à violência infante juvenil.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não será cobrado nada e não haverá gastos decorrentes de sua participação. Se houver algum dano decorrente da pesquisa, o participante será indenizado nos termos da Lei.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: baixo e esse risco pode ser explicado por ser um tema que pode causar desconforto no participante, caso isto ocorra a entrevista será interrompida imediatamente e sugerido ao participante encaminhamento para ao plantão psicológico da UNIP Campus Limeira .

São esperados os seguintes benefícios para você, decorrente da sua participação nesta pesquisa: Liberdade de expressar seu ponto de vista sobre a temática abordada, assim como a possibilidade de, ao expressá-la, possibilitar reflexões sobre sua atuação. Os resultados contribuirão para que as reflexões realizadas a partir do relato dos profissionais sobre o assunto possam contribuir com o aprimoramento do conhecimento na área acadêmica e no campo de trabalho da Psicologia, com vistas a uma prática cada vez mais voltada para o bem-estar dos indivíduos. Caso tenha interesse você pode pedir o envio por e-mail do resultado da sua participação.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado. Caso queira retirar o seu consentimento entre em contato com o pesquisador responsável Osvaldo Rocha da Silva, pelo e-mail osvaldo.silva@docente.unip.br com cópia para o CEP-UNIP pelo e-mail



UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP
 Campus Indianópolis
 Comitê de Ética em Pesquisa - UNIP
 Rua Dr. Bacelar, 1212 – 4º andar – Vila Clementino
 CEP: 04026-002 – Fone: (11) 5586-4090
 e-mail: cep@unip.br
 Horário de funcionamento: das 08:00 às 19:00

cep@unip.br. Os seus dados serão retirados caso seja possível identificá-los no banco de dados.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Esse termo terá suas páginas rubricadas pelo pesquisador principal e será assinado em duas vias, das quais uma ficará com o participante e a outra com o pesquisador principal. Osvaldo Rocha da Silva. Rua Segisfredo Paulino de Almeida, 481 – Noiva da Colina – Piracicaba. tel. (19) 34263253 – osvaldo.silva@docente.unip.br

Eu _____ (nome do participante e número de documento de identidade) confirmo que Camilla Aparecida Braga e Lethicia Yara de Sousa Vieira explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Local e data: _____, de _____ de 2023.

 (Assinatura do participante da pesquisa)

Eu _____ (nome do membro da equipe que apresentar o TCLE) obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

 (Assinatura do membro da equipe que apresentar o TCLE)

 (Osvaldo Rocha da Silva - pesquisador responsável)

APÊNDICE D – INTENÇÃO DE PESQUISA



UNIVERSIDADE PAULISTA– UNIP
Campus Indianópolis
Comitê de Ética em Pesquisas UNIP

Rua Dr. Bacelar, 1212 – 4º andar – Vila Clementino
CEP: 04026-002 – F. (11) 5586-4090
E-mail: cep@unip.br
Horário de funcionamento das 08:00 às 19:00

INTENÇÃO DE PESQUISA

À / Ao: Assupero Ensino Superior Ltda.

Eu, Osvaldo Rocha, responsável principal pelo projeto de pesquisa, tenho a intenção de realizar a pesquisa Impactos da Violência Infantojuvenil, cujo(s) aluno(s) participante(s) Camilla Aparecida Braga e Lethicia Yara de Souza Vieira, portador (es) do(s) RG(s) 40673480x, 39371987x está (ão) regularmente matriculado(s) no Curso de Psicologia da Unip nesse ano corrente.

A Coleta de dados desse projeto somente poderá ser realizada após a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da UNIP.

Limeira, 26 de outubro de 2023.

Assinatura do (a) pesquisador principal

Walter Guedes Filho

Nome por extenso do (a) responsável da Instituição Coparticipante

Assinatura e carimbo do (a) responsável da Instituição Coparticipante

Prof. Eng. Walter Guedes Filho
RG 16.855.960
DIRETOR

ANEXOS

ANEXO 01 – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

ENTREVISTA 01

Entrevista realizada em 08/03 de forma presencial na cidade de Arthur Nogueira

Qual é o seu nome? Qual sua idade?

E: Edivaldo Tagliari, 35 anos

Qual sua formação acadêmica?

E: Sou formado em psicologia, bacharel em psicologia né e tenho pós-graduação em psicanálise.

Há quanto tempo trabalha como psicólogo?

E: De trabalho eu tenho 12 anos.

Qual a sua abordagem?

E: Psicanálise né.

Qual idade média dos seus pacientes?

E: Idade média? É, deixa eu pensar aqui, 30, 40 anos.

Quais são as principais queixas de seus pacientes?

E: Depressão, a maior mesma é a crise de ansiedade, mas depressão, crise de ansiedade, pânico, essas são as principais.

Tem experiência com casos de pacientes que sofreram violência na infância?

E: Sim.

Aparece bastante ou pouco?

E: Normalmente, olha eu diria que uma porcentagem altíssima de pessoas passa por algum tipo de violência.

Eles vem com a consciência de que sofreram violência ou não?

E: A grande maioria vem, mas não abre já no início que sofreu, né. Você começa a trabalhar as, as questões até chegar o ponto deles terem uma confiança no seu trabalho, daí que eles começam a verbalizar uma possibilidade. São poucas as pessoas que não tem, essa lembrança e que vão adquirindo ao longo do tempo, né, com a terapia elas vão chegando, opa, mas aconteceu tal coisa em tal data, né, quando tinha tal idade, que né, ficou marcado. Mas a grande maioria vem e só não sabe como né, se colocar diante da situação. É... um sentimento de culpa, um monte de coisa por trás né.

Casos sobre a violência tendem a ser mais complicados que outros?

E: Eu diria que tem um peso maior, tem um peso maior, por, pela questão do não entendimento da violência, né, que normalmente ela ocorre muito mais na infância né, e aí como que uma criança tem um entendimento do que aconteceu? Ela não consegue ter, então fica ali por exemplo se a gente for pensar que a violência possa ter acontecido com alguém muito próximo né, alguém que a pessoa ame por exemplo, né, com o que ela vai fazer essa discriminação? Tá é uma pessoa que eu amo né, que diz que me ama também mas ocorre esse tipo de violência, então isso causa uma confusão muito grande né, e normalmente dentro das relações a gente vai buscar, é... reconhecimento, algumas coisas mais que vai interferir depois futuramente né, então acaba tendo um pouquinho mais e normalmente as pessoas perdem a confiança no geral né, no âmbito social e geral e como psicólogo não é muito diferente até ganhar essa confiança e tudo mais, até mesmo para verbalizar que houve essa violência já é mais complicado.

Para você psicólogo, é difícil a identificação da violência sofrida na infância dos pacientes?

E: Sim, é... muitas vezes a, fica escondido fica velado né, eles acabam não verbalizando né, então ao longo da terapia muitas vezes isso acaba aparecendo, mas é mais clássico de não ter. Na verdade as pessoas não querem culpabilizar ninguém pelos problemas que estão tendo né.

Quantas sessões são necessárias para identificar a demanda?

E: Eu diria que... inicialmente umas 5 sessões pra pessoa realmente trazer a demanda real do que tá acontecendo, porque antes ela vem com um monte de demanda, mas a real muitas vezes de 4 a 5 sessões para... quando não, lá pra frente mesmo que vai... passou um tempão né, a pessoa consegue verbalizar só lá na frente.

É comum casos que envolvem a violência infanto juvenil?

E: É mais difícil. Mas ainda existe.

Como é o acompanhamento de algum paciente que se recusa a aceitar que sofreu violência na infância?

E: A gente que trabalha com psicanálise a gente vai no tempo do paciente né, então é... tem muito paciente, por exemplo adolescente que vem e que alguém já traz uma demanda pré-estabelecida, olha já aconteceu isso isso isso, você já sabe um pouco, muitas vezes você sabe que ele não vai verbalizar muito, fica guardando. Não adianta eu verbalizar que eu sei o que aconteceu porque vai atrapalhar o tratamento, então é conforme a demanda do paciente né, de a gente vai dando espaço para que ele possa ir falando, né, e a gente vai procurando as brechas que a gente tem pra introjetar uma coisa. Mas de interferência assim que, olha não sei o que aconteceu e tudo mais e ficar insistindo, dentro da psicanálise a gente não faz muito isso. A gente faz links né, ele trouxe a informação sofreu sofreu uma algum tipo de violência, a gente vai fazendo um link com possibilidades daquele momento que está acontecendo na vida dele.

Quais são os maiores problemas que as vítimas sofrem em seu dia a dia?

E: Eu diria que a falta de confiança nas pessoas. Imagina é aquilo que eu falei né, você normalmente sofre uma violência de pessoas mais próximas muitas vezes, e aí como que você vai confiar no restante da sociedade né.

Quais são as técnicas usadas para amenizar as queixas?

E: Dentro da psicanálise a gente não tem muita técnica diretivo de como a pessoa lidar né, é muito mais a dessensibilização realmente pela fala da pessoa né, dela entender que ocorreu alguma coisa com uma determinada pessoa, nem por isso em outras situações até mesmo parecidas isso vai ocorrer, né. É um trabalho muito mais mental mesmo da pessoa ir né, aprendendo a lidar dando passos né, de confiança em direção à pessoa que ela está tendo, né, que ela tem envolvimento naquele momento pra perceber que tá, o que aconteceu lá atrás aconteceu com determinada pessoa mas não acontecerá agora com essa.

Com base nos casos de violência infanto juvenil que você já acompanhou, quais eram as causas que levavam a violência?

E: Muitas vezes é o autoritarismo né, de pessoas... dos pais né, de pessoas próximas né. Então você acaba tendo essa essa questão do autoritarismo, a vida das pessoas que não é fácil né, muitas vezes então se a gente pegar o caso infantojuvenil né, para quem tem filhos por exemplo sabe o quanto é difícil ter filhos né, e muitas vezes não conseguem lidar com a situação né, é complicado né. Mas a maior parte é essa essa soberania que muitas pessoas mais velhas acabam tendo né, isso em sentido geral, se a gente vai pensar em violência sexual, se a gente for pensar em todo tipo de violência, tem uma soberania de alguém em cima né, então a outra pessoa que sofre normalmente se vê acuada porque ata, a pessoa é superior a mim.

Os pacientes vítimas da violência encaram o assunto da violência como sendo algo necessário na educação das crianças?

E: Alguns tentam romper, eu diria que as pessoas que procuram terapia tentam romper. As pessoas que não procuram, não se importam muito com isso e continua uma demanda né, continua uma sequência. A gente tem caso, por exemplo, de paciente que sofreu né, violência e que nem ter filhos eles querem ter. Exatamente pra interromper esse ciclo, eles acreditam que não vão dar conta de, de cuidar realmente de uma criança sem né, tomar, ter atitudes daquela forma como os pais tiveram.

Os pacientes já vem com a suspeita de que a violência sofrida na infância pode estar causando danos na vida deles hoje ou não?

E: Uma porcentagem grande sim. Já chega já falando olha, sei que já aconteceu isso, a pessoa vem por conta disso, tudo mais. Atualmente mesmo tem atendido um paciente que está nessa situação.

Toda a vida dele, toda infância muito castigado, muito punido mesmo, pelo pai principalmente, e assim ele tem clareza de que isso estruturou toda a vida dele.

Quando o paciente não identifica a demanda isso pode ser motivo de atrasar ou alongar o tratamento?

E: Sim, né. E pode ser até uma tentativa de fuga da realidade. Não querem entrar em contato com aquilo, o que é desagradável pra ela, muitas vezes ela, ela prolonga. Existem casos por exemplo, que o paciente prolonga tanto que quando ele traz a demanda dele real, é, praticamente você encerra o tratamento ali pouco tempo depois, porque ele ficou ali patinando, patinando, patinando informações que não eram relevantes para o tratamento, até chegar no ponto que ele conseguiu se abrir.

Quais são os principais transtornos identificados em quem sofreu violência infanto juvenil?

E: Ansiedade e depressão.

Quais são os principais mecanismos de defesa usados pelas pessoas que sofrem por causa da violência infanto juvenil, usam para evitar pensar no assunto?

E: Muitas vezes elas acabam tentando agradar muito a terceiros, né. A pessoa quer ser boazinha demais, não vai dar trabalho né, o que vai gerar um, vai causar uma ansiedade muito maior.

Qual o principal tipo de violência que os pacientes sofreram?

E: Agressão física.

O que mais dificulta a identificação da demanda?

E: Eu diria que é, são os mecanismos de defesa. A pessoa não conseguiu encarar a realidade dela tão, tão facilmente, criar atributos, criar alguns mecanismos que, é, dificultem a identificação.

Como é o tratamento após a identificação da violência sofrida na infância?

E: Aí pra gente na psicanálise, a gente vai trabalhar com a re significação. Aquele processo todo de que ta, houve a violência, a gente sabe que existe, que houve, mas a gente precisa romper com esse processo de que, quem eram as pessoas que, né, te violentaram, tiveram né, esse tipo de atitude né, quais eram as condições daquela pessoa, porque não tem mais como mudar o que aconteceu, mas re significar que hoje, não vão cometer aquele tipo de violência.

Os pacientes têm dificuldade em aceitar o fato de terem sofrido violência na infância e de essa violência afetar a vida deles hoje?

E: Não. Quando se tem a identificação, muitas vezes tem uma aceitação rápida.

O processo terapêutico com um paciente que sofreu violência é demorado?

E: Eu diria que uma demanda normal , assim, né. Não chega a ser muito demorado.

Já ocorreu de algum paciente se recusar a aceitar o fato de ter sofrido violência na infância?

E: Acho que eu já respondi essa, acho que a questão de quando há a identificação, acho que... ele acaba tendo a aceitação realmente né, de que houve a violência.

Ele não recusa a tratar?

E: Não. Ele pode recusar de que né, a situação de que meu pai e minha mãe fizeram isso porque eu merecia, o ruim as vezes é isso né, eu merecia a agressão, né. Então, ah fiz uma coisa simples, derrubei um suco no chão, então eu merecia a agressão. Então muitas vezes é difícil lidar dessa forma com a situação. Mas quando há uma identificação, foi isso realmente o processo vai mais rápido.

Daqueles pacientes que você falou, que eles vem aqui e estão tentando ressignificar, tem algum que já tem filhos e cometeu violência com eles e trouxe isso para você?

E: Sim. Acontece.

E como é esse processo?

E: Daí há uma identificação dele de que precisa ter uma mudança, tudo mais. Normalmente a gente tem até um processo de, da pessoa conseguir pedir desculpa pro filho de uma certa forma, né, e de ter um, passar a ter um autocontrole sobre a agressividade dele. Né, daí entra naquilo, pra quem tem

filhos, a pessoa consegue identificar que diante de qualquer situação mais turbulenta que tá passando na vida, muitas vezes ele vai procurar descontar aquela, aquela coisa negativa num serzinho que tem, que é indefeso né, que não tem como se defender.

ENTREVISTA 02

Entrevista realizada em 03/04/2024 de forma on line.

Qual é o seu nome? Qual sua idade

B: Bruna Correia. 34 Anos

Qual sua formação acadêmica?

B: Eu sou formada em psicologia pela metodista de São Paulo desde 2013, sou pós graduada em psicanálise eu hoje a Universidade Metodista de São Paulo desde 2013 o pós-graduada em uma psicanálise perinatalidade parentalidade pelo instituto Girar em 2021. É sou mestranda em, é em, psicanálise política pela psicologia escolar da USP faço formação em psicologia e psicoterapia psicanalítica pelo instituto brasileiro de psicanálise.

Há quanto tempo trabalha como psicólogo?

B: Desde, desde que eu me formei, então esse ano vai fazer 11 anos

Qual a sua abordagem?

B: Psicanálise né

Qual idade média dos seus pacientes?

B: Hã, acho bom eu vou dar um intervalo tá, a idade média deles é de 25 a 35 anos tá

Quais são as principais queixas de seus pacientes?

B: Aí não é necessário, não vai ter necessariamente algo que une todos tá, mas em geral as pessoas chegam por uma questão às vezes de sintoma de ansiedade e depressão né, claro depois isso vai se transformando em outras demandas em outras questões né, mas em geral às vezes por sintomas de ansiedade ou de depressão tá

Então ansiedade depressão no geral é os mais que aparece

B: Em geral é o que faz o paciente chegar não é necessariamente a questão principal dele mas em geral é o que faz os pacientes chegaram tá

Tem experiência com casos de pacientes que sofreram violência na infância?

B: Qualquer violência? Sim. Hoje eu estou só no consultório né mas por muito tempo eu passei por várias instituições em que eu eu atendia uma demanda de pacientes muito grande então sim já peguei casos hoje não é o a se a gente engloba a violência de modo geral sim vou ter pacientes que que viveram violências na infância né porque ali se é violência no termo geral sim mas quando eu atendia grandes volumes de pessoas nessas instituições onde eu trabalhei já peguei em caso de abuso é de abuso sexual de violência física né

Aparece bastante ou pouco?

B: Hoje não é tão comum na minha clínica, mas já tive pacientes nessa característica

Eles vêm com a consciência de que sofreram violência ou não?

B: Às vezes sim numa grande maioria acho que eu responderia assim ó numa grande maioria essa consciência ela é parcial eles trazem um incômodo de algo que aconteceu na infância mas que nem sempre a dimensão a extensão desse ato e vai ter alguns que não vão nomear como violência

Casos sobre a violência tendem a ser mais complicados que outros?

B: Não necessariamente porque não dá pra gente é, é, é entender a dimensão daquilo que acontece para os sujeitos, né, então às vezes a pessoa não necessariamente sofreu uma violência ou algo que a gente vai chamar como violência na infância mas às vezes aconteceram coisas com ela em outras dimensões em outras esferas da vida que vai tornar aquele caso tão difícil quanto né agora o que eu posso dizer para você é que a depender da violência e do nível da intensidade da violência

isso faz com que aquele caso seja desafiador porque é muito difícil para alguém que viveu isso não ter marcas né ter é não tem impactos né, mas eu não sei te responder se necessariamente esses casos bons vai ser mais difícil do que um outro caso de uma pessoa viver outra coisa tá isso eu acho que não dá para responder

Para você psicólogo, é difícil a identificação da violência sofrida na infância dos pacientes?

B: Eu acho que eu responderia assim que depende do é do o que que a gente está chamando de violência né e da intensidade né quando é algo mais intenso mais escancarado fica mais evidente e acho que o tempo de experiência faz porque a tua escuta fica afinada para identificar né agora quando são violências mais sutis né como por exemplo negligência né e aí eu vou chamar a negligência também como uma violência de certa forma nem sempre é tão evidente né você tem que estar muito amparado na técnica na teoria pra você conseguir escutar isso mas quando é algo mais abrupto mais intenso é mais evidente você poder perceber tá

Quantas sessões são necessárias para identificar a demanda?

B: Não necessariamente o paciente traz isso de primeira tá, outras porque é muito no caso a caso né aí a psicanálise sempre vai trabalhar muito no caso a caso e vai depender muito do paciente do diagnóstico dele o nível de compreensão que ele tem das próprias questões às vezes eles vão trazer isso mais inicialmente às vezes você passa um longo tempo com o paciente e aí ele traz às vezes aquilo tá muito recalcado né e ele não ele não se deu conta e aí depois de um tempo de análise é que essa lembrança volta né dessa situação vivida então não dá pra gente trazer uma previsão assim de quantas seções

Quais são os maiores problemas que as vítimas sofrem em seu dia a dia?

B: Decorrentes da violência? A depender do tipo de violência né é eu acho que de modo geral se eu tivesse que dar uma resposta geral eu diria que é uma dificuldade nas relações né uma dificuldade confiança na entrega da relação ou em alguns casos a pessoa acaba se constituindo de uma forma a reproduzir violências né então entra nas relações para continuar ser violentado né, ou pode ter um desfecho também de reproduzir essa violência né nas relações, eu diria relações mas claro depender da violência isso pode ter N impactos né então violências sexuais esse paciente ele pode ter um problema na própria sexualidade e nos relacionamentos amorosos né, mas em geral isso tem a ver com a relação com as relações né que essa pessoa vai constituir ao longo da vida tá

Com base nos casos de violência infanto juvenil que você já acompanhou, quais eram as causas que levavam a violência?

B: Por parte das pessoas que praticaram essa violência? eu não vou saber dizer especificamente porque não necessariamente a gente tem a gente consegue ter essa dimensão que que motivou essas pessoas né que a gente precisaria escutar as pessoas que praticaram a violência mas a minha hipótese é que são pessoas tão desorganizadas emocionalmente é quanto às que elas as que foram vítimas de violência é não justificando né não justifica que a pessoa não arque com a consequência né da violência que ela pratica mas em geral são sujeitos tão desorganizados emocionalmente e também vítimas de violência né se torna um círculo vicioso numa maioria dos casos

Os pacientes vítimas da violência encaram o assunto da violência como sendo algo necessário na educação das crianças?

B: Vai depender do tempo de terapia dele vai depender trabalho que foi feito né, em geral quando um paciente ele tá em terapia e ele está em terapia há um certo tempo né, que em geral é o que classifica a minha clínica né. Eu tenho pacientes que ficam comigo muitos anos é ao reconhecer o que eles viveram né justamente quando eles têm filhos eles querem poder fazer diferente né um desejo consciente tá não necessariamente vão conseguir porque às vezes um tanto disso a gente vai acabar reproduzindo certo nível mas existe um desejo de se diferenciar né eles estão num trabalho né agora quando eu passei quando a pessoa né não está em terapia né... ou tenho tem um filho é muito tempo e depois que entra na terapia quando ela vai narrar essa história de parentalidade em geral ela vai contar aqui fez com o filho muitas coisas que ela vivenciou né não necessariamente em relação a abuso sexual né mas assim é a violência física a violência verbal é em geral reproduz justamente por não ter conseguido trabalhar isso aí

Os pacientes já vem com a suspeita de que a violência sofrida na infância pode estar causando danos na vida deles hoje ou não?

B: Não necessariamente, é, não necessariamente. Claro, existe o caso a caso mas hoje em dia, é,

como apesar de ainda haver preconceitos, mas apesar também de se falar mais sobre saúde mental sobre psicologia né, ter esse tema sendo discutido é... muitas pessoas e principalmente é se ela for mais jovem ela já sabe fazer essa conexão básica de quê aquilo que eu vivi na infância impacta na vida que eu levo como sou adulto, às vezes elas não conseguem entender toda a dimensão obviamente porque elas não são profissionais da área, mas elas conseguem fazer essa conexão básica né. Tipo, a minha mãe era muito violenta e acho que eu sou assim por causa disso né então trazem as vezes aplicação mais genérica é e outras pessoas nem não, não conseguem fazer essa conexão mas eu tenho uma percepção que hoje as pessoas conseguem fazer mais. Na, na grande maioria das vezes

Quais são os principais transtornos identificados em quem sofreu violência infanto juvenil?

B: Acho que também não dá pra fazer uma resposta, não dá pra trazer essa resposta é, então claro, assim tão de estimativa mesmo de pesquisa né não sei te levantar esses dados e também porque eu acho que tem uma questão de que a psicanálise não necessariamente vai trabalhar com um diagnóstico é, psiquiátrico por exemplo né, nós vamos trabalhar com uma lógica de diagnóstico muito própria da própria psicanálise. Mas eu acho que sim é, de maneira geral acho que eu poderia responder a partir do que é transmitido pela lógica psiquiátrica. Uma grande maioria desses pacientes talvez ou vem com algum tipo de transtorno de ansiedade e depressão na sua grande maioria, mas claro que vai existir aqueles que vão ser diagnosticados pela psiquiatria como borderline como bipolar né tem um crescimento grande também desses diagnósticos mas a grande maioria que prevalece é depressão e ansiedade

Quais são os principais mecanismos de defesa usados pelas pessoas que sofrem por causa da violência infanto juvenil, usam para evitar pensar no assunto?

B: Psicanaliticamente falando né, cada pessoa é uma pessoa mas quanto mais regredido mas vai fazer uso de mecanismos mais primitivos né, porque não tem paciente que vai usar muita cisão é já outros vão usar muita negação, então na cisão o paciente cinde né, ele tende enxergar o agressor só como um bom e mau né, e se relacionar assim com as pessoas né. Então as pessoas são boas ou são más né, e negam o fato pai mãe né... então a pessoa nega, tende a diminuir o impacto daquilo né de que esses são os principais né, mas claro, é projetar nos outros é... enfim eu acho que que que grande parte dos mecanismos vão estar em jogo, porque aí vai depender de quem é essa pessoa o fato dela sofrer a violência em si não tem definição pra nada a violência. É um fenômeno, essa pessoa ela pode ser é mais neurótica mais psicótica e aí é dentro dessa o classificação que a gente vai entender qual vai ser o defesa principal que ela vai estar utilizando

Qual o principal tipo de violência que os pacientes sofreram?

B: É bom, a maioria dos casos diferentes níveis da abuso sexual, não necessariamente com penetração, com penetração é pouco comum, a maior parte vai ser toque, expor a criança, fazer a criança tocar e acho que em segundo lugar violência física né, violência física acho que essas são as principais tá

Como é o tratamento após a identificação da violência sofrida na infância?

B: Não é diferente de como qualquer tratamento ou de como qualquer outra pessoa que não tenha necessariamente sofrido né. Psicanalise não necessariamente vai trabalhar com uma lógica de especialidade em cada paciente, cada demanda vai fazer você ter um tipo de tratamento. O que difere o nosso manejo clínico enquanto psicanalista é de novo diagnóstico, a gente faz a partir da psicanálise e não necessariamente esses pacientes sofreram violência, ou se paciente tender depressão ou, ou se esse paciente é autista né, então vai depender do diagnóstico que a gente faz psicanalítica e a depender também da escola psicanalítica que você segue né, então esse paciente ele tá a partir da onde eu faço esse diagnóstico, e eu vou trabalhar a partir do meu diagnóstico, independente do seu nome nos tenham acontecido na vida dele

Os pacientes têm dificuldade em aceitar o fato de terem sofrido violência na infância e de essa violência afetar a vida deles hoje?

B: Eu acho que eu não diria que eles têm dificuldade de aceitar que sofreram porque depois que eles conseguem nomear isso é um fato né, sofreram, eu acho que é difícil poder processar, é de novo né, respondo isso assim, é difícil processar da onde veio essa violência em alguns casos... é às vezes até existe também apresenta de culpa né, quer dizer como que eu me permiti viver isso apesar de ser uma criança ou apesar de ser um adolescente

Daí como que é esse trabalho quando a pessoa ela tem esse sentimento de culpa

B: Você vai trabalhar é não, é muito diferente do que qualquer outra questão ou qualquer outro desenvolvimento né, você vai é você vai trabalhando com ela é inclusive trazendo dados às vezes de realidade né, quer dizer como que uma criança consegue se proteger frente à violência de um adulto até fisicamente falando né, como que essa criança consegue se resguardar física e emocionalmente né porque emocionalmente também a criança não tem recursos para se proteger do que vem desse adulto então a gente vai trazendo essa questão né quer dizer quem te gera o adulto né então contrário né você que te proteger de algo que te aconteceu porque é isso é uma certa culpabilização mesmo da vítima culpabilização da vítima por aquilo que fizeram com ela

É comum e sentimento de culpa delas mesmas se culparem

B: Em geral em casos de abuso sexual isso tende a ser comum né, até pela sociedade que a gente vive o que que é culturalmente disseminado né as pessoas que sofrem abuso elas tendem a ficar com uma fantasia de alguma forma elas permitiram um deram alguma oportunidade pra isso acontecer seduziram de alguma forma sabe eu seduzir o outro e por isso que o outro fez isso

ENTREVISTA 03

Entrevista realizada em 20/04/2024 de forma presencial na cidade de Rio Claro-Sp.

Qual é o seu nome? Qual sua idade?

S: Stefany, 26 anos

Qual sua formação acadêmica?

S: Graduada em psicologia e graduanda em psicanálise e filosofia.

Há quanto tempo trabalha como psicólogo?

S: Desde que me formei, então 02 anos

Qual a sua abordagem?

S: Psicanálise

Qual idade média dos seus pacientes?

S: Atendo todas as idades, então varia de 05 a mais de 60 anos.

Quais são as principais queixas de seus pacientes?

S: Os adultos buscam atendimento queixando se sobre traumas da infância e problemas conjugais

Tem experiência com casos de pacientes que sofreram violência na infância?

S: Poucos, mas tenho sim

Casos sobre a violência tendem a ser mais complicados que outros?

S: Nossa, muito mais

Para você psicólogo, é difícil a identificação da violência sofrida na infância dos pacientes?

S: Sim, muitos não tem noção que sofreram violência, outros percebem qual a relação da violência com seus problemas atuais então muitas vezes não falam por não acharem relevante e até conseguir identificar demora um tempo.

Quantas sessões são necessárias para identificar a demanda?

S: Depende muito de cada caso, do processo de cada um, do nível de dor que isso trouxe

É comum casos que envolvem a violência infanto juvenil?

S: Bastante

Como é o acompanhamento de algum paciente que se recusa a aceitar que sofreu violência na infância?

S: Respeitar o tempo do paciente. Gosto muito do lúdico e mesmo com adultos tento trazer tudo com calma, com indicações de filmes, livros, poemas, algumas técnicas de desenho até que o paciente

se sinta confortável suficiente comigo e com a situação.

Quais são os maiores problemas que as vítimas sofrem em seu dia a dia?

S: Tenho recebido muitos casos de ansiedade e alguns de depressão.

Quais são as técnicas usadas para amenizar as queixas?

Depende da demanda, mas normalmente técnicas para ansiedade, registro de crises em diário e resignificação de situações.

Com base nos casos de violência infanto juvenil que você já acompanhou, quais eram as causas que levavam a violência?

S: Separação dos pais, pais que abusavam de drogas e/ou álcool, familiares e/ou conhecidos abusadores.

Os pacientes vítimas da violência encaram o assunto da violência como sendo algo necessário na educação das crianças?

S: Dos pacientes que atendi graças a deus nenhum.

Os pacientes já vem com a suspeita de que a violência sofrida na infância pode estar causando danos na vida deles hoje ou não?

S: Acho que de 20 casos de abuso que eu já atendi, apenas 1 tem essa consciência.

Quando o paciente não identifica a demanda isso pode ser motivo de atrasar ou alongar o tratamento?

S: Sim, quando não conseguimos lidar com aquela demanda específica, as queixas iniciais que podem ou não serem até físicas (casos de ansiedade muito forte ou compulsões por exemplo) demoram mais para aprender a lidar.

Quais são os principais transtornos identificados em quem sofreu violência infanto juvenil?

S: Agressividade, ansiedade e compulsão.

Quais são os principais mecanismos de defesa usados pelas pessoas que sofrem por causa da violência infanto juvenil, usam para evitar pensar no assunto?

S: Sublimação, negação e repressão.

Qual o principal tipo de violência que os pacientes sofreram?

S: Física e/ou sexual

O que mais dificulta a identificação da demanda?

S: A negação ou a falta de conhecimento do que é violência. Muitas violências sexuais não são com o ato em sí, mas de forma mais "sútil" e a pessoa nem tem consciência que o que aconteceu foi uma violência. Assim como violências físicas e verbais que são tidas como educação.

Como é o tratamento após a identificação da violência sofrida na infância?

S: Trabalhar aquela demanda, muitas vezes auxiliar a resignificar aquilo.

Os pacientes tem dificuldade em aceitar o fato de terem sofrido violência na infância e de essa violência afetar a vida deles hoje?

S: Nossa a maioria

O processo terapêutico com um paciente que sofreu violência é demorado?

S: Depende do caso, os que já tem a consciência da violência muitas vezes (não é padrão) são mais "rápidos" do que aqueles que não possuem tal consciência. Cada caso é um caso, cada pessoa tem seu tempo e seu processo.

Já ocorreu de algum paciente se recusar a aceitar o fato de ter sofrido violência na infância?

S: Ainda não tive nenhum caso assim

ENTREVISTA 04

Entrevista realizada em 01/05/2024 de forma presencial na cidade de Rio Claro - SP

Qual é o seu nome? Qual sua idade?

T: Tamara Tetzner Giordano Fais. Tenho 46 anos

Qual sua formação acadêmica?

T: 2001 Universidade Metodista de Piracicaba (Licenciatura e Bacharelado) e 2005 Psicoterapia Breve Psicanalítica e Psicopatologia pós graduação

Há quanto tempo trabalha como psicólogo?

T: Há uns... 24 anos.

Qual a sua abordagem?

T: Psicanálise.

Qual idade média dos seus pacientes?

T: De, de 18 a 70 anos.

Quais são as principais queixas de seus pacientes?

T: As principais demandas são, que eu vejo muito né, são transtornos psiquiátricos, de personalidade e dependência química ou, ou alcoolismo né, e... sendo estes últimos aqueles que conseguem estabelecer um maior vínculo e... e comunicação acerca de suas queixas, que são usualmente relacionadas às substâncias psicoativas.

Tem experiência com casos de pacientes que sofreram violência na infância?

T: Já tive relatos na unidade hospitalar.

Casos sobre a violência tendem a ser mais complicados que outros?

T: Com certeza são casos que demandariam um, um maior trabalho a ser desenvolvido né. Como infelizmente a atuação da psicologia dentro de um hospital psiquiátrico é mais limitado em função do tempo de internação, dificulta a relação terapêutica e não temos tempo hábil para tal, até mesmo para uma psicoterapia breve, portanto não conseguimos atuar clinicamente junto à estes pacientes.

Para você psicólogo, é difícil a identificação da violência sofrida na infância dos pacientes?

T: Enquanto profissional da psicologia, lido com a importância deste tema da mesma forma que outros trazidos pelos pacientes.

Quantas sessões são necessárias para identificar a demanda?

T: Depende do rapport estabelecido entre profissional e paciente e também a vinculação terapêutica. Não há como prever neste caso.

É comum casos que envolvem a violência infanto juvenil?

T: Infelizmente sim.

Como é o acompanhamento de algum paciente que se recusa a aceitar que sofreu violência na infância?

T: Neste caso a análise semanal, até mesmo duas vezes por semana seria fundamental.

Quais são os maiores problemas que as vítimas sofrem em seu dia a dia?

T: A elaboração desta violência em sua fase adulta.

Quais são as técnicas usadas para amenizar as queixas?

T: Creio que as técnicas utilizadas em sessões de psicanálise tradicional são suficientes para a elaboração deste paciente acerca da violência vivida na infância.

Existe alguma técnica específica para esses casos?

T: Creio que as técnicas utilizadas em sessões de psicanálise tradicional são suficientes para a elaboração deste paciente acerca da violência vivida na infância.

Com base nos casos de violência infanto juvenil que você já acompanhou, quais eram as causas que levavam a violência?

T: Relação desestabilizada entre os pais, tal relação dos pais para com os filhos, relacionamentos com outros parceiros que acabavam por morar junto com as crianças, uso de substâncias psicoativas e álcool, abusos sexuais, entre outros.

Os pacientes vítimas da violência encaram o assunto da violência como sendo algo necessário na educação das crianças?

T: Nem todos conseguem elaborar o assunto enquanto adultos, muitos até mesmo reproduzem tais atos. É um assunto muito delicado que se não for acompanhado no ato do ocorrido, respingará em toda fase adulta do indivíduo. Sendo assim, mediante experiência vivida, cada caso se torna um.

Os pacientes já vem com a suspeita de que a violência sofrida na infância pode estar causando danos na vida deles hoje ou não?

T: Nem todos tem este discernimento.

Quando o paciente não identifica a demanda isso pode ser motivo de atrasar ou alongar o tratamento?

T: Com certeza sim, até que haja elaboração do mesmo.

Quais são os principais transtornos identificados em quem sofreu violência infanto juvenil?

T: Não é possível identificar e limitar quais transtornos serão desenvolvidos após vivenciar a violência, pois como cada caso será trabalhado irá influenciar muito a vida adulta desta pessoa.

Quais são os principais mecanismos de defesa usados pelas pessoas que sofrem por causa da violência infanto juvenil, usam para evitar pensar no assunto?

T: Negação, utilizar das mesmas atitudes, agressividade.

Qual o principal tipo de violência que os pacientes sofreram?

T: Principalmente agressão física e psicológica.

O que mais dificulta a identificação da demanda?

T: A negativa dos pacientes diante do fato, assim como a reprodução das ações vivenciadas, em um círculo sem fim da mesma.

Como é o tratamento após a identificação da violência sofrida na infância?

T: Seria a continuidade da análise, a qual possui todas as técnicas necessárias para a elaboração do tema.

Os pacientes tem dificuldade em aceitar o fato de terem sofrido violência na infância e de essa violência afetar a vida deles hoje?

T: A sua grande maioria entende que houve a violência, mas é difícil estruturar uma resposta para cada caso. Mas ainda assim, a maioria aceita e entende os resultados de tal ato em sua vida adulta.

O processo terapêutico com um paciente que sofreu violência é demorado?

T: Com certeza é demorado, se entendermos tudo que foi gerado ao entorno do tema neste indivíduo.

Já ocorreu de algum paciente se recusar a aceitar o fato de ter sofrido violência na infância?

T: Nunca vivenciei pessoalmente esta negativa dos pacientes, apesar se estar cientes que muitos os fazem.