



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

FRANCIELLY NEVES NASCIMENTO

**PROPOSTA DE PSICOTERAPIA BREVE A PARTIR DE UM ESTUDO SOBRE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA**

VITÓRIA DA CONQUISTA – BA

2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira



FRANCIELLY NEVES NASCIMENTO

**Proposta de Psicoterapia Breve a partir de um estudo sobre crianças e adolescentes vítimas de
violência**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Linha de Concentração: Desenvolvimento Humano e Práticas Educativas na Saúde

Orientadora: Dra. Carmem Virgínia Moraes da Silva

VITÓRIA DA CONQUISTA – BA

2024

Biblioteca Universitária Campus Anísio Teixeira – SIBI/UFBA

N244

Nascimento, Francielly Neves.

Proposta de Psicoterapia Breve a partir de um estudo sobre crianças e adolescentes vítimas de violência. / Francielly Neves Nascimento -- Vitória da Conquista, BA: UFBA, 2024.

165 f. : il.; 30 cm.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carmem Virgínia Moraes da Silva.

Dissertação (Mestrado – Pós-Graduação em Psicologia da Saúde) - Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, 2024.

1. Psicoterapia Breve. 2. Psicologia do Adolescente. 3. Psicologia da Criança.. I. Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde. II. Silva, Carmem Virgínia Moraes da. III. Título.

CDU: 159.9.019-053.4/6(813.8)(043.3)

FRANCIELLY NEVES NASCIMENTO

**PROPOSTA DE PSICOTERAPIA BREVE A PARTIR DE UM ESTUDO SOBRE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA**

Esta dissertação foi julgada adequada à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde, Universidade Federal da Bahia.

Vitória da Conquista -BA, 29/05/2024.

Documento assinado digitalmente
 **CARMEM VIRGINIA MORAES DA SILVA**
Data: 04/06/2024 21:53:46-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Carmem Virgínia Moraes da Silva (Orientadora)
(Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB)

Documento assinado digitalmente
 **NILIA MARIA DE BRITO LIMA PRADO**
Data: 26/06/2024 10:38:46-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Nília Maria de Brito Lima Prado (Examinadora)
(Universidade Federal da Bahia – UFBA/IMS)

Documento assinado digitalmente
 **ODILZA LINES DE ALMEIDA**
Data: 11/06/2024 20:34:32-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Odilza Lines de Almeida (Examinadora)
(Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB)

*Dedicado à pequena **Rosa!***

AGRADECIMENTOS

Quero iniciar dizendo que o sentimento que me vem neste momento é o de Orgulho! Digo isso por reconhecer em mim a coragem em enfrentar os meus medos e inseguranças, que de tempos em tempos se fizeram presentes ao longo desses dois anos. Situações essas que não me impediram de desenvolver a pesquisa com responsabilidade, dedicação e compromisso.

Ao acolher minhas angústias e vivências, e respeitar o meu tempo, me arrisco dizer que consegui vivenciar essa experiência com leveza e entusiasmo, pois ainda que diante de uma temática tão sensível como a da violência, existe em mim grandes expectativas de que crianças e adolescentes possam ser beneficiados com esta pesquisa. Entendo que não estive sozinha no caminho que trilhei durante esses dois anos; e, por isso, todas as pessoas que se fizeram presentes merecem os meus sinceros agradecimentos.

Aos meus pais Valdira e Aurelino, por todo o amor, cuidado e compreensão em relação aos meus momentos de ausência. Sei que minhas conquistas também são suas.

À minha irmã Fernanda e ao meu cunhado Robson, por me proporcionarem momentos de descanso através de boas conversas e risadas. Esses momentos alegres e calorosos foram muito importantes para que eu me reconectasse após períodos de tensão.

À Nanda (*Lili*), por todo o carinho em formato de cuidado, risos, incentivo, paciência e acolhimento durante todos os momentos. Agradeço por ter se mostrado sempre disponível e interessada em me ouvir, por compartilhar comigo a alegria dos avanços, por me tranquilizar e ser colo em dias difíceis.

À minha segunda mãe Márcia, por todo o afeto e atenção nos momentos em que estive longe da minha família.

À minha orientadora Carmem Virgínia, pela orientação ética, cuidadosa e acolhedora. Tenho certeza de que muito do que consegui avançar na construção desta dissertação teve relação com a forma sensível com a qual acolheu minhas demandas durante não somente a escrita, mas em todos os momentos do Mestrado.

À minha psicóloga Luana, que me deu suporte profissional em momentos de fragilidade e necessidades emocionais. A psicoterapia foi um fator importante para que eu conseguisse dar conta das minhas demandas pessoais, profissionais e acadêmicas durante esse período.

À minha amiga e comadre Tamires, pelos encontros afetuosos e pelas preocupações com o meu bem-estar durante a escrita. Agradeço por ser sempre presença, estando perto ou longe.

Ao meu afilhado Heitor, por me possibilitar momentos de carinho, animação e brincadeiras. Os dias que ficávamos juntos trazia leveza aos próximos que viriam.

Ao meu primo Darlan, por ter compreendido minhas faltas durante o primeiro ano do Mestrado e ser cuidado e carinho por entre risos e almoços divertidos.

Às minhas amigas e colegas de profissão Joice, Lígia, Milena e Hortência por demonstrarem uma disponibilidade cuidadosa ao me ajudar com a organização da *Affectio* durante os períodos em que precisei estar mais distante.

Às crianças, adolescentes e suas famílias que eu acompanhei e que acompanho na clínica, por compreenderem e concordarem com as mudanças de horários para que eu conseguisse conciliar o trabalho com o Mestrado.

Ao Núcleo de Pesquisas e Estudos em Psicologia da UESB – NUPEP, por todas as trocas e discussões que foram muito ricas e que contribuíram para a construção deste estudo.

Ao Programa de Extensão, em especial a coordenadora administrativa, por ter aceitado realizar a entrevista e ter se mostrado tão acessível e disponível nos momentos em que nos falamos.

Ao Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Psicologia da Saúde, do Instituto Multidisciplinar em Saúde, da Universidade Federal da Bahia, pela aprovação que me possibilitou a oportunidade de realizar o Mestrado.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia, por ter me concedido a bolsa de estudos, me dando possibilidades para eu pudesse me dedicar ainda mais a pesquisa

MENINA EM FLOR

*Um dia semente, plantada no amor
Banhada em luz, nasceu ela flor
Tão pequenina com um brilho só seu
Já viveu tristes dias, o sorriso perdeu
Lhe tentaram à força, o encanto tirar
Mas em seu jardim teve a quem abraçar
A vida lhe mostrou sua potência e coragem
Encarar o mundo, tornou- se sua habilidade
Um dia replantada recuperou o seu frescor
Tamanha felicidade, redescobriu a linda flor!*

Evellin Lima de Mesqui

SUMÁRIO

LISTAS	11
RESUMO	15
ABSTRACT	16
APRESENTAÇÃO	17
CAPÍTULO I - Introdução à problemática	20
CAPÍTULO II - Caminhos metodológicos.....	31
2.1 Delineamento da pesquisa.....	31
2.2 Caracterização do Local.....	32
2.3 Amostra e participante.....	33
2.4 Procedimentos.....	34
2.5 Riscos e benefícios	37
2.6 Aspectos éticos.....	37
CAPÍTULO III - Revisão Integrativa - Acompanhamento psicológico para crianças e adolescentes vítimas de violência.....	39
CAPÍTULO IV - Levantamento e análise dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência no município de Vitória da Conquista - Bahia.....	61
CAPÍTULO V - Políticas públicas de saúde mental com foco em crianças e adolescentes vítimas de violência no município de Vitória da Conquista - Bahia.....	81
CAPÍTULO VI - Protocolo de atendimento em psicoterapia breve com crianças e adolescentes vítimas de violência: orientação para psicólogas(os).....	102
CAPÍTULO VII - Considerações finais.....	148
REFERÊNCIAS	154
APÊNDICE A	162
APÊNDICE B	164
APÊNDICE C	165

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos estudos.....	40
Figura 2 - Caracterização dos estudos incluídos.....	41
Figura 3 - Caracterização da amostra de participantes dos estudos incluídos.....	42
Figura 4 - Intervenções utilizadas nos estudos incluídos.....	45
Figura 5 - Procedimentos das intervenções encontradas nos estudos.....	50
Figura 6 - Tipologias das violências da pesquisa.....	60
Figura 7 - Marco temporal do município de Vitória da Conquista em defesa dos direitos e proteção de crianças e adolescentes.....	79
Figura 8 - Nomeação dos núcleos de significação a partir dos indicadores.....	82
Figura 9 - Tipologias das violências.....	104
Figura 10 - Organização do material e planejamento da psicoterapia breve infantojuvenil.....	132
Figura 11 - Tabuleiro sobre a Psicoterapia Breve.....	145

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Índice da violência infantojuvenil no município de Vitória da Conquista de acordo a tipologia das notificações.....	61
Tabela 2 - Autor(a) da violência cometida contra crianças e adolescentes no município de Vitória da Conquista no período de 2020 a 2022.....	63
Tabela 3 - Local de ocorrência da violência cometida contra crianças e adolescentes no município de Vitória da Conquista de acordo a tipologia das notificações no período de 2020 a 2022.....	68
Tabela 4 - Faixa etária de crianças e adolescentes vítimas de violência no município de Vitória da Conquista de acordo a tipologia das notificações no período de 2020 a 2022.....	69
Tabela 5 - Sexo de crianças e adolescentes vítimas de violência no município de Vitória da Conquista de acordo a tipologia das notificações no período de 2020 a 2022.....	72
Tabela 6 - Raça/cor de crianças e adolescentes vítimas de violência no município de Vitória da Conquista de acordo a tipologia das notificações no período de 2020 a 2022.....	75

LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS

- CAPSI** - Centro de Atenção Psicossocial Infantil
- CAPS IA** - Centro de Atendimento Psicossocial da Infância e Adolescência
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- CFP** - Conselho Federal de Psicologia
- CIDCA** - Centro Integrado dos Direitos da Criança e do Adolescente
- COMDICA** - Conselho Municipal Direitos da Criança e do Adolescente
- CFB** – Constituição Federal Brasileira
- CREAS** - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- CRP** - Conselho Regional de Psicologia
- DEAM** - Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
- ECA** - Estatuto da Criança e do Adolescente
- FUNDAC** - Núcleo da Fundação da Criança e do Adolescente
- IBOP2** - Intervenção Breve de Orientação Parental 2
- IB3** - Intervenção Breve 3
- IB7** - Intervenção Breve 7
- IMS** - Instituto Multidisciplinar em Saúde
- NET6** - Terapia de Exposição Narrativa 6
- NPCA** - Núcleo de Psicologia da Criança e do Adolescente
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- ONDH** - Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos
- PB** - Psicoterapia Breve
- PBI** - Psicoterapia Breve Infantil
- PB4** - Psicoterapia Breve 4
- PB5** - Psicoterapia Breve 5
- PP1** - Plantão Psicológico 1
- SINAN** - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SGDCA** - Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente
- SUAS** - Sistema Único de Assistência Social
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TEPT** - Transtorno de Estresse Pós-traumático

UESB - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

ZDP - Zona de Desenvolvimento Proximal

RESUMO

A violência contra crianças e adolescentes é considerada como um problema de saúde pública, afetando famílias e comunidades. São várias as implicações que podem ocorrer no âmbito do desenvolvimento social, cognitivo e psicológico desses sujeitos, a curto e longo prazo. Na busca pela garantia da proteção integral dessa população e pensando no baixo acesso ao acompanhamento psicoterapêutico individual no serviço público, este trabalho apresenta a proposta de um produto técnico-tecnológico em formato de um protocolo de atendimento em psicoterapia breve voltado a crianças e adolescentes vítimas de violência no município de Vitória da Conquista, Bahia. Para isso, realizou uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, na qual desenvolveu uma análise documental por meio de um levantamento dos casos de violência no município com base nos dados das notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), acrescida de uma pesquisa bibliográfica, por meio de revisão integrativa de literatura sobre as propostas de acompanhamento psicológico para crianças e adolescentes vítimas de violência, com ênfase em práticas de Psicoterapia Breve. Com vistas a conhecer as práticas de políticas públicas de saúde mental voltadas às crianças e aos adolescentes vítimas de violência em Vitória da Conquista - Bahia foi realizada uma entrevista com a coordenadora administrativa de um Programa de Extensão. O presente estudo foi desenvolvido no âmbito da linha de pesquisa Desenvolvimento Humano e Práticas Educativas em Saúde, do Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e visa contribuir com a efetividade das medidas de cuidado à saúde dessa população, propiciando uma melhoria do atendimento a partir da tomada de decisão contextualizada à realidade local e reflexões sobre as práticas, além de colaborar com os planejamentos de estratégias de enfrentamento e propostas de políticas públicas voltadas ao público infantojuvenil realizadas no município, buscando lhes assegurar a garantia ao cuidado em saúde.

Palavras-chave: Adolescente; Criança; Estudo de Revisão; Psicoterapia Breve; Violência.

ABSTRACT

Violence against children and teenagers is considered a public health problem, affecting families and communities. There are several implications that may occur in the context of the social, cognitive and psychological development of these subjects, in the short and long term. With the intention of guaranteeing the complete protection of this population and considering the low access to individual psychotherapeutic support in the public service, this work presents the proposal for a technical-technological product in the format of a brief psychotherapy service protocol aimed at children and teenagers who are victims of violence in the municipality of Vitória da Conquista, Bahia. For that, we carried out qualitative research, of an exploratory-descriptive nature, in which we developed a documentary analysis through a survey of cases of violence in the municipality based on data from notifications registered in the Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), plus a bibliographical research, through an integrative literature review on psychological support proposals for children and adolescents victims of violence, with an emphasis on Brief Psychotherapy practices. In order to understand the practices of public mental health policies for children and adolescents who are victims of violence in Vitória da Conquista - Bahia, an interview was carried out with the administrative coordinator of an Extension Program. The present study was developed within the scope of the research line Human Development and Educational Practices in Health, of the Master's Degree in Health Psychology at the Universidade Federal da Bahia (UFBA) and aims to contribute to the effectiveness of health care measures for this population, providing a improvement of care based on decision-making contextualized to the local reality and reflections on practices, in addition to collaborating with the planning of coping strategies and proposals for public policies external to the children and youth population held in the municipality, seeking to offer security in health care.

Keywords: Adolescent; Child; Review study; Brief Psychotherapy; Violence.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste em uma pesquisa de mestrado sobre crianças e adolescentes vítimas de violência¹, considerando a realidade do município de Vitória da Conquista-Bahia. É um estudo desenvolvido no âmbito da linha de pesquisa Desenvolvimento Humano e Práticas Educativas em Saúde, do Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA), diante do interesse da pesquisadora sobre temáticas que envolvam a infância e a adolescência, levando em conta a sua área de atuação em psicologia clínica infantojuvenil; e considerando a necessidade de ações no município voltadas à saúde mental e ao acesso ao atendimento psicoterapêutico de crianças e adolescentes em situação de violência. Este estudo foi pensado com o propósito de não apenas investigar sobre o processo da violência contra crianças e adolescentes em Vitória da Conquista, Bahia; mas, para além da investigação, com o propósito de construir uma proposta de Psicoterapia Breve para essa população, considerando que a pesquisa é fruto de um Mestrado Multiprofissional.

No *Capítulo I - Introdução à problemática* é realizada uma discussão sobre os aspectos histórico, social e cultural que envolvem a violência sofrida por crianças e adolescentes, as possíveis consequências da violência para o seu desenvolvimento, um recorte das normativas sobre os direitos de crianças e adolescentes, a atuação da/o psicóloga/o em contexto de violência, o referencial teórico da pesquisa, o problema de pesquisa, as justificativas e objetivos propostos.

No *Capítulo II - Caminhos metodológicos* é descrito o delineamento da pesquisa, a caracterização do local, a composição da amostra do estudo, a caracterização da participante, os aspectos éticos necessários, os procedimentos metodológicos adotados, os riscos, os benefícios e as limitações da pesquisa.

No *Capítulo III - Revisão integrativa: acompanhamento psicológico para crianças e adolescentes vítimas de violência* é anunciada uma revisão de literatura para explorar as propostas de acompanhamento psicológico encontradas para crianças e adolescentes vítimas de violência, com ênfase em práticas de Psicoterapia Breve. Durante o capítulo, são demonstrados os procedimentos utilizados para realizar a revisão e os resultados obtidos.

¹ Optou-se em não adicionar a nomenclatura “**testemunhas de violência**”, por compreender que quem testemunha situações de violência constitui-se como uma vítima de violência psicológica (Brasil, 2014a).

No *Capítulo IV - Levantamento e análise dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência no município de Vitória da Conquista - Bahia* é retratado um mapeamento dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência no município, durante o período de 2020 a 2022, produzido por meio das Fichas de Notificação de Investigação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN. O capítulo apresenta uma análise e discussão sobre os seguintes aspectos: índice da violência contra crianças e adolescentes, considerando as tipologias; autor/a da violência, local de ocorrência, faixa etária, sexo e raça/cor das vítimas.

No *Capítulo V - Políticas públicas de saúde mental com foco em crianças e adolescentes vítimas de violência no município de Vitória da Conquista - Bahia* é apresentada uma análise sobre as práticas de políticas públicas de saúde mental voltadas às crianças e aos adolescentes vítimas de violência no município, sobretudo a ausência do atendimento em psicoterapia, através de uma entrevista com a coordenadora de um Programa de Extensão que integra a Rede de Atenção e Defesa da Criança e do Adolescente. É abordado no capítulo o funcionamento da instituição, a desarticulação da rede/dos serviços, as fragilidades na rede de proteção e a necessidade de fortalecimento de ações e serviços direcionados às crianças e adolescentes em situação de violência.

No *Capítulo VI - Protocolo de atendimento em psicoterapia breve com crianças e adolescentes vítimas de violência: orientação para psicólogas/os* é indicado um produto técnico-tecnológico, que revela a Psicoterapia Breve, como uma proposta de atendimento para crianças e adolescentes vítimas de violência. O protocolo se divide em duas partes: a primeira direciona-se a conceituação da violência e os aspectos relacionados, assim como avalia o contexto da violência em Vitória da Conquista; a segunda parte direciona-se a conceituação da psicoterapia breve, assim como os procedimentos necessários para o seu desenvolvimento com foco em crianças e adolescentes vítimas de violência. O capítulo é finalizado com um tabuleiro ilustrativo sobre as etapas do processo da psicoterapia breve.

No *Capítulo VII - Considerações finais* é apresentada uma síntese sobre os conteúdos analisados e discutidos em cada capítulo, as conclusões sobre os resultados encontrados articulados com os objetivos propostos na pesquisa. O capítulo demonstra também as contribuições do estudo para a produção do conhecimento e para o município; e finaliza com uma sugestão do uso do material por um serviço de Psicologia da cidade que atenderá crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

Por fim, espera-se que esta dissertação permita ao leitor uma reflexão mais aprofundada sobre o fenômeno da violência, considerando o modo como os fatores histórico, social e cultural se entrelaçam com o processo de desenvolvimento das diversas infâncias e adolescências, ao mesmo tempo, em que possa ser usada como ferramenta para qualificar profissionais da Psicologia na área do atendimento voltado às crianças e aos adolescentes vítimas de violência.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO À PROBLEMÁTICA

Meu corpo, meu corpinho

Tão meu, tão bonitinho.

Com ele eu exploro o mundo.

O corpo é meu, eu não confundo!

(MEU CORPO, MEU CORPINHO; Roseli Mendonça, 2019)

De acordo com o Art. 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), considera-se como criança a pessoa que tenha até doze anos de idade incompletos, e adolescente quando se tem entre doze e dezoito anos de idade. Além dessa caracterização de acordo à idade cronológica, é fundamental que se possa compreendê-los como sujeitos em desenvolvimento e que necessitam de condições ambientais, psicológicas e sociais adequadas durante esse processo.

A infância e a adolescência são períodos bastante complexos e, ao considerar o seu processo histórico, tais períodos foram construídos e modificados em consequência das necessidades apresentadas nos diferentes contextos social, econômico e geográfico (Frota, 2007). Com um longo caminho até a definição atual sobre infância e adolescência, o entendimento dessas fases do desenvolvimento mudou radicalmente desde o período da colonização. Del Priore (2010) faz um resgate desse passado e mostra que a visão dos adultos sobre esses dois grupos partia de uma perspectiva autocentrada, ou seja, as crianças e adolescentes eram considerados mini adultos e moldados para percorrerem caminhos pré-determinados. Isso significava um não entendimento das especificidades das fases e, apesar de em alguns relatos serem descritos como seres inocentes, a presença da violência por meio de castigos físicos e outras punições eram cotidianos. Práticas como “infanticídio, abandono em instituições, escravidão e exploração do trabalho infantil” (Nunes, 2012, p. 21) eram habitualmente aceitas e justificáveis. A violência infantil decorre desse processo histórico e cultural, marcado pela desigualdade, dominação e exclusão desses grupos (Pinheiro, 2001).

Ao ser vista como objeto de estudo de diversos campos de interesse, como as ciências sociais, humanas e a psicologia da saúde, a violência cometida contra crianças e adolescentes vêm alcançando maior visibilidade, e tais práticas relatadas desde o período

colonial vão ganhando novas modalidades de manifestação. Desta forma, constitui-se como violência contra crianças e adolescentes:

Todo ato ou omissão cometidos por pais, parentes, outras pessoas e instituições, capazes de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima. Implica, de um lado, numa transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral; e de outro, numa coisificação da infância. Isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento (Minayo, 2001, p.92).

Mesmo com o considerável avanço dos estudos médicos, psicológicos, sociais e educacionais sobre o processo de desenvolvimento humano - o que promoveu novas compreensões sobre as etapas que o compõem -, as ideias de hierarquização, coisificação e necessidade de correção desses sujeitos através do uso da força física ainda podem ser percebidos atualmente. Silva e Barbosa (2009) observam mais claramente essa hierarquização em famílias que possuem uma educação atravessada pelas formas de violência; assim, crianças e adolescentes não são considerados como sujeitos de direitos, sendo subjugados a uma relação de poder e dominação frente aos adultos.

Quando se fala em violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, observa-se por parte dos adultos a continuidade do processo de esvaziamento da subjetividade desses sujeitos, o que contribui para o processo de coisificação deles. Vistos como pessoas submetidas às ordens e aos desejos dos adultos, crianças e adolescentes ficam vulneráveis aos variados tipos de violência, podendo ser “meio de obtenção de prazer sexual, no caso da violência sexual ou de descarga de estresse, no caso da violência física ou psicológica” (Silva & Barbosa, 2009, p.02).

Barros e Freitas (2015) discorrem sobre como os modos de se relacionar no contexto familiar seguem as mesmas lógicas da sociedade quanto às relações de poder e a divisão social em classes, no qual observa-se os lugares de dominação e de subordinação. Ao que concerne à violência doméstica cometida por pais e familiares, os mesmos autores apontam que parte da sociedade concorda com atitudes de punição como sendo conveniente no processo de educar. Ainda sobre relações de poder, Holzkamp (2016, p.73), afirma que “estruturas de poder e dominação burguesas não são algo que tenha lugar unicamente em um terreno político, mas surtem efeito até nos espaços mais íntimos”.

Fazendo uma articulação sobre o cenário de violência entre pais e filhos, é possível incitar uma reflexão sobre o comportamento de dominação de um sujeito (pais) sobre outro (filhos), correlacionando ao que foi discutido anteriormente em se tratando do poder de dominação sobre o corpo do outro, sendo isso importante para o entendimento das violências e para as outras formas de subordinação que passam por ações e falas como “cala a boca”, “faça o que eu mando”. Deste modo, é clara a continuidade da hierarquização entre eles, decorrente do processo histórico e cultural sobre os lugares sociais, culturais e políticos ocupados por crianças e adolescentes (Del Priore, 2010).

Tal pensamento traz à tona outro tópico para a discussão: os padrões construídos culturalmente sobre as formas de se relacionar no contexto familiar, levando em consideração a violência, podem fazer com que as crianças e os adolescentes aprendam, através das suas experiências, que essa pode ser uma maneira de se relacionar. Sobre isso, é importante ressaltar a reflexão de Holzkamp (2016, p.69) sobre

analisar o ser humano como produtor das condições de vida e, ao mesmo tempo, subordinado a elas (...) nós produzimos as condições sob as quais vivemos, ou seja, o indivíduo particular é, de alguma maneira, partícipe da produção, transformação, aprovação e reprodução das condições sob as quais ele, então, volta a viver.

Tendo em vista os aspectos apresentados, entende-se que a violência contra crianças e adolescentes não é um evento natural, mas decorrente de um processo histórico construído através das relações sociais e perpassado pela cultura, assim, carregados de sentidos e significados.

A violência contra crianças e adolescentes é considerada pela Organização Mundial de Saúde, como um problema de saúde pública, afetando crianças, famílias e comunidades. São várias as implicações que podem ocorrer no desenvolvimento social, cognitivo e psicológico dos indivíduos, sendo algumas delas: ansiedade, transtornos depressivos, dificuldades de aprendizagem, alterações de comportamento, agressividade, uso abusivo de álcool e outras drogas e suicídio (Brasil, 2009),

Ao questionar as consequências da violência intrafamiliar/doméstica no desenvolvimento de crianças e adolescentes, Barros e Freitas (2015) apontam que quanto maior a intensidade e frequência com que esses indivíduos são expostos a situações de violência, seja de maneira direta e/ou indireta, maior a propensão a problemas de saúde mental. O impacto dessas experiências pode comprometer a saúde de crianças e

adolescentes por um longo período, se manifestando de diversas formas e em diferentes momentos, podendo permanecer ao longo de toda a vida.

As consequências físicas podem ser as primeiras a serem identificadas, como a presença de lesões, hematomas, hemorragias, laceração de períneo e doenças sexualmente transmissíveis. Outras consequências, como as psicológicas, são mais difíceis de serem percebidas rapidamente e podem se revelar ao longo do tempo (Rezende, 2016). As repercussões psicológicas podem se manifestar de duas maneiras, segundo Day et al. (2003): de forma imediata, através de pesadelos, sentimento de culpa, vergonha, medo do agressor, manifestações psicossomáticas, entre outros; ou de forma tardia, como transtornos psicológicos, pensamentos confusos, ideação suicida e assim por diante.

De acordo com Monteiro (2010), a violência sexual permeia a violência física e psicológica, pois além de causar lesões físicas, afeta o aspecto psicológico da vítima. Tal violência, quando ocorre na infância ou adolescência, aumenta o risco para que crianças e adolescentes tenham disfunções sexuais, façam uso abusivo de drogas, se prostituam e desenvolvam transtornos, como Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), Transtornos Depressivos, Transtornos Alimentares e Transtorno Dissociativo. Além disso podem apresentar sentimento de insegurança, desconfiança; comportamentos agressivos, isolamento, alterações no sono, sexualidade exacerbada e ainda, possuir um risco aumentado para cometer suicídio.

De acordo com Avanci et al. (2009) a criança vítima de violência enfrenta uma bagagem emocional que acarreta grandes prejuízos ao seu desenvolvimento, uma vez que é exposta à uma situação traumática ainda durante o seu processo de formação da personalidade. Segundo os autores, existem grandes chances de se desenvolverem problemas de comportamentos destrutivos, muitas vezes difíceis de serem resolvidos.

Não obstante, o estado de sofrimento psíquico vai depender do apoio socioafetivo que as crianças e adolescentes possuem após essas experiências traumáticas. Em outros termos, "tal situação não ameniza a gravidade e a complexidade do fenômeno da violência contra crianças e adolescentes, mas revela que a rede de apoio social e afetiva pode atenuar as consequências da violência para as vítimas" (Barros & Freitas, 2015, pp.110-111).

Como visto, a historicidade está presente nos processos de elaboração do conhecimento, destacando, aqui, os assuntos relacionados a crianças e adolescentes. Assim, nota-se que, em decorrência das mudanças históricas na concepção de infância e

adolescência, várias alterações foram realizadas ao longo do tempo nos regimentos sobre os direitos da criança e do adolescente, fazendo com que esses públicos pudessem ser vistos como sujeitos de direitos e terem reconhecidas as suas necessidades específicas. É possível acompanhar esse processo através do estudo de Krominski et al. (2020), no qual desenvolvem uma sistematização com a sequência dos fatos e das normativas relacionadas aos direitos da criança e do adolescente, estando entre eles a Declaração Universal dos Direitos da Criança, de 1959, o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990, e o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil, de 2000.

Como dito, por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), da Constituição Federal Brasileira (CFB, 1988) e do ECA (1990), a criança e o adolescente passam a ser considerados como sujeitos que precisam ter seus direitos fundamentais assegurados pela família, pelo estado e pela sociedade civil, de modo que favoreça o seu “desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade” ECA (1990, p.12). Tais direitos são descritos no Art. 277 da Constituição Federal Brasileira, como:

Direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (CFB, 1988).

Nesse seguimento, é estabelecido pelo ECA, em seu 5º artigo, que “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” (ECA, 1990, p.15). Assim, entende-se a necessidade de construção e consolidação de políticas públicas voltadas a crianças e adolescentes vítimas de violência, considerando os seus altos índices, como demonstram os dados de um estudo realizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e do Fórum Brasileiro de Segurança Pública; nele, tem-se que, entre os anos de 2017 e 2020, foram registrados 179.277 casos de estupro com vítimas de até 19 anos, que se traduz em quase 45 mil casos por ano com crianças de até 10 anos, representando 62 mil vítimas durante esses quatro anos (Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2021a).

Dados alarmantes como estes respaldam a necessidade do já mencionado Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes,

apresentado em 2000 e entregue à sociedade em 2013 após atualizações. Dentre os seus eixos estratégicos, encontra-se “o atendimento especializado, e em rede, às crianças e aos adolescentes em situação de violência sexual e às suas famílias, realizado por profissionais especializados e capacitados” (Brasil, 2013, p.09). Sobre a ação de atendimento em situações de violência sexual, o ECA especifica, em seu 87º artigo da importância em existir “serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão” (ECA, 1990, p. 54).

Quando se analisa a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência, entende-se a necessidade de a equipe de saúde atuar de modo multiprofissional, articulada com a rede de cuidado e proteção social do território, a fim de garantir que esses indivíduos não sejam desprotegidos, negligenciados e revitimizados após sofrerem a violência (Waksman & Hirschheimer, 2011). A qualidade de vida, assim como a superação do sofrimento não se alcança somente possibilitando as resoluções imediatas para a garantia da segurança, mas mediante ao “controle das condições das quais dependem as possibilidades da própria vida e do próprio desenvolvimento” (Holzkamp, 2016, p.70).

Neste sentido, Barros e Freitas (2015) discutem a necessidade do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento à violência não somente com a garantia de suporte às vítimas, no sentido de ressignificação da experiência sofrida e suas consequências, mas também de proporcionar o fortalecimento dos vínculos familiares e a reflexão por parte dos pais que cometem violência física e/ou psicológica quanto às suas práticas e as consequências das suas ações. Os autores ainda sugerem o desenvolvimento de intervenções grupais com pais que cometeram tais tipos de violência, pautando-se na redução de comportamentos agressivos e sensibilização sobre o papel que ocupam na vida dos filhos. Deste modo, há uma ruptura do processo interventivo apoiado na culpabilização, e um incentivo à responsabilização e ao desenvolvimento de novas formas de se relacionar, proporcionando uma desnaturalização da estratégia de educação por meio da violência e favorecendo o desenvolvimento de um ambiente familiar voltado mais à proteção e ao acolhimento entre os seus integrantes.

No contexto nacional houve vários avanços ao longo dos tempos, mas, existem ainda muitos desafios para que o país consiga, de fato, garantir a efetivação dos direitos dessa população (ECA, 1990). A exemplo, tem-se um levantamento realizado entre os

meses de janeiro a dezembro do ano de 2021, no qual foram registrados mais de 119,8 mil casos de denúncias de violência contra crianças e adolescentes em todo o país (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021b). Essas informações foram provenientes do Disque 100, que se configura como um dos canais da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (ONDH).

Perante o contexto de violência, a/o psicóloga/o pode atuar realizando atendimento psicossocial às vítimas no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que se configura como um serviço de proteção social de média complexidade, parte da rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Esse atendimento, para o Conselho Federal de Psicologia (2009), diferencia-se da psicoterapia pelos objetivos no processo interventivo. Segundo esse documento, os serviços de psicoterapia devem estar disponíveis na atenção à saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS) e especificamente nos serviços de saúde mental voltado a crianças e adolescentes, denominados Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI), sendo esse um serviço de saúde direcionado ao tratamento de transtornos mentais graves e/ou persistentes. Sobre os sintomas apresentados pelas crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e o acesso aos CAPSI, é importante salientar que

nos documentos que fundamentam a ação dos CAPS não são apresentados critérios para a consideração de transtornos mentais severos e/ou persistentes, tal julgamento acaba sendo feito pelo profissional responsável pelo atendimento. Casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual que apresentam sintomas psicopatológicos, mas que não são considerados severos e/ou persistentes não possuem nenhum serviço de referência de saúde mental para seu atendimento psicoterápico. Assim, verifica-se um descompasso entre o conhecimento científico existente sobre as consequências da violência sexual, que indica o desenvolvimento em curto e longo prazo de psicopatologias e a necessidade de psicoterapia como principal recurso para redução de sintomas, e as políticas públicas nacionais, que não determinam claramente o acesso dessa população à psicoterapia (Hohendorff et al., 2015, p.189).

O referencial teórico metodológico desta pesquisa se ampara no enfoque Histórico-Cultural, que tem como precursores Vigotski, Luria e Leontiev fundamentada no materialismo histórico e dialético, o enfoque Histórico-Cultural entende o homem como um ser ativo, social, histórico e que constitui sua singularidade a partir da relação

que estabelece consigo mesmo, com os outros e com a natureza, transformando a sua realidade e sendo transformado por ela (Marangoni, 2007; Oliveira & Moura, 2016). Segundo Aires (2006), a psicoterapia vigotskiana produz um espaço para transformações psicológicas, utilizando-se de técnicas tanto gerais quanto específicas, possibilitando uma relação na qual o paciente possa produzir novos sentidos e significados a partir das suas necessidades. Tais processos ocorrem de forma intersubjetiva, ou seja, são partilhados na interação entre psicoterapeuta e paciente. Nesse momento, o psicoterapeuta age como um mediador da relação entre o paciente com o mundo externo, e depois ocorre a mudança para o processo intrapsíquico, momento em que os processos partilhados na relação psicoterapêutica são internalizados pelo paciente, sendo isso intermediado pela linguagem, elemento importante da abordagem sócio-histórica. Segundo o autor:

As palavras são elas próprias, um produto do desenvolvimento sócio-histórico, elas tornam-se instrumentos para a formação de abstrações e generalizações e permitem a transição de reflexos sensoriais imediatos (não mediados) para o pensamento mediado. Assim, estas categorias surgem através da reorganização da atividade cognitiva que acontece sob o impacto de um novo fator: o fator social/relacional (Aires, 2006, p.04).

O ser humano, enquanto um ser social, necessita da interação com outras pessoas para se desenvolver de maneira efetiva. No que diz respeito às crianças, a brincadeira, principal recurso na psicoterapia infantil, é percebida como fonte de desenvolvimento, propiciando a criação da Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP). Através dela, há a promoção de ações no campo imaginário, e em situação imaginária a criação de uma intenção voluntária, além da formação de um plano de vida e de motivos volitivos - tudo isso surge com a brincadeira e coloca a criança em um nível superior do desenvolvimento (Vygotsky, 1933/2008).

O brincar é a linguagem da criança, e considerada a atividade principal do chamado período escolar, aproximadamente de 3 a 7 anos (Magalhães, 2018). É através do brincar que imaginação, fantasia e realidade interagem entre si, fazendo com que a criança produza novas interpretações, formas de expressões e ações, construindo, assim, formas de se relacionar com os diferentes sujeitos do seu convívio (Vygotsky, 1991). Durante a brincadeira a criança não somente recorda o que vivenciou, mas reelabora de forma criativa as impressões que teve em suas vivências, construindo, a partir disso, uma nova realidade de acordo com as suas aspirações (Vygotsky, 2018).

De acordo com Krominski et al. (2020), anteriormente crianças e adolescentes eram submetidos a um lugar de passividade, inclusive diante do seu próprio desenvolvimento. Segundo os seus estudos, diferentes correntes teóricas foram avançando sobre a compreensão do desenvolvimento humano, entendendo-o como um processo dinâmico, que se produz através das interações sociais, históricas e são atravessadas pela cultura. Dessa forma, assim como se fundamenta a Psicologia Histórico-Cultural, crianças e adolescentes devem ser considerados sujeitos ativos em seu processo de desenvolvimento.

Diante do exposto, o intuito em realizar esta pesquisa advém das inquietações sobre a problemática da violência sofrida por crianças e adolescentes, e de que maneira as perspectivas de atuação da Psicologia enquanto ciência e campo de estudo, em especial quanto a psicoterapia breve, uma estratégia de intervenção que pode ser inserida na perspectiva da Linha de Cuidado recomendada pelo Ministério da Saúde, pode colaborar para a produção do cuidado em saúde dessa população. Assim, discutindo especificamente a influência da violência no âmbito da saúde física e mental, as perguntas que balizam essa pesquisa são: Como se caracteriza o processo de violência contra crianças e adolescentes em Vitória da Conquista, Bahia e como a Psicoterapia Breve pode contribuir para fortalecer políticas públicas de saúde mental voltadas a essa população na rede de atenção do município em questão?

Um dos argumentos para justificar este estudo consiste em considerar a necessidade de planejamento de ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes vítimas de violência no Município de Vitória da Conquista, Bahia; ocupando-se mais especificamente do acesso dessa população ao atendimento psicoterapêutico nesse território. Em contatos previamente estabelecidos com a profissional que atuava na coordenação de Saúde Mental do município no momento inicial da pesquisa, verificou-se esta, como sendo uma demanda emergente diante da carência de serviços e ações direcionadas ao acompanhamento psicológico individual e especializado a esses sujeitos.

A proposta de PB, pensada para este estudo, justifica-se como uma modalidade de atendimento que pode ser usada de forma ampla, desde que sejam estabelecidos “objetivos e estratégias de intervenção compatíveis com as possibilidades e necessidades do caso”, como indica Oliveira (2021, p. 53), grande expoente dos estudos e propostas da Psicoterapia Breve Infantil (PBI) no Brasil. Tal abordagem tem o objetivo de contribuir para a garantia da atenção integral de crianças e adolescentes, visando a continuidade do

atendimento e a articulação das “várias ações desenvolvidas pela rede de cuidado em saúde com a de proteção social no território” (Brasil, 2014a, p.50).

A realização de um mapeamento quantitativo de crianças e adolescentes vítimas de violência em uma região produz dados sobre um panorama que propicia a compreensão da dinâmica e das necessidades daquele local, o que permite, através dessas informações, desenvolver planejamento de ações e implementações de políticas de enfrentamento efetivas a essa população (Oliveira et al., 2020). Diante disso, entende-se a relevância social deste estudo. Hohendorff et al. (2015), em uma pesquisa realizada sobre a psicoterapia de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no sistema público, identificaram uma lacuna sobre essa prática de saúde mental, que não é executada, embora prevista em lei. Deste modo, acrescenta-se a essa pesquisa relevância científica, no momento em que pode contribuir com a literatura produzida em relação à temática, proporcionando a ampliação do campo de conhecimento e a possibilidade de que outras pesquisas consigam ser viabilizadas.

Este trabalho apresenta relevância financeira, quando oferece a oportunidade de computar e avaliar sobre a realidade local, fazendo com que as informações possam auxiliar no direcionamento dos investimentos para o aperfeiçoamento dos projetos e programas existentes na rede (Deslandes et al., 2011). Além disso, a pesquisa também se justifica do ponto de vista pessoal, considerando a aproximação da pesquisadora com a área de estudo ligada à infância e adolescência e o processo psicoterapêutico, levando em conta sua atuação clínica com o público infantojuvenil desde as experiências durante os estágios em serviço-escola à prática profissional.

Ademais, os dados produzidos na pesquisa podem contribuir para a promoção, prevenção e intervenção na saúde do público infanto-juvenil, considerando a premissa da Psicologia da Saúde, como um campo do saber que se propõe a contribuir com o bem estar dos sujeitos e comunidades através de intervenções psicológicas (Trindade & Teixeira, 2002), além de buscar a “análise e melhoria do sistema de cuidado em saúde, e ao aperfeiçoamento da política de saúde” (Matarazzo, 1980 como citado em Alves, 2011, p.24).

O objetivo geral desta pesquisa, consiste em investigar o processo da violência contra crianças e adolescentes em Vitória da Conquista, Bahia, com vistas a construir uma proposta de Psicoterapia Breve para essa população. Enquanto objetivos específicos busca-se: conhecer as práticas de políticas públicas de saúde mental voltadas às crianças

e aos adolescentes vítimas de violência em Vitória da Conquista - Bahia; explorar na literatura propostas de acompanhamento psicológico para crianças e adolescentes vítimas de violência, com ênfase em práticas de Psicoterapia Breve; mapear os casos de crianças e adolescentes vítimas de violência no município, notificadas no SINAN e apresentar uma proposta de Psicoterapia Breve para crianças e adolescentes vítimas de violência ao município.

CAPÍTULO II

CAMINHOS METODOLÓGICOS

A infância é pra ser vivida

O amor compartilhado

A inocência mantida

O respeito sempre ao lado.

(INFÂNCIA; Isabel Cristina, 2020)

2.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Este estudo representa uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, com enfoque histórico-cultural. Segundo Freitas (2009, p.02) “fazer pesquisa qualitativa na perspectiva histórico-cultural consiste não apenas em descrever a realidade, mas também em explicá-la, portanto, supõe intervir nessa realidade”. Dessa forma, este método de pesquisa permitiu explorar a realidade social das crianças e adolescentes vítimas de violência em Vitória da Conquista, Bahia, ao mesmo tempo em que preconiza intervir sob essa realidade, ao propor um Protocolo de Atendimento em Psicoterapia Breve para Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência no município. A partir das contribuições de Minayo (2014) em relação à pesquisa social em saúde, é possível compreender que a metodologia de abordagem qualitativa permite inserir a questão da intencionalidade e do significado como parte das ações, das relações e das estruturas sociais. Desta forma, esse estudo permitiu compreender os significados dos fenômenos sociais que não podem ser apenas quantificados.

Ao buscar conhecer as políticas públicas de saúde mental voltadas às crianças e aos adolescentes vítimas de violência no município, assim como elaborar e disponibilizar um produto técnico com potencial para contribuir com as medidas de cuidado à saúde psicológica dessa população, entende-se que o método qualitativo foi o mais adequado para o desenvolvimento deste estudo, pois segundo Minayo (2014, p.23), a pesquisa qualitativa:

visa compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a;

- (a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos;
- (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais;
- (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais.

Com isso, procurou-se compreender a complexidade do objeto, utilizando-se das técnicas que melhor se adequavam ao objetivo do estudo e realizando a análise do material de maneira contextualizada e crítica, assim como pretendeu-se aprofundar o conhecimento sobre as produções desenvolvidas sobre a temática. Tais preceitos são indicados por Minayo (2014), em “*O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*” e dizem respeito ao processo de objetivação, que é um fator importante na pesquisa qualitativa. De acordo com a autora:

A objetivação leva a repudiar o discurso ingênuo ou malicioso da neutralidade, mas exige buscar formas de reduzir a incursão excessiva dos juízos de valor na pesquisa. Os métodos e técnicas de preparação do objeto de estudo, de coleta e de tratamento dos dados ajudam o pesquisador, de um lado, a ter uma visão crítica de seu trabalho e, de outro, a agir com instrumentos que lhe indicam elaborações mais objetivadas (Minayo, 2014, p. 62).

Como trata-se de um estudo com caráter descritivo, teve o propósito de organizar, descrever e sintetizar os elementos importantes de um conjunto de características encontradas (Reis & Reis, 2002). Mas, para além disso, devido ao enfoque histórico-cultural da pesquisa, buscou-se compreender o fenômeno considerando a sua historicidade, ou seja, estudá-lo em seu processo de mudança, analisando as suas relações dinâmico-causais (Vygotsky, 1991). A pesquisa não deve se limitar apenas à descrição do fenômeno, mas avançar na explicação para além da sua aparência.

2.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL

Para que as ações em saúde possam ser desenvolvidas de maneira efetiva, é fundamental que seja realizada uma avaliação inicial sobre as necessidades apresentadas em um território, possibilitando obter um panorama sobre as demandas locais e traçar planos e estratégias que possam favorecer a população. Assim, esta pesquisa teve como foco a cidade de Vitória da Conquista, localizada no interior do sudoeste da Bahia. É a terceira maior cidade do estado e a quinta do interior do nordeste. Considerada uma das cidades mais frias do nordeste brasileiro, sendo apelidada como “suíça baiana”, a cidade é conhecida popularmente como *Conquista* e de acordo com o último censo (IBGE, 2022), possui uma população total de 370.879 habitantes, entre os quais, 102.601 dos residentes corresponde à população infantojuvenil (0-19 anos) (DATASUS, 2021). Considerado o município com o maior avanço na implementação da Lei 13.431/2017, que corresponde à Lei da Escuta Protegida, a cidade conta com o primeiro Complexo de

Escuta Protegida do país. Este espaço busca garantir a proteção e o atendimento adequado às crianças e adolescentes vítimas de violência, com o intuito de minimizar a revitimização dessa população. Isso significa que eles podem “relatar o que testemunharam ou viveram uma única vez, num ambiente adequado, sem o risco de serem expostos a situações ou falas constrangedoras e revitimizantes” (Brasil, 2023, p. 44).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi uma das fontes acessadas para o desenvolvimento desta pesquisa e, segundo Minayo (2014), o(a) pesquisador(a) precisa estabelecer os critérios para a escolha de determinadas fontes durante uma pesquisa documental, justificando a sua decisão. Considerado um importante instrumento que auxilia o planejamento e a definição de metas prioritárias relacionadas à saúde, o SINAN conta com dados referentes aos problemas de saúde e de risco identificados em determinada região. Estes dados são de domínio público e permitem a democratização da informação, facilitando o acesso ao conhecimento sobre a realidade epidemiológica do território (Brasil, 2016a). Por ter informações relativas às notificações de casos de violência cometidos contra crianças e adolescentes no município, o SINAN foi uma fonte importante para o levantamento que compôs este estudo.

Um outro meio de acesso necessário para o desdobramento deste estudo foi o contato com a coordenadora administrativa de um Programa de Extensão. A escolha por este setor teve relação com o fato de estar integrado a Rede de Atenção e Defesa da Criança e do Adolescente no município e ser uma instituição que promove ações multidisciplinares em prol do fortalecimento do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente na cidade.

2.3 AMOSTRA E PARTICIPANTE

Coleta de dados secundários disponibilizados no sistema de informação do SINAN. Foram analisadas as notificações dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência que compreendiam o período entre 2020 e 2022 realizadas na cidade de Vitória da Conquista, Bahia, sendo consideradas as vítimas que residiam no município. Esse recorte temporal foi pensado em virtude do aumento da violência contra essa população durante a situação de isolamento social decorrente da COVID-19 (Marques et al., 2020). A delimitação da faixa etária foi de 0 a 19 anos completos, definida como a idade para crianças e adolescentes segundo a OMS (2002). As variáveis consideradas para a análise, foram: faixa etária, sexo (na ausência da especificação de gênero no sistema), tipo de

violência, autor(a) da violência, raça/cor, e local de ocorrência. Não foram consideradas as notificações com a categoria em branco.

Na busca por compreender a dinâmica de funcionamento das políticas públicas de saúde mental no município voltadas às crianças e adolescentes vítimas de violência dentro da Rede de Atenção e Defesa da Criança e do Adolescente, foi realizada uma entrevista semiestruturada com a coordenadora administrativa de um Programa de Extensão, que atua no cargo desde o ano de 2017 até o momento atual e é responsável por gerenciar a equipe do Programa.

2.4 PROCEDIMENTOS

Com vistas a mapear os casos de crianças e adolescentes vítimas de violência e compreender a dimensão desse fator que atinge essa população no município, foi desenvolvido um estudo documental, com base nos dados secundários das notificações de violência registradas no SINAN. Para este levantamento foi utilizado o aplicativo TABNET, que consiste em um tabulador desenvolvido pelo DATASUS, com o objetivo de gerar e organizar as informações contidas nas bases de dados do SUS (Brasil, 2014a). As informações do sistema foram atualizadas entre o período de 25 de julho de 2022 a 16 de fevereiro de 2023, sendo disponibilizadas no TABNET em junho de 2023. A busca e seleção dos dados foi realizada durante o mês de julho de 2023.

Com a intenção de conhecer as práticas de políticas públicas de saúde mental voltadas às crianças e aos adolescentes vítimas de violência no município, foi realizada uma entrevista semiestruturada com a coordenadora administrativa de um Programa de Extensão e tal entrevista foi guiada por um roteiro (Apêndice B). Segundo Minayo (2014), apesar da entrevista semiestruturada ter o apoio do roteiro, o que pode facilitar a abordagem da/o pesquisadora/o com a/o entrevistada/o, deve-se ter cuidado ao explorar os elementos importantes para a pesquisa, exigindo atenção com relação ao objetivo da entrevista para a pesquisa. Após a gravação da entrevista, foi realizada a transcrição e leitura do material, seguindo para a organização e análise do material utilizando-se da metodologia dos Núcleos de Significações (análise de significados e sentidos), que conduziu a pesquisadora na compreensão do processo de sentidos e significados produzidos diante de uma dada realidade (Aguiar & Ozella, 2006).

A produção dos dados foi feita, também, por meio de pesquisa bibliográfica, através de uma Revisão Integrativa de Literatura sobre propostas de acompanhamento psicológico para crianças e adolescentes vítimas de violência, com ênfase em práticas de

Psicoterapia Breve. A busca foi realizada em outubro de 2022, na qual foram selecionadas as bases de dados: BV-SALUD, SCIELO, Periódico CAPES e BDTD. Conforme Souza et al. (2010, p.102) afirmam, “a revisão integrativa é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática”. Permite a combinação de diferentes dados da literatura, desde estudos experimentais e não-experimentais a estudos teóricos e empíricos, além de permitir o alcance à objetivos distintos, como:

a definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos e teorias (Souza et al., 2010, p.103).

Para a análise do material extraído do SINAN, foi realizada a organização dos dados em planilhas/tabelas, utilizando-se do *Excel*, acrescentando a frequência relativa das variáveis, tendo em vista que o TABNET gera somente a frequência absoluta. Foram consideradas para a análise descritiva às características sociodemográficas das vítimas (faixa etária, sexo, raça/cor), características do evento (tipo de violência, local de ocorrência) e a característica do/ autor/a da violência de acordo com o vínculo com a vítima. Os tipos de violência analisados foram: violência física, violência psicológica, violência sexual, negligência e trabalho infantil. Foram analisados os seguintes vínculos que o/a autor/a estabelecia com as vítimas: pai, mãe, padrasto, madrasta, cônjuge, ex-cônjuge, namorado/a, ex-namorado/a, irmão/a, amigos/conhecidos, desconhecido/a e cuidador/a. Em relação ao local de ocorrência, foram analisados: residência, escola, local de prática esportiva, bar ou similar, via pública, comércio/serviços e indústrias/construção. Em relação à faixa etária, foram consideradas para análise: menor de 1 ano, de 1 a 4 anos, de 5 a 9 anos, de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos. Foi realizada a análise do sexo feminino e masculino; e sobre o aspecto relacionado à raça/cor, foram analisados: branco, preto, pardo, amarelo e indígena.

Para a organização e análise do material produzido na entrevista a partir dos Núcleos de Significações, realizou-se as seguintes etapas: 1) leituras flutuantes para conhecer o conteúdo, em busca da identificação dos pré-indicadores. Segundo Aguiar e Ozella (2006, p. 309), estes, são conteúdos das falas que demonstrem maior carga emocional ou ambivalências [...] trechos de fala compostos por palavras articuladas que compõem um significado, carregam e expressam a totalidade do sujeito e, portanto,

constituem uma unidade de pensamento e linguagem; 2) Agrupar os pré-indicadores para definir os indicadores “pela similaridade, pela complementaridade ou pela contraposição” (Aguiar & Ozella, 2006, p. 309) e 3) Articulação dos indicadores para a organização e nomeação dos núcleos de significação. Sobre isso, Aguiar e Ozella (2006, p. 310), reitera que:

Nesse processo de organização dos núcleos de significação – que tem como critério a articulação de conteúdos semelhantes, complementares e/ou contraditórios –, é possível verificar as transformações e contradições que ocorrem no processo de construção dos sentidos e dos significados, o que possibilitará uma análise mais consistente que nos permita ir além do aparente e considerar tanto as condições subjetivas quanto as contextuais e históricas.

Deste modo, ao percorrer as etapas descritas, chegou-se aos seguintes núcleos de significação para análise: 1) Funcionamento da instituição; 2) (Des)articulação da rede/dos serviços; 3) Fragilidades na rede de proteção à crianças e adolescentes vítimas de violência e 4) Necessidade de fortalecimento de ações e serviços. Para a análise do material da Revisão Integrativa, após realizado os procedimentos de busca nas bases de dados, foi feita a leitura dos títulos dos estudos encontrados, seguindo para a leitura dos resumos - sendo excluídos os que não se aproximavam do objetivo da revisão - e por fim, a leitura na íntegra para definição dos trabalhos a serem incluídos para análise. Todas essas informações foram organizadas em planilhas utilizando-se do *Excel*. Para a análise da caracterização dos estudos foi considerado o país de origem, o local de publicação, o tipo de estudo e a metodologia adotada. Para a análise da caracterização da amostra dos participantes foi considerado o objetivo do estudo, o local onde foi desenvolvida a intervenção e os participantes do estudo. Para a análise das intervenções foi considerada a modalidade da intervenção, o objetivo da intervenção/ação terapêutica, o profissional responsável, o público-alvo, os procedimentos adotados, os resultados encontrados, a conclusão do estudo e as sugestões disponíveis.

Como visto, houve uma triangulação dos dados (literatura, documentos e entrevista) para que o objetivo da pesquisa pudesse ser atendido da melhor maneira. Entende-se por fim, que o conhecimento adquirido na pesquisa e na prática profissional, não transforma apenas o pensamento ou as ações do/a pesquisador/a, mas o modifica enquanto sujeito.

A coerência teórico-prática constitui-se, assim, um elemento central da Psicologia Histórico-Cultural porque, além de ser uma opção teórica, é um posicionamento que emerge da consciência de que a realidade se configura em razão de múltiplas determinações e também define o conjunto de ações a serem realizadas em nossas atividades particulares (Tanamachi et al., 2019, p.11).

Assim, se fundamentar na teoria histórico-cultural na pesquisa, requer a transformação do pensamento e da ação. “É necessário que as análises da realidade investigada se constituam como objeto e condição de nossa ação, de modo a nos libertar para o ‘uso’ do conhecimento nas atividades realizadas nos níveis pessoal e profissional”. (Vygotsky, 2000 como citado em Tanamachi et al., 2019, p.11).

2.5 RISCOS E BENEFÍCIOS

Com relação aos riscos envolvidos, considerou-se a possibilidade de a participante apresentar algum desconforto no momento de responder às perguntas durante a entrevista, devido à sensibilidade da temática, contudo, foi explicado à entrevistada que ela poderia retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, considerando que sua participação era voluntária e a recusa não acarretaria qualquer penalidade ou repreensão. No entanto, durante a entrevista não foi observado nenhum tipo de desconforto quanto às perguntas realizadas.

Em se tratando dos benefícios, espera-se que através do levantamento sobre a situação das crianças e adolescentes vítimas de violência se possa contribuir para a efetividade das medidas de cuidado à saúde dessa população, contribuindo para uma melhoria do atendimento a partir da tomada de decisão contextualizada à realidade do território, reflexões sobre as práticas, além de considerar que a proposta de intervenção breve tem possibilidade de colaborar com as necessidades das comunidades locais, pensando que a sua construção levou em consideração as particularidades específicas da demanda e dos sujeitos que serão atendidos.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para autorização e execução da pesquisa, esta foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS/UFBA), tendo a aprovação para o seu desenvolvimento. Para a produção dos dados foi necessária a autorização da instância responsável pela coordenação geral do Programa de Extensão mediante assinatura do Termo de Concessão (Apêndice C) e autorização da participante (coordenadora administrativa) por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), atendendo as resoluções nº 466 e nº 510 (Brasil, 2012; 2016b). Com relação ao levantamento dos dados pelo SINAN, não houve a necessidade de autorização, tendo em vista que os dados são considerados de domínio público.

CAPÍTULO III

REVISÃO INTEGRATIVA: ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

*Meu corpo é um tesouro
Que trato cuidadosamente.
Se for de um jeito suspeito,
Ninguém deve tocar na gente.*

(NÃO ME TOCA SEU BOBOCA; Andrea Taubman, 2021)

A discussão feita no Capítulo I busca contextualizar e justificar o desenvolvimento deste estudo quanto ao acesso das crianças e adolescentes vítimas de violência ao processo de psicoterapia, de modo a sugerir a modalidade de atendimento “psicoterapia breve”. A construção desta proposta não pode ser feita sem uma aproximação com o conhecimento teórico-prático sobre psicoterapia breve com crianças e adolescentes na literatura, conhecendo a produção científica produzida sobre o tema e os modelos de atuação das(os) psicólogas(os) que se utilizam dessa modalidade de atendimento.

Nas buscas preliminares realizadas, encontra-se um estudo de intervenção breve de Almeida e Goto (2011) sobre o cuidado com crianças e adolescentes vitimizados. Os autores discorrem sobre a proposta de uma intervenção breve em situações de crise, sendo que esse modelo de atendimento tem o objetivo de colaborar, através de um curto período de tempo, para o estabelecimento do equilíbrio emocional de indivíduos que se encontram com demandas urgentes, de modo que possam conseguir enfrentar a situação-problema. Todos os casos devem ser avaliados individualmente e, caso haja a necessidade, as crianças e os adolescentes deverão ser encaminhados para uma modalidade de atendimento de longo prazo. Os autores ainda discutem sobre a importância de se distanciar de uma escuta e acolhimento técnico-procedimental, usado muitas vezes por profissionais de centros de referência, restringindo a escuta à queixa e à coleta de dados, defendendo a utilização de uma proposta que parte da formação mais humanizada:

Tendo em vista a complexidade do fenômeno abuso sexual e exploração e ainda a nova demanda para atendimento de todas as violências sofridas por crianças e adolescentes, fez-se necessário buscar ampliar e compreender, de modo clínico, social e pontual, as questões que compõem a ocorrência de violência, bem como

abrir espaço para outras modalidades de atendimentos para as famílias envolvidas (Almeida & Goto, 2011, p.93).

Segundo Lester (1968 como citado em Oliveira, 2021) que desenvolveu o seu trabalho em Psicoterapia Breve no Canadá, considera que esta não é apenas uma psicoterapia de curta duração, mas é uma estratégia de intervenção com objetivos limitados e definidos. A autora destaca que a atitude do terapeuta nessa modalidade de atendimento é mais ativa, podendo utilizar-se de outros tipos de recursos para auxiliar no tratamento e que uma intervenção breve realizada no momento apropriado pode colaborar no progresso do sujeito. Segundo Palacio-Espasa (1984 como citado em Oliveira, 2021), o resultado terapêutico satisfatório não se baseia na sintomatologia da criança, ou seja, a questão de indicação para a psicoterapia breve não depende da gravidade dos casos, mas da relação pais-criança e pais-terapeuta.

Mackay (1967 como citado em Oliveira, 2021) segue essa mesma direção, considerando que a motivação do sujeito no processo está conectada à relação/vinculação terapêutica, e trata da importância de se levar em conta também a motivação dos pais. Avaliando esses dois pontos, concebe-se esses aspectos como necessários em qualquer acompanhamento psicoterapêutico efetivo com crianças e adolescentes: quando os pais não colaboram e não se implicam, torna-se complicado avançar no processo. Ressalta-se, ainda, a importância da relação terapêutica na Psicoterapia Breve, não considerando essa modalidade de atendimento como um método para resolver questões imediatas, mas como um instrumento terapêutico efetivo. Há, também, a sinalização sobre a possibilidade de ser um recurso paliativo dentro do que é possível em determinado contexto (Oliveira, 2021).

Sobre os critérios de indicação para a psicoterapia breve, Oliveira (2021) menciona os autores Proskauer (1971), Warren e Messer (1999) e Knobel (1977), que estão de acordo com o seu pensamento sobre os critérios para uso da modalidade. Segundo eles, o sucesso terapêutico está muito mais ligado às características da relação e da dinâmica do processo do que a algum critério diagnóstico, apontando também a necessidade de adaptação do trabalho em psicoterapia breve a cada caso. A compreensão diagnóstica, para eles, tem o propósito de possibilitar um melhor planejamento da demanda e a realização das adaptações necessárias. Para Proskauer (1971 como citado em Oliveira, 2021), os critérios utilizados não eram um meio de seleção, mas de guia para se atentar aos aspectos importantes, como, por exemplo: possibilidade de

desenvolvimento de um vínculo terapêutico em que o sujeito esteja motivado na terapia; conseguir identificar a questão que poderia ser o foco do atendimento e possibilidade de intervenções no tempo hábil estabelecido para a Psicoterapia Breve (Oliveira, 2021).

Assim, propõe-se neste capítulo uma revisão integrativa com o objetivo de explorar a literatura sobre as propostas de acompanhamento psicológico para crianças e adolescentes vítimas de violência, com ênfase em práticas de Psicoterapia Breve (PB). A busca dos dados foi realizada em outubro de 2022, na qual foram selecionadas as bases de dados: BV-SALUD, SCIELO, Periódico CAPES e BDTD.

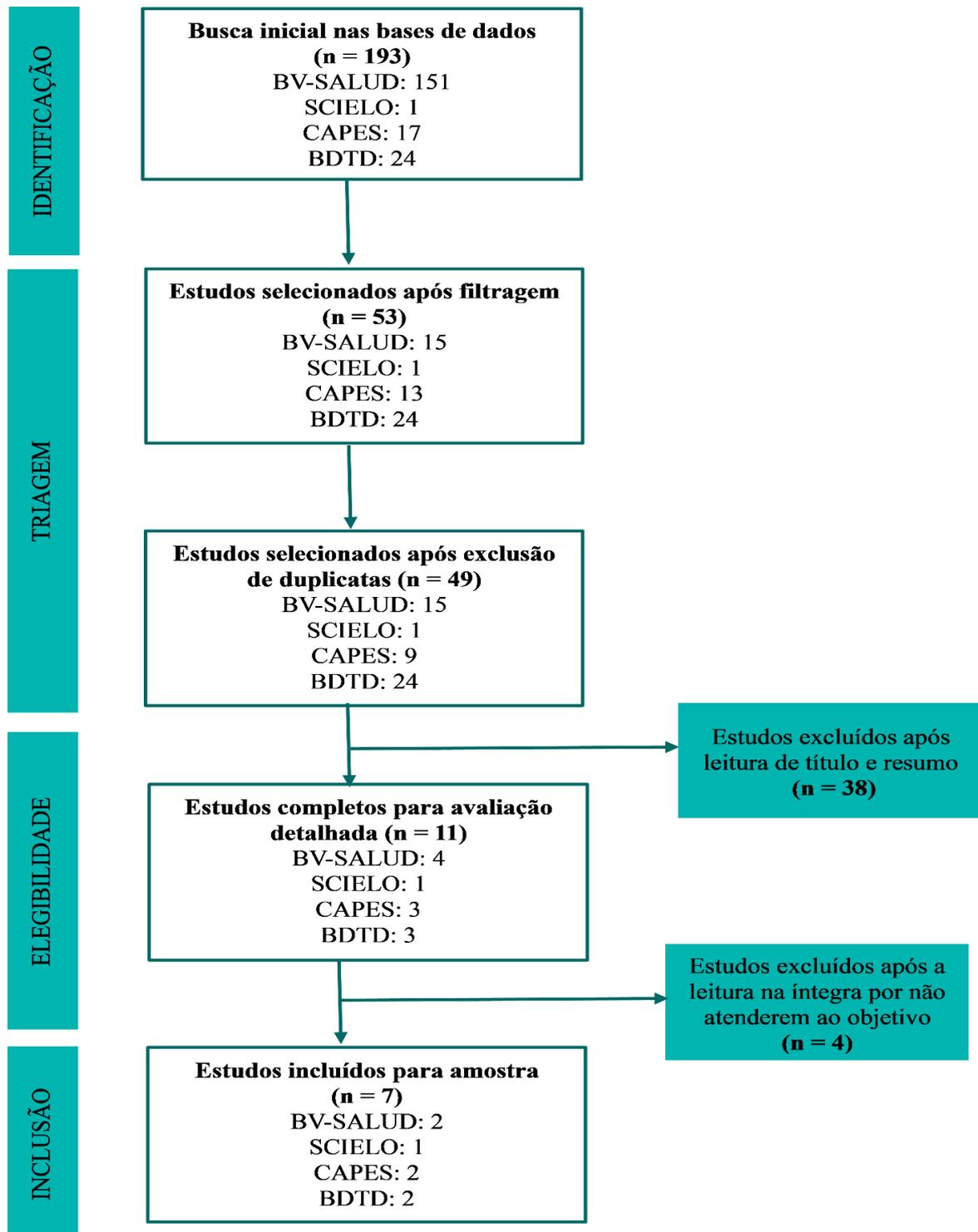
As estratégias de busca consistiram em realizar o cruzamento das palavras-chaves e descritores: Criança, Adolescente, Violência, Psicoterapia Breve, Intervenção Breve e Atendimento Psicológico Breve, utilizando-se dos Operadores Booleanos OR e AND. Assim, as combinações ficaram da seguinte forma: Criança OR Adolescente AND Violência AND “Psicoterapia Breve”, Criança OR Adolescente AND Violência AND “Intervenção Breve”, Criança OR Adolescente AND Violência AND “Atendimento Psicológico Breve”.

Os critérios previamente determinados para filtrar os estudos foram: inclusão - artigos, teses e dissertações, textos completos, língua portuguesa, inglesa e espanhola, estudos empíricos e de intervenção; exclusão - pesquisa de revisão e estudos duplicados.

Após esse procedimento de busca nas bases de dados, seguiu-se para a etapa referente à leitura dos títulos e resumos, sendo excluídos os estudos que não se aproximavam do objetivo da revisão. Posteriormente, os estudos foram lidos e avaliados na íntegra, finalizando com a inclusão de sete (7) trabalhos para análise. Todo esse processo de seleção dos estudos está ilustrado na Figura 1.

Figura 1

Fluxograma da seleção dos estudos



Fonte: elaborado a partir dos dados da pesquisa

Com relação às características dos estudos, que são apresentados na Figura 2, verifica-se que todos os trabalhos se utilizaram da metodologia qualitativa (n=7) e, mesmo que de maneira combinada, constituíram-se em sua maioria como estudos de intervenção (n=6) e desenvolvidos no Brasil (n=6).

Figura 2

Caracterização dos estudos incluídos

<i>Estudos</i>	<i>País</i>	<i>Publicação</i>	<i>Tipo de estudo</i>	<i>Metodologia</i>
Farinha & Souza, 2016	Brasil	Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo	Relato de experiência. (Intervenção)	Qualitativa
Benites et al., 2019	Brasil	Psicologia: Ciência e Profissão	Estudo de Caso. (Intervenção)	Qualitativa
Ferreira et al., 2020	Portugal	Nascer e Crescer - Birth and Growth Medical Journal	Estudo longitudinal. (Intervenção)	Qualitativa-Quantitativa
Manzan et al., 2021	Brasil	Revista Família, Ciclos de vida e Saúde no contexto social	Relato de experiência (Intervenção)	Qualitativa
Sauaia et al., 2011	Brasil	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	Estudo de campo e de caso (Intervenção)	Qualitativa
Catarino, 2020	Brasil	Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. (Dissertação)	Estudo de campo (Avaliação do programa)	Qualitativa

Bottan, 2018	Brasil	Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Escola de Enfermagem. (Tese)	Avaliação/quase-experimento (Intervenção)	Qualitativa-quantitativa
--------------	--------	--	---	--------------------------

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa

A respeito das características da amostra de participantes dos estudos incluídos, destaca-se que os objetivos apontados nos trabalhos se alinham em alguma medida com a questão anunciada nesta revisão, pois verifica-se trabalhos que retratam as práticas psicológicas na modalidade de intervenção breve (Benites et al., 2019; Bottan, 2018; Farinha & Souza, 2016; Ferreira et al., 2020; Manzan et.al., 2021; Sauaia et al., 2011) e avaliação do gerenciamento de serviços e práticas (Catarino, 2020), todos atravessados com a temática da violência envolvendo crianças ou adolescentes, conforme Figura 3.

Figura 3

Caracterização da amostra de participantes dos estudos incluídos

<i>Estudo</i>	<i>Objetivo do estudo</i>	<i>Local</i>	<i>Participantes</i>
Farinha & Souza, 2016	Problematizar as práticas psicológicas na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), apresentando uma experiência prática, em formato de plantão psicológico.	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), em uma cidade do interior de Goiás.	Profissionais: 6 estudantes de psicologia da Universidade Federal de Goiás, 1 psicóloga colaboradora e 2 professoras supervisoras. Público atendido: 31 sujeitos (4 adolescentes, 9 crianças e 18 adultos).
Benites et al., 2019	Apresentar um modelo de programa de orientação às práticas parentais, descrevendo os procedimentos e temáticas de uma intervenção breve	Centro de Avaliação Psicológica (CAP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	3 casos: 3 pais e 2 mães.

	em modalidade individual.	(UFRGS).	
Ferreira et al., 2020	Determinar a prevalência, conhecimento e atitudes de adolescentes sobre violência no namoro (VN), assim como a eficácia de uma intervenção breve na capacitação dos adolescentes em lidar com esta problemática.	Escola secundária da região norte de Portugal	138 estudantes do ensino médio
Manzan et al., 2021	Descrever experiência de intervenção psicoterapêutica grupal em formato de psicoterapia breve com mães de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do interior de Minas Gerais.	16 mães de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual,
Sauaia et al., 2011	Propor e reforçar a importância de um tratamento psicoterápico para o agressor doméstico de crianças na primeira infância.	Centro de Resgate das Relações Familiares em São Luís do Maranhão	98 sujeitos que cometeram agressões à crianças na primeira infância
Catarino, 2020	Realizar estudo de avaliabilidade do projeto piloto Terapia de exposição terapêutica - NET em dois serviços de saúde no município do Rio de Janeiro.	Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria e Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão, ambos no Rio de Janeiro	15 participantes: psicólogo, psiquiatra e médico treinados em NET; estudantes de psicologia e profissionais que compõem a gestão do projeto de Intervenção NET.

Bottan, 2018	Avaliar os resultados de uma intervenção breve antibullying para adolescentes de escolas públicas.	Escolas da rede pública de ensino de Porto Alegre	1.602 alunos entre 12 a 17 anos, de ambos os sexos, das turmas do 5º ao 9º ano do diurno de quatro escolas da rede pública de Porto Alegre.
-----------------	--	---	---

Fonte: elaborado a partir dos dados da pesquisa

O fato dos estudos incluídos terem sido desenvolvidos também em locais como escolas e delegacia, e não apenas em serviços de saúde, corrobora com os achados de Silva (2009), nos quais defende que as ações em saúde precisam ser promovidas em diversos espaços, para além dos serviços de saúde, e consoante ao artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988, em que afirma a responsabilidade do Estado e da sociedade civil, na garantia à saúde de todos, compreendendo saúde como um processo que envolve o bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças (OMS, 1946).

Analisando os participantes que compõem a amostra das produções - público atendido, pais/familiares, profissionais e gestores, também ilustrados na figura 3, e refletindo sobre a estratégia de Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, promovido pelo Ministério da Saúde em 2014, reconhece-se a importância de produzir estudos que incorporem todos esses atores para o desenvolvimento de ações efetivas e o fortalecimento do cuidado em rede, o qual requer um trabalho articulado e intersetorial para promover a atenção integral à essa população (Brasil, 2014a).

As intervenções que foram desenvolvidas nos estudos serão identificadas por siglas referente à sua descrição, seguida da numeração relacionada à ordem na qual foram analisadas. Logo, serão definidas da seguinte forma: Plantão Psicológico (PP1), Intervenção Breve de Orientação Parental (IBOP2), Intervenção Breve (IB3), Psicoterapia Breve (PB4), Psicoterapia Breve (PB5), Terapia de Exposição Narrativa (NET6) e Intervenção Breve (IB7). Tais intervenções, dispostas na figura 4, possuem diferentes configurações, como é possível acompanhar a seguir.

Figura 4*Intervenções utilizadas nos estudos incluídos*

<i>Estudo</i>	<i>Modalidade</i>	<i>Objetivos da Intervenção</i>	<i>Profissional Responsável</i>	<i>Público-alvo</i>
Farinha & Souza, 2016	Plantão Psicológico individual (PP1)	Ofertar acolhimento e orientação a pessoas que tenham tido os seus direitos violados pelo contexto de violência. Favorecer o fortalecimento emocional, com o intuito de auxiliar no processo de enfrentamento da situação de violência. Possibilidade de ressignificar experiências emocionais e instrumentalização dos sujeitos que vivenciam contextos de violência, por meio do espaço de uma escuta qualificada.	Estudantes a partir do 7º semestre de Psicologia e Psicóloga colaboradora, supervisionados por professores psicólogos	Sujeitos em situação de violência que recorrem a DEAM
Benites et al., 2019	Intervenção Breve de Orientação Parental individual (IBOP2)	Fornecer aos usuários do CAP orientações relacionadas ao manejo de crianças com problemas de comportamento. Auxiliar os cuidadores a identificarem e estimularem comportamentos adequados em seus filhos. Ensinar novos comportamentos. Incentivar a autonomia das crianças.	Estudantes de graduação em estágio de ênfase em processos clínicos, supervisionados por psicólogos com experiência clínica.	Pais de crianças com problemas de comportamento

		Encontrar abordagens não-agressivas para lidar com maus comportamentos. Auxiliar na organização da rotina.		
Ferreira et al., 2020	Intervenção Breve grupal (IB3)	Capacitar adolescentes para lidar com a violência no namoro.	Psicólogo	Adolescentes de ensino médio
Manzan et al., 2021	Psicoterapia Breve grupal (PB4)	Possibilitar a construção de novos significados e sentidos a partir das próprias vivências maternas. Viabilizar o desenvolvimento de novas condutas que permita potencializar os cuidados consigo mesmas e com seus familiares, em especial direcionados aos filhos vítimas de violência sexual. Proporcionar que as mães reconheçam suas potencialidades, em paralelo, trabalhar os sentimentos de culpa e arrependimento vinculados às experiências maternas e familiares.	Psicóloga	Mães de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual
Sauaia et al., 2011	Psicoterapia Breve individual e grupal (PB5)	Ressignificar os conceitos de família, identidade, cidadania, amor, paternidade e maternidade responsável.	Especializados em Saúde Mental, coordenadora docente do projeto e por estudantes de	Sujeitos que cometeram agressões à crianças na primeira

		Favorecer a percepção de responsabilização do agressor em relação à violência cometida.	graduação.	infância
Catarino, 2020	Terapia de Exposição Narrativa individual (NET6)	Restaurar as memórias autobiográficas, por meio da narrativa, fazendo com que as memórias fragmentadas encontrem uma estrutura narrativa coerente tornando-se um testemunho. Possibilitar o processamento das emoções dolorosas, a partir da restauração dessas memórias. Oportunizar a diminuição da culpa e fazer com que o sujeito passe a reconhecer seus direitos.	Psicólogos, psiquiatras, médicos de família. Estudantes de psicologia realizam as entrevistas	Pacientes com sintomas de Transtorno do Estresse Pós-Traumático
Bottan, 2018	Intervenção Breve grupal (IB7)	Promover a diminuição do bullying e dos problemas de saúde mental relacionados.	Estudantes de graduação e pós-graduação de enfermagem, psicologia e psiquiatria.	Adolescente de escola pública

Fonte: elaborado a partir dos dados da pesquisa

No trabalho de Farinha e Souza (2016), é anunciado o PP1, que se configura como uma modalidade de intervenção psicológica de curta duração e tem por objetivo atender o sujeito no momento exato da sua necessidade. O atendimento era destinado às pessoas vítimas de violência - crianças, adolescentes e mulheres - que recorriam à Delegacia

Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM). A intenção era promover um espaço de acolhimento e orientação a essas pessoas.

O estudo de Benites et al. (2019) revela uma intervenção breve numa perspectiva de orientação parental. Assim, durante a IBOP2, os pais eram orientados no manejo com as crianças que apresentavam questões de comportamento, além de serem encorajados a utilizar abordagens que não fossem agressivas com os filhos.

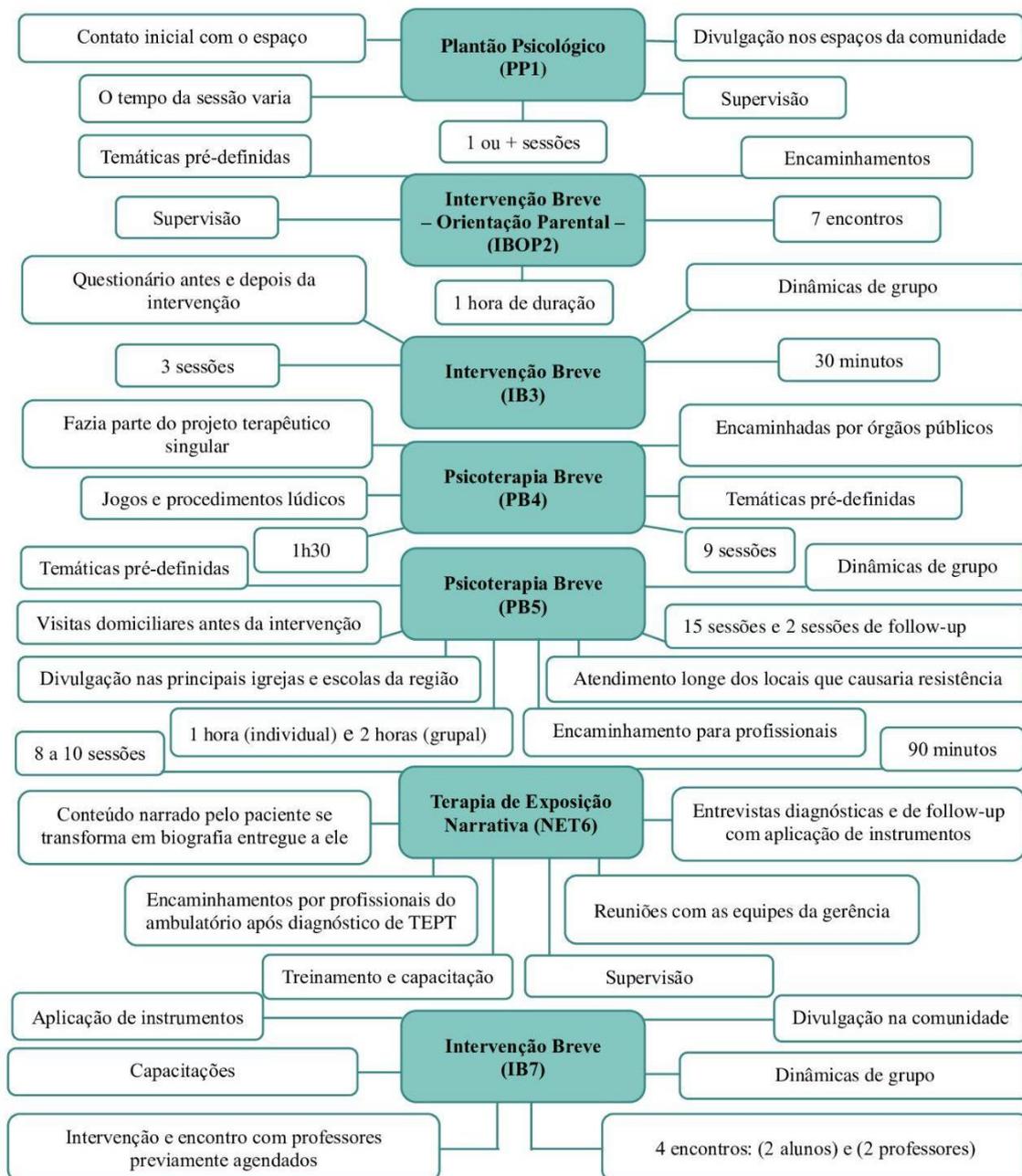
Ferreira et al. (2020) e Botton (2018) demonstram, em suas pesquisas, as intervenções breves IB3 e IB7; respectivamente, estas eram direcionadas a adolescentes estudantes e trazia um caráter mais informativo e capacitivo. As intervenções buscavam proporcionar aos alunos oportunidades de estabelecerem novas formas de lidar com o bullying (IB3) e a violência no namoro (IB7), com a intenção de que atitudes como essas pudessem ser reduzidas.

Os autores Manzan et.al. (2021) e Sauaia et al. (2011) descrevem sobre a psicoterapia breve grupal, entretanto, os trabalhos são direcionados a públicos distintos. Por um lado, tem-se a PB4 que é voltada às mães de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, e do outro lado encontra-se a PB5, dirigida á sujeitos que cometeram agressões às crianças na primeira infância. Apesar de estarem em direções distintas quanto ao público-alvo, ambas intervenções pretendiam ressignificar essas histórias: com as mães, buscava-se a construção de novos sentidos e significados por meio das vivências maternas e os sentimentos envolvidos na situação, a exemplo da culpa que elas demonstravam pelos filhos terem sido vítimas de violência; e com os sujeitos que cometeram agressão, pretendia-se ressignificar os conceitos de família, identidade, cidadania, amor e paternidade, além de favorecer a percepção desses atores sobre a responsabilização com relação à violência cometida.

No estudo de Catarino (2020) a autora propõe uma modalidade diferente das apresentadas até o momento, pois retrata uma terapia breve que pode ser utilizada por outros profissionais, além de psicólogas(os). A NET6 se mostra como uma intervenção breve que se apropria do uso da narrativa, na tentativa de restauração das memórias fragmentadas de sujeitos que possuem sintomas de Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT). No trabalho em questão, é realçado a efetividade da intervenção com pessoas que desenvolveram sintomas após terem sido expostas a algum tipo de violência. Segundo a autora, a NET6 tem potencial para auxiliar essas pessoas no processamento das emoções dolorosas decorrentes dessas experiências.

É válido mencionar, a respeito das modalidades de atendimento encontradas nas diferentes intervenções (Figura 4), em que a escolha a nível individual, grupal, ou ainda a possibilidade da soma dessas duas perspectivas, decorre do que se avalia como mais adequado diante da necessidade observada.

Para uma melhor compreensão sobre os procedimentos adotados durante as intervenções, é apresentado um esquema, na Figura 2, sobre as etapas que constituíram cada uma dessas intervenções. De início, observa-se que a quantidade de sessões varia de uma intervenção à outra, estando entre 1 a 15 sessões. Da mesma forma, existe uma variação quanto ao tempo dos atendimentos, visto que, nas intervenções que se utilizam da modalidade individual o tempo de duração ocorre entre 30 minutos a 1 hora e meia cada sessão, e nas intervenções que empregam a modalidade grupal a duração das sessões varia entre 1 hora e meia à 2 horas cada.

Figura 5*Procedimentos das intervenções encontradas nos estudos***Fonte:** elaborado a partir dos dados da pesquisa

Não obstante, durante o processo de análise observa-se concordância entre algumas intervenções, tendo em vista o emprego de estratégias e procedimentos semelhantes entre elas. Tais informações podem ser melhor compreendidas através da exposição a seguir.

Em PP1 foi estabelecido *contato inicial*, realizando uma aproximação com o espaço físico da instituição e com os trabalhadores do local, e houve também a *divulgação* do serviço de plantão na delegacia e em outros espaços da comunidade, como universidades e Unidades Básicas de Saúde (Farinha & Souza, 2016). Seguindo essa mesma direção, em NET6, realizou-se contatos iniciais por meio de reuniões com a gerência e coordenação dos centros de saúde, assim como periódicas apresentações do projeto e *sensibilização* direcionadas às equipes. Ofereceu-se ainda, um processo de *capacitação* e *treinamento* aos profissionais, ministrados por psicólogas clínicas experientes nessa modalidade de intervenção, compreendendo atividades teóricas e práticas (Catarino, 2020).

Nessa mesma perspectiva, antes de montar o protocolo de atendimento que iria nortear a intervenção PB5, desenvolveu-se uma *pesquisa de campo*, utilizando-se de entrevistas semiestruturadas e observações, a partir de visitas domiciliares a famílias atendidas nos programas de Saúde da Família. Os resultados decorrentes desse processo impulsionaram questões sobre a violência doméstica contra crianças na primeira infância, que contribuiu para a construção do protocolo de intervenção. Além disso, houve também divulgação dos atendimentos nas principais igrejas e escolas da região, por meio de cartões de visita contendo um telefone para agendamento e um material de apoio que continha informações para sensibilizar a população sobre o tema da violência doméstica. A procura era por demanda espontânea (Suaia et al., 2011).

Em IB7, assim como em PP1 e PB5, foram estabelecidos contatos iniciais por meio de encontros previamente agendados, que seguiram o cronograma das reuniões pedagógicas da escola e divulgações através de cartazes na própria instituição. Ademais, assim como em NET6, foram promovidas capacitações com os professores e com os membros da equipe para aplicação dos instrumentos.

Ao considerar os procedimentos descritos nas intervenções acima, nota-se que os autores julgaram necessário desenvolver algumas etapas anteriores às intervenções, como contatos prévios com os espaços, pesquisa de campo, divulgação, sensibilização da comunidade e aprimoramento dos profissionais. Entende-se, com isso, a importância em

se apropriar do campo de atuação, para conseguir identificar as demandas que emergem, compreender o nível de envolvimento da instituição e refletir sobre a viabilidade da ação naquele local, antes de desenvolver, de fato, uma proposta de intervenção. Igualmente importante, considera-se a divulgação como uma forma de alcançar o público-alvo e a capacitação profissional, indispensável para uma melhor condução da prática através dos conhecimentos adquiridos (Catarino, 2020).

A *aplicação de instrumentos* foi um recurso empregado para as intervenções IB3 e IB7. O objetivo era obter informações sobre o perfil sociodemográfico dos participantes, além de avaliar o possível impacto das intervenções nos sujeitos (Ferreira et al., 2020; Bottan, 2018), para esse último, foram aplicados instrumentos antes e depois das intervenções. Esse procedimento é um processo comumente utilizado em diversas pesquisas para avaliação da eficácia de intervenções.

Ao longo das intervenções IBOP2, PB4 e PB5 foram desenvolvidas *temáticas pré-definidas* nos encontros. Esse procedimento, segundo Sauaia et al. (2011) e Manzan et al. (2021), pode colaborar na condução do processo terapêutico, além de auxiliar na adesão dos participantes aos encontros, dado que os temas escolhidos acabam por atravessar as experiências dos sujeitos. Entretanto, é fundamental não manter uma rigidez e ter a capacidade de flexibilizar sobre as temáticas durante os encontros, pois assim, existe uma maior possibilidade de atender também as demandas que surjam no decorrer do processo (Benites et al., 2019).

A *supervisão*, procedimento adotado nas intervenções PP1, IBOP2 e NET6, deve ser conduzida por profissionais experientes, que sejam capazes de proporcionar um espaço de discussão que incentive olhar para um dado fenômeno por diferentes lentes, ao mesmo tempo em que considera a realidade subjetiva de cada caso. A supervisão tem por finalidade contribuir no aprimoramento da intervenção e garantir uma prática profissional cada vez mais qualificada (Benites et al., 2019; Catarino, 2020; Farinha & Souza, 2016;).

As *dinâmicas de grupo*, desenvolvidas durante os encontros nas intervenções IB3, PB5 e IB7, constitui-se como uma via condutora para possíveis mudanças individuais e coletivas, servindo como um instrumento em que os participantes possam ter a experiência de abstrair e refletir sobre as realidades compartilhadas, tornando-se, por assim dizer, um momento de aprendizado (Torres, 2023). Através da dinâmica de grupo, torna-se viável avaliar os participantes sobre diferentes perspectivas, por meio das suas manifestações verbais, gestuais, afetivas e interacionais.

Nas intervenções IBOP2, PB4, PB5 e NET6, os participantes foram *encaminhados* por profissionais de diferentes órgãos públicos, como escolas, instituições da rede de assistência social (Manzan et al., 2021), instituições de saúde (Catarino, 2020) e serviços em universidades oferecidos à comunidade (Benites et al., 2019). Em contrapartida, quando eram identificados casos que necessitavam de atendimentos provenientes de outras áreas, os sujeitos participantes eram imediatamente encaminhados para os serviços disponíveis (Sauaia et al., 2011).

Findadas as intervenções PB5 e NET6, foram realizadas *sessões de follow-up*, que consiste em um período de avaliação que ocorre ao final de um determinado acompanhamento, com o propósito de avaliar os possíveis resultados e repercussões decorrentes de processos interventivos (Vermote et al., 2011 como citado em Costa et al., 2007).

Analizando os resultados obtidos após as intervenções apresentadas nos estudos, faz-se importante a sistematização das informações. As pessoas que foram atendidas em PP1 tiveram a oportunidade de se reorganizar psicologicamente. Tais sujeitos conseguiram ampliar a compreensão sobre as suas demandas, facilitando a tomada de decisão diante de processos difíceis, como a atitude de concretizar a denúncia através do boletim de ocorrência. Com a escuta e acolhimento que encontraram no PP1, as mulheres atendidas puderam ressignificar a sua posição de vítima, reduzindo sentimento de culpa e conduzindo da melhor forma emoções intensas, como a raiva e a injustiça que sentiam diante das experiências que vivenciaram (Farinha & Souza, 2016).

Alguns dos obstáculos enfrentados durante os atendimentos em PP1 relacionavam-se a compreensão das queixas das crianças pequenas, sendo que tal situação estava diretamente ligada a fatores, tais como dificuldade no manejo dos plantonistas com o público infantil, a influência do ambiente da delegacia que por si só já não é considerada acolhedora e a escassez de recursos lúdicos que pudessem auxiliar durante o processo (Farinha & Souza, 2016).

Durante a IBO2, exposta no estudo de Benites et al. (2019), observou-se que entre os pais/cuidadores que participaram da intervenção, existiam aspectos comuns em suas práticas, como comportamentos de punição física e atitudes parentais de caráter autoritário. A maioria deles teve dificuldades em associar as práticas atuais que mantinham com as vivenciadas com os seus pais no passado. Outro fator encontrado nos resultados da intervenção diz respeito à sobrecarga materna, que ocorre segundo os

autores, devido à prevalência do baixo interesse dos pais com o envolvimento na educação dos filhos.

Após a intervenção IBOP2, identificou-se mudanças positivas com relação à rotina e a dinâmica da família, um maior estabelecimento de regras e limites, e em algumas famílias houve também mudanças referentes aos problemas de relacionamento entre pais e filhos. Apesar de todos os pais precisarem ser encaminhados para um acompanhamento psicoterapêutico individual, a intervenção foi considerada positiva no sentido de as famílias iniciarem um processo terapêutico e se disporem a explorar um pouco mais as suas demandas (Benites et al., 2019).

Uma limitação da IBOP2 apontada pelos autores confere ao tempo da intervenção, pois, segundo eles, esse período não foi suficiente para ampliar a investigação sobre os pais não associarem as práticas atuais com as vivenciadas no passado, resultando na impossibilidade de auxiliá-los nessa direção. Tal resultado pode ter ocorrido por conta do vínculo terapêutico não ter sido totalmente estabelecido durante o processo. Com isso, Benites et al. (2019), sugerem que, nas próximas intervenções, a temática não seja abordada no início do processo de orientação.

A PB4, intervenção descrita no estudo de Manzan et al. (2021), proporcionou às participantes um processo de ressignificação das suas vivências, fazendo com que explorassem os sentimentos e emoções que surgissem diante do sofrimento que os filhos apresentavam. Durante o grupo, conteúdos sobre trauma, vitimização e violência apareciam constantemente, e naquele espaço as mães tinham a oportunidade de expor suas frustrações, refletirem sobre suas responsabilidades e limitações, além de explorarem e aprofundarem sobre os sentimentos de culpa e impotência que sentiam pelos traumas dos filhos. Era percebido que ao compartilhar as vivências, o grupo servia para essas mães como um agente potencializador para que avançassem e seguissem suas vidas, para além do trauma.

as sessões realizadas facilitaram mudanças a partir da elaboração reflexivo-vivencial das próprias mães, viabilizando insights que auxiliaram o empoderamento e a construção de novos significados e sentidos a partir das próprias vivências (...) as mães deram sinais de terem pensado sobre a percepção e a necessidade de se construir novas condutas que pudessem potencializar os cuidados consigo mesmas e com seus familiares, além do desejo de se

distanciarem do papel de vítimas e perceberem seus(suas) filhos(as) como seres humanos em potencial (Manzan et al., 2021, pp. 164 - 165).

Sobre as limitações encontradas na intervenção PB4, percebeu-se a necessidade de se incluir em processos futuros, momentos com outros familiares, como a figura paterna e os filhos, a fim de trabalhar as demais relações familiares e os sentimentos vivenciados por todos sobre o contexto da violência. Pois, como afirma Manzan et al. (2021), é importante que ocorram ações que amparem todos os envolvidos, incluindo até mesmo quem tenha cometido a agressão.

A intervenção PB5, discutida em Sauaia et al. (2011), favoreceu que os participantes ressignificassem emoções atravessadas pela prática da violência, e assim, foram capazes de expressar situações dolorosas vivenciadas e desconstruir padrões familiares coexistentes. Considera-se que houve uma resposta positiva à intervenção, pois mudanças e resultados significativos foram observados. Por exemplo, uma parte dos participantes decidiram ir à Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente para relatar casos de violência que estavam omitindo, e uma outra parte deu continuidade ao atendimento na modalidade individual em consultórios particulares - o motivo para essa escolha, remete-se à questão dos participantes buscarem por locais distantes da comunidade, como uma forma de não serem identificados como agressores. De modo geral a intervenção foi considerada significativa, pois ao final, com as sessões de *follow-up*, obteve-se 91% dos retornos positivos em se tratando dos aspectos relacionados à agressão cometida, assumida ou denunciada, além de todos os participantes aceitarem continuar a terapia por mais seis meses nos consultórios particulares.

A intervenção PB5 teve como principal objetivo a tentativa de interromper o ciclo da violência. A partir dos resultados expostos, compreende-se a importância de existirem tratamentos voltados também a quem comete o ato de violência, pois o resultado da quebra desse ciclo pode contribuir na redução da violência cometida contra as crianças. Deste modo, o processo terapêutico descrito:

revela-se duplamente útil, pois, ao mesmo tempo em que intervém de maneira ampla, individual e singular, curando as dores emocionais de agressores e agredidos, atua impedindo a reprodução comportamental, rompendo assim com o ciclo vicioso que se estabeleceu em que violência gera violência (Sauaia et al., 2011, p. 270).

Como uma sugestão de aprimoramento, os autores recomendam o fortalecimento nas capacitações sobre a temática com educadores, equipe de Saúde da Família e dos membros dos Conselhos Tutelares e a promoção de ações voltadas à comunidade, como uma forma de esclarecer sobre as omissões, que se configuram como uma agressão de maneira indireta (Sauaia et al., 2011).

No estudo de Catarino (2020), em que descreve a NET6, observou-se resultados positivos após a intervenção; à exemplo, tem-se o fato dos pacientes demonstrarem maior capacidade de resiliência diante de eventos traumáticos envolvendo a exposição à violência; observou-se mudanças nas percepções dos pacientes, em que consideram como violência situações que antes não eram vistas dessa forma; houve uma diminuição no nível de sofrimento desde que iniciaram o acompanhamento e os pacientes relataram benefícios, como a diminuição dos sintomas decorrentes do TEPT.

Os benefícios da NET6 seguiram-se após a finalização do acompanhamento. Com as sessões de *follow-up* realizadas seis meses depois, identificou-se que três pacientes dos oito atendidos não apresentaram mais sintomas de TEPT e cinco relataram redução significativa. Os resultados positivos foram vistos, também, com relação ao treinamento oferecido aos profissionais que realizaram as intervenções, pois eles perceberam mudanças em relação à forma como conduziam os atendimentos, tornando-se mais atentos na identificação da influência da violência na saúde mental dos pacientes e perceberam-se mais confiantes em abordar a temática com os pacientes (Catarino, 2020). Segundo o estudo, a NET6 é tida como uma intervenção efetiva na redução dos sintomas de TEPT e na manutenção dessa redução.

Sobre as limitações encontradas para o desenvolvimento da intervenção, percebe-se uma restrição de recursos físicos - como a dificuldade em encontrar salas para a realização dos atendimentos -, sendo essa falta de suporte institucional considerado como uma das grandes dificuldades percebidas durante o processo. Somado a isso, houve outros entraves, como as constantes faltas, atrasos e interrupções no processo. No entanto, essas situações eram justificadas por conta da violência que ocorria na região onde eram realizados os atendimentos (Catarino, 2020).

O estudo de Ferreira et al. (2020) que aborda a intervenção IB3, revela em seus resultados, uma alta porcentagem de adolescentes que utilizam a violência e métodos de resolução de conflitos de caráter abusivo nos relacionamentos amorosos, e que em algum momento da vida já foram vítimas de violência. Observou-se que os adolescentes do

gênero masculino revelaram comportamentos violentos mais graves do que as adolescentes do gênero feminino, não obstante, os meninos afirmaram que são alvos de violência com maior frequência que as meninas. Nota-se também que os alunos que participaram do estudo possuem fatores de risco para comportamentos violentos no namoro, como consumo de álcool, drogas, violência entre os pares e legitimação da violência para resolução de conflitos.

Apesar da intervenção IB3 ter sido considerada como positiva pelo seu caráter informativo, Ferreira et al. (2020) declaram que não houve diminuições significativas sobre os vários comportamentos de violência identificados. A ineficácia da intervenção pode estar relacionada diretamente com alguns fatores, como o curto período de duração da intervenção, pelo seu caráter informativo, por não ter sido oferecido um espaço com maior privacidade aos adolescentes e por terem percebido que os adolescentes pareciam não levar com seriedade as questões envolvidas sobre a temática da intervenção.

A intervenção IB7, a última em ser analisada, segue a mesma perspectiva da intervenção anterior, nessa proposta também não foram identificados resultados significativos após o procedimento. Uma das hipóteses levantadas diz respeito ao curto período em que foi desenvolvida. Por conta disso, não foi julgada como uma intervenção de fato efetiva, apesar de reconhecer o aspecto positivo e importante de proporcionar um espaço de discussão sobre *bullying* no ambiente escolar e promoção de esclarecimentos sobre a temática. Por fim, outras limitações observadas no trabalho, além das citadas, consiste no fato do delineamento do estudo e a diversificação do uso dos instrumentos terem dificultado o processo avaliativo (Bottan, 2018).

Com base nesta revisão de literatura, foi possível compreender que as intervenções de psicoterapia breve que teve como foco a violência, conseguiram incorporar diferentes grupos, dentre eles as vítimas, familiares e profissionais, em contextos de saúde, escola e delegacias, de modo que não há assunção de um modelo de atendimento que se limita a grupos e espaços específicos.

Os resultados da análise das intervenções demonstram que algumas delas empregaram estratégias e procedimentos semelhantes e que, mesmo diante de algumas limitações metodológicas e de planejamento, ainda pode ser considerada como uma modalidade de atendimento com potencial para atenuar as repercussões decorrentes das experiências vivenciadas em contexto de violência, pois ao avaliar os resultados dos efeitos provocados nos participantes após as intervenções, por meio da exploração dos

sentimentos, reflexões sobre as responsabilidades e limitações, além da desconstrução de padrões familiares coexistentes, verificou-se processos de ressignificações sobre as experiências vivenciadas pelas vítimas e suas famílias, ocasionando um impacto positivo nesses indivíduos.

Diante da escassez de produções científicas que abordem a temática discutida, é importante sugerir e encorajar que mais pesquisas sejam desenvolvidas nessa perspectiva, a fim de contribuir na disseminação do conhecimento, além do desenvolvimento e aprimoramento de processos de intervenção que possam auxiliar no cuidado de crianças, adolescentes e suas famílias vítimas de violência.

CAPÍTULO IV
LEVANTAMENTO E ANÁLISE DOS CASOS DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA
DA CONQUISTA - BAHIA

*Toda criança do mundo
Deve ser bem protegida
Contra os rigores do tempo
Contra os rigores da vida.*

(OS DIREITOS DAS CRIANÇAS; Ruth Rocha, 2014)

A violência é um dos problemas sociais de grande impacto na vida de crianças e adolescentes nos dias atuais. Para compreendê-la é necessário considerar a sua complexidade e a interposição dos padrões culturais, sociais, políticos e econômicos estabelecidos nas relações micro e macrosociais (Minayo, 2003; Priotto, 2013). Por isso, é fundamental compreender as relações de poder definidas, o modo como os sujeitos interagem e as posturas que adotam. Priotto (2013) alega que a violência está diretamente associada à manutenção do lugar de poder, pois quem pratica o ato violento submete a vítima a um lugar de vulnerabilidade e subjugação. Desta forma, entender o fenômeno da violência é entender também os aspectos históricos e multifatoriais envolvidos em tal fenômeno.

Consta no art. 13 do ECA “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” (ECA, 1990, p.24) e visando atender essa necessidade de monitoramento das violências, o Ministério da Saúde estabelece a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública (Brasil, 2014b), que revela em seu art. 1º, dentre outras coisas, a obrigatoriedade da notificação por parte dos profissionais de saúde e responsáveis da instituição, em casos de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública; entendendo agravo como qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, que decorre dentre outras circunstâncias, de violências interpessoais. Considerando os casos de violência contra crianças e adolescentes, deve-se encaminhar ao Conselho Tutelar ou às autoridades competentes um relatório impresso e/ou uma cópia da ficha de notificação.

Com o objetivo de subsidiar os profissionais para o preenchimento das notificações de forma mais padronizada, o Ministério da Saúde publica orientações para o preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (Brasil, 2016a). Estas fichas devem ser inseridas no SINAN, tornando as informações públicas e acessíveis com o propósito de auxiliar no “planejamento, monitoramento, avaliação e execução de políticas públicas integradas e intersetoriais” (Brasil, 2016a, p. 08), visando o estabelecimento de metas para promover a saúde, a qualidade de vida e a redução das violências.

Dito isso, para compor a investigação sobre o processo da violência contra crianças e adolescentes em Vitória da Conquista, Bahia, serão mapeadas e analisadas neste capítulo as informações sobre os casos de crianças e adolescentes vítimas de violência no município, durante o período de 2020 a 2022. A delimitação da faixa etária foi de 0 a 19 anos completos, definida pela OMS como a idade para crianças e adolescentes. Os dados produzidos decorrem das Fichas de Notificação de Investigação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada preenchidas pelos profissionais de saúde e inseridas no SINAN.

Segundo a OMS, a violência pode ser dividida e subdividida em categorias, desta forma, para uma melhor compreensão sobre as tipologias das violências que serão aqui retratadas, segue um esquema apresentado através da Figura 6.

Figura 6

Tipologias das violências da pesquisa



A violência interpessoal é uma das categorias da violência relacionada à característica de quem comete o ato, ela consiste em uma ação violenta cometida por algum indivíduo ou por pequenos grupos. Como visto, ela se subdivide em violência intrafamiliar, que ocorre quando os membros da família se utilizam de formas agressivas para se relacionar durante os conflitos e em estratégias de educar, ou ainda, quando não garantem os cuidados básicos às crianças ou adolescentes (Brasil, 2014a). Quanto à natureza da violência, a violência intrafamiliar engloba a violência física, sexual,

psicológica, negligência e trabalho infantil. Este último, também pode representar uma forma de violência intrafamiliar, em razão de algumas famílias usarem as crianças e adolescentes de maneira direta e/ou indireta, para realizar atividades de trabalho em condições inapropriadas e exaustivas (Brasil, 2014a; Guzzo et al., 2010), portanto, além de poder ser considerada como um tipo de negligência, pode também provocar vários danos físicos e/ou psicológicos à esses sujeitos.

Assim, considerando as tipologias da violência descritas na Tabela 1, foi possível constatar que das 1.390 notificações realizadas no município, os maiores índices de violência registrados durante o período de 2020 a 2022 foram os casos de violência física (32,4%), violência psicológica/moral (31%) e violência sexual (27,4%).

Tabela 1

Índice da violência infantojuvenil no município de Vitória da Conquista de acordo a tipologia das notificações

TIPO DE VIOLÊNCIA	ANO 2020		ANO 2021		ANO 2022		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Violência Física	115	25,5	161	35,7	175	38,8	451	32,4
Violência Psicológica/moral	106	24,6	179	41,5	146	33,9	431	31
Violência Sexual	86	22,6	159	41,7	136	35,7	381	27,4
Negligência	18	19,8	51	56	22	24,2	91	6,6
Trabalho infantil	6	16,7	28	77,8	2	5,6	36	2,6
TOTAL	331	23,8	578	41,6	481	34,6	1.390	

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Tais resultados estão em conformidade com estudos realizados no Brasil, sobre a violência infantojuvenil no território (Costa et al., 2007; Cezar et al., 2017; Nunes & Sales, 2016; Oliveira et al., 2020; Platt et al., 2020). Em todos os trabalhos, dentre as mais predominantes estão a violência física e sexual, seguida da violência psicológica e da

negligência, que aparecem nos estudos de Costa et al. (2007) e Nunes e Sales (2016). Contudo, um dado discordante refere-se à negligência, que diferente dos achados, não houve grande prevalência de casos no município (6,5%), assim como o trabalho infantil (2,5%). Vale mencionar que exceto a pesquisa de Cezar et al. (2017), em todos os estudos mencionados que retratam a violência intrafamiliar, nenhum deles apresenta dados sobre o trabalho infantil. Esse fato pode ser explicado na condição de estarem incluídos na categoria sobre negligência. Em relação à presente pesquisa, os dados sobre trabalho infantil foram organizados de maneira separada, devido as informações no sistema estarem dessa forma.

Quanto ao ano com maior número de notificações, observou-se um aumento dos casos no ano de 2021(n=578) em comparação aos outros anos. Tal fator pode estar relacionado com a imposição de isolamento social durante a pandemia de COVID-19. Como grande parte das situações de violência ocorrem no âmbito doméstico e são praticadas por familiares (Minayo, 2001), durante esse período as crianças e adolescentes estavam mais vulneráveis a sofrerem algum tipo de violência. Segundo Barbosa (2022), o ano inicial da pandemia foi bastante desafiador e somente a partir do segundo ano os serviços de saúde conseguiram desenvolver melhores estratégias diante das dificuldades. Por conta disso, muitos casos de violência podem ter sido subnotificados neste primeiro ano. É importante mencionar que a subnotificação não é algo inerente à pandemia, frequentemente as vítimas e suas famílias não realizam a denúncia por medo e pela impunidade dos agressores, o que torna cada vez mais difícil a garantia da sua proteção.

Como dito, a violência intrafamiliar é a que mais acomete o público infantojuvenil. Os episódios acontecem geralmente na esfera privada, na própria residência da vítima e por pessoas próximas à ela, como familiares e amigos. Isso significa que o lugar e a pessoa que deveria lhe proporcionar segurança e proteção passam a ser sinônimo de ameaça e hostilidade. Tal argumento se fortalece a partir dos dados apresentados na Tabela 2 (a seguir) e na Tabela 3 (apresentada após essa discussão), que correspondem respectivamente, ao tipo de vínculo que a vítima tinha com o(a) agressor(a) e ao local de ocorrência da violência.

Tabela 2

Autor(a) da violência cometida contra crianças e adolescentes no município de Vitória da Conquista no período de 2020 a 2022

AUTOR(A)	Violência Física		Violência Psicológica/moral		Violência Sexual		Negligência		Trabalho infantil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pai	39	8,6	127	29,5	44	11,5	33	29,5	8	22,2
Mãe	48	10,6	110	25,5	12	3,1	60	53,6	21	58,3
Padrasto	23	5,1	45	10,4	50	13,1	5	4,5	3	8,3
Madrasta	3	0,7	4	0,9	1	0,3	3	2,7	-	-
Cônjuge	3	0,7	3	0,7	1	0,3	-	-	-	-
Ex-cônjuge	7	1,6	8	2	6	1,6	-	-	-	-
Namorado(a)	6	1,3	6	1,4	10	2,6	1	0,9	-	-
Ex-namorado(a)	1	0,2	1	0,2	2	0,5	-	-	-	-
Irmão(a)	6	1,3	9	2,1	13	3,4	1	0,9	1	2,8
Amigo/conhecido	25	5,5	48	11,1	89	23,4	6	5,4	2	5,6
Desconhecido(a)	22	5	28	6,5	41	10,9	2	1,8	1	2,8
Cuidador(a)	4	0,9	3	0,7	4	1	1	0,9	-	-
Ignorado	264	58,5	39	9	108	28,3	-	-	-	-
TOTAL:	451	100	431	100	381	100	112	100	36	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

A violência contra crianças e adolescentes sempre esteve muito associada ao processo educativo, usado como uma forma de punição às desobediências (Minayo, 2001). Dessa forma, possui uma forte conotação histórico-cultural:

pais que foram educados de forma violenta reproduzem essa forma de educar, recorrendo à violência física e psicológica, manifestada por surras, puxões de cabelo, palmadas, gritos e as mais diversas ameaças como forma de impor disciplina aos seus filhos (Platt et al., 2020, p.04).

Isso ocorre em consequência de um longo processo histórico, em que os maus-tratos, abusos e desvalorização da infância e adolescência revelaram-se desde as civilizações mais antigas. Indesejada e desumanizada pela sociedade, as crianças e adolescentes eram alvos constantes de castigos, humilhações e explorações, sendo até mesmo mortas ou abandonadas quando preciso (Martins & Jorge, 2010). Somente a partir do século XX, torna-se possível observar o surgimento de algumas mudanças, como o fato do bem estar das crianças e adolescentes começarem a ser responsabilidade da família.

Apesar desses avanços, o fato da família ser a principal responsável pelos cuidados de crianças e adolescentes, não oferece garantias quanto à sua efetividade, já que elas são consideradas as maiores vítimas de violência intrafamiliar. Tal premissa é evidenciada através das informações expostas na Tabela 2.

Pode-se observar que a violência física foi praticada em sua maioria pela mãe (10,6%) e pelo pai (8,6%); sobre a violência psicológica/moral, o pai (29,5%), a mãe (25,5%) e o padrasto (10,4%) aparecem como os principais autores; os amigos/conhecidos (23,4%), o padrasto (13,1%), o pai (11,5%) e pessoas desconhecidas (10,8%) foram os autores que mais cometeram violência sexual infantojuvenil no município. Com relação à negligência, os maiores responsáveis por esse ato foram a mãe (53,6%) e o pai (29,5%) e por último, as pessoas que mais submeteram crianças e adolescentes ao trabalho infantil, foram a mãe (58,3%) e o pai (22,2%).

Os dados descritos acima, corroboram com os achados de outras pesquisas (Costa et al., 2007; Cezar et al., 2017; Nunes & Sales, 2016; Oliveira et.al, 2020), que indicam que na maioria dos casos de violência infantojuvenil os autores possuem alguma relação de parentesco e vínculo familiar com as vítimas, evidenciando o pai, a mãe, o padrasto e outros membros da família. Em razão de existir um vínculo afetivo entre o/a autor/a e a vítima, a violência intrafamiliar pode produzir grandes consequências na vida de crianças e adolescentes. Por estarem em condição especial de desenvolvimento físico, cognitivo e psicológico elas “estão em condições mais vulneráveis em relação ao agressor/a, que geralmente é adulto e possui o perfil de maior estatura, força física e maiores capacidades

cognitivas” (Craveiro, 2016, p.27), o que gera uma relação baseada na coerção e repressão.

Portanto, como a família é o primeiro grupo social em que as crianças e adolescentes estabelecem contato, vivenciar esse tipo de violência pode gerar sentimentos conflituosos sobre a forma de se relacionarem (Santos et al., 2012), além de fragilizar ou mesmo romper os vínculos emocionais, trazendo vários prejuízos psicológicos a esses sujeitos.

Entende-se como negligência, a omissão dos cuidados básicos por parte do(da) responsável à criança ou adolescente, não sendo atendidas as suas necessidades físicas e emocionais, tais como alimentação, higiene, atenção, afeto, educação, saúde e segurança (Brasil, 2014a). Dito isso, assim como os resultados apontados neste estudo, Costa et al. (2007) e Nunes e Sales (2016), também indicam a mãe como a principal responsável por esse tipo de violência. Tal fator pode ser explicado devido a mãe ser considerada a pessoa mais próxima do(a) filho(a) e ser, na maioria das vezes, responsável pelo seu cuidado, educação e sobrevivência (Nunes & Sales, 2016). Além dos casos das mães solo, quando ocorrem situações de separação, é também com elas que geralmente a criança ou adolescente permanece e, portanto, as expectativas de cuidado são direcionadas principalmente à figura materna.

Esse é um assunto complexo, que exige uma reflexão mais aprofundada, tendo em vista que muitas mulheres que negligenciam, são antes de tudo negligenciadas pelo estado (Barros et al., 2014). São muitas mães que não possuem rede de apoio social ou familiar, que possuem responsabilidades com os cuidados dos filhos, além de tentarem garantir o sustento familiar através de jornadas intensas de trabalho (Mata, 2019).

Quando se aborda a questão da promoção e manutenção do cuidado, os aspectos sociais, estruturais, culturais e econômicos precisam ser discutidos, por isso:

refletir sobre negligência na infância como uma forma de violência e violação de direitos requer também problematizar esses parâmetros socialmente construídos de família como provedora do cuidado e também da figura da mulher como agente principal destes cuidados (Mata, 2019, p. 231).

Não é pretendido com isso minimizar ou mesmo justificar o ato de negligência cometido pelas mães, mas sim propor um olhar mais amplo acerca das condições e do lugar de cuidado em que elas são designadas. A intenção é de impulsionar a criação de estratégias e políticas públicas que possam auxiliar as famílias no enfrentamento das

situações de negligência (Mata, 2019), e, a partir disso, encorajar o estabelecimento de ações que promovam o fortalecimento da autonomia e da resiliência dessas famílias, de modo a garantir a proteção social de maneira mais contextualizada.

Em se tratando da violência sexual, esta pode ser entendida como “qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, incluindo exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico” (Brasil, 2022, p.11). Com base nessa afirmativa e observando os dados encontrados neste estudo, percebe-se concordância com outras pesquisas (Costa et al., 2007; Ferraz et al., 2021; Habigzang et al., 2005; Minayo, 2001; Oliveira et al., 2020; Pelisoli et al., 2010), as quais indicam o pai, o padrasto e amigos como os principais responsáveis pela violência sexual contra crianças e adolescentes.

Embora tenha sido possível acessar esses dados do município, entende-se que existe uma limitação em mensurar a violência sexual de maneira mais exata. Isso ocorre devido aos “tabus culturais, as relações de poder nos lares e a discriminação das vítimas como culpadas” (Minayo, 2001), por se sentirem ameaçadas ou envergonhadas, as vítimas acabam permanecendo em silêncio, assim como a família, que em algumas situações, mesmo tendo conhecimento sobre os episódios de violência, não realizam a denúncia.

Pensando sobre o predomínio da figura masculina como autores da violência sexual infantojuvenil, entende-se a necessidade em realizar uma discussão pautada no aspecto social e cultural da temática. Nesse sentido, percebe-se que entre o agressor e a vítima é estabelecida uma relação de poder desigual, em termos de autoridade e recursos psicossociais. Essa posição acompanha uma lógica construída e determinada pela cultura, que além de subjugar a criança ou adolescente a um lugar de inferioridade, seguindo uma hierarquia geracional, também se abastece de um conceito de hierarquia entre gêneros, considerando o significado social do feminino e do masculino (Ferraz et al., 2021). Dessa forma, a violência sexual contra crianças e adolescentes pode ser considerada também no contexto da violência de gênero, pois está associada tanto com as desigualdades na relação adulto-criança, quanto nas desigualdades homem-mulher, assim como afirma Saffioti (2015, p. 78):

[...] é desde criança que se experimenta a dominação-exploração do patriarca, seja diretamente, seja usando a mulher adulta [...] assim, o gênero, a família e o território domiciliar contêm hierarquias, nas quais homens figuram como

dominadores-exploradores e as crianças como elementos mais dominados-explorados.

Assim, nota-se que a desvalorização da criança e do adolescente, além de se fundamentar na mesma lógica da mulher com relação à subordinação patriarcal, se insere também em uma lógica de sociedade adultocêntrica (Ferraz et al., 2021), na qual o adulto se encontra em um lugar de poder/superioridade. Para além disso, observa-se ainda uma desordem nos papéis sociais da família, visto que, as pessoas em quem as crianças e adolescentes deveriam confiar e se apoiar são aquelas responsáveis por suas inseguranças e conflitos, o que acarreta grandes prejuízos ao seu desenvolvimento e formas de se relacionarem (Santos et al., 2012).

Um dado importante a ser compreendido e analisado refere-se ao fato de as pessoas desconhecidas estarem entre os autores que mais cometem violência sexual infantojuvenil, caracterizando-se assim, como uma violência extrafamiliar. Ainda que seja divergente dos vários estudos citados, que abordam a prevalência da violência sexual contra crianças e adolescentes no âmbito das relações familiares, é evidente que esse tipo de violência não deve ser ignorado. Sendo assim, levando em consideração que as maiores vítimas da violência extrafamiliar são adolescentes, jovens e adultas do sexo feminino e pessoas em situação de rua e/ou vítimas de exploração sexual comercial (Antoni et al., 2011), tal dado desperta questionamentos e o surgimento da hipótese de que essas crianças e adolescentes que foram vítimas de violência por desconhecidos, poderiam estar em uma situação de vulnerabilidade e risco para a violência.

Analisando os dados da Tabela 3 sobre o local de ocorrência da violência cometida contra crianças e adolescentes, observa-se que a residência é o local onde ocorre com maior frequência os casos de violência física (67,8%), psicológica/moral (74,5%), sexual (66,9%) e negligência (68,1%). Em se tratando do trabalho infantil, apesar de acontecer casos no ambiente doméstico, no município houve mais situações em via pública (41,7%).

Tabela 3

Local de ocorrência da violência cometida contra crianças e adolescentes no município de Vitória da Conquista de acordo a tipologia das notificações no período de 2020 a 2022

LOCAL DE OCORRÊNCIA	Violência Física		Violência Psicológica /moral		Violência Sexual		Negligência		Trabalho infantil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Residência	306	67,8	321	74,5	255	66,9	62	68,1	11	30,6
Escola	8	1,8	14	3,2	5	1,3	-	-	-	-
Local prática esportiva	2	0,4	-	-	1	0,3	-	-	-	-
Bar ou Similar	2	0,4	1	0,2	1	0,3	-	-	1	2,8
Via pública	69	15,3	32	7,4	36	9,4	14	15,4	15	41,7
Comércio/Serviços	2	0,4	5	1,2	5	1,3	-	-	1	2,8
Indústria/construção	2	0,4	1	0,2	1	0,3	-	-	1	2,8
Outros	9	2	25	5,8	33	8,7	2	2,2	5	13,9
Ignorado	51	11,3	32	7,4	44	11,5	13	14,3	2	5,6
Total:	451	100	431	100	381	100	91	100	36	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Os dados encontrados estão de acordo com os trabalhos de Costa et al. (2007), Brasil (2009), Cezar et al., (2017) e Oliveira et.al (2020), e revelam que a residência é o espaço onde ocorre a maior parte das situações de violência infantojuvenil. Diante desse fator, é imprescindível que seja avaliada a segurança da vítima, para que ela não seja revitimizada e vivencie novas situações de violência no ambiente doméstico. Para que isso aconteça, é necessário que ocorra o afastamento do autor da violência, seja o genitor ou outro membro familiar que resida com a vítima, pois é primordial que a criança ou adolescente permaneça em seu ambiente familiar. Entretanto, existe a possibilidade de

que os responsáveis não tenham condições de garantir a proteção das vítimas, e nesse caso, sugere-se que algum membro da família extensa desempenhe esse papel de cuidado e proteção (Brasil, 2022). O afastamento do convívio familiar e o acolhimento institucional são considerados somente em situações extremas, desde que todas as possibilidades tenham sido avaliadas e, em última instância, a criança ou adolescente ainda esteja em situação de risco.

Com base na disposição das formas de violência de acordo com a faixa etária das vítimas, na Tabela 4, verifica-se que a violência física ocorreu com maior frequência em idades entre 10-14 (n=124) e 15-19 anos (n=257), a violência psicológica/moral esteve mais presente em idades entre 5-9 (n=119), 10-14 (n=168) e 15-19 anos (n=106), a violência sexual teve uma maior ocorrência em idades entre 5-9 (n=76), 10-14 (n=168) e 15-19 anos (99), a negligência, por sua vez, foi mais recorrente em idades entre 5-9 (n=30) e 10-14 anos (n=33), e por fim, o trabalho infantil teve uma maior prevalência em idades entre 10-14 anos (n=21). Levando em consideração estes resultados, dados semelhantes foram encontrados nas pesquisas de Brasil (2021a), Cezar et al. (2017), Costa et al. (2007), Habigzang et al. (2005), Pelisoli et al. (2010) e Platt et al. (2020).

Tabela 4

Faixa etária de crianças e adolescentes vítimas de violência no município de Vitória da Conquista de acordo a tipologia das notificações no período de 2020 a 2022

FAIXA ETÁRIA	Violência									
	Violência Física		Violência Psicológica/moral		Violência Sexual		Negligência		Trabalho infantil	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
<1	14	3,1	7	1,6	7	1,8	4	4,4	1	2,8
1-4	16	3,5	31	7,2	31	8,1	13	14,3	-	-
5-9	40	8,9	119	27,6	76	20	30	33	7	19,4
10-14	124	27,5	168	39	168	44,1	33	36,3	21	58,3
15-19	257	57	106	24,6	99	26	11	12	7	19,4
Total:	451	100	431	100	381	100	91	100	36	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

De acordo com os dados acima, o maior número de notificações de violência realizadas envolveu os grupos com idades entre 5 a 19 anos, o que demonstra que a violência pode perpassar um período crucial do desenvolvimento, atravessando a maior parte da infância e da adolescência de um indivíduo. Além do expressivo número de violências que acometeram esses grupos durante a idade pré-escolar, foi registrado um número ainda maior de violência física, psicológica e sexual com crianças em idade escolar entre 10 e 11 anos. Como são sujeitos que teoricamente frequentam o ambiente escolar, entende-se a importância do papel da escola na garantia da proteção desses grupos. Segundo Brasil (2022, p. 27), “as instituições educacionais deverão se manter vigilantes a qualquer tipo de violência perpetrada contra crianças ou adolescentes”. É preciso que haja uma escuta especializada e respeitosa diante de uma revelação do(a) aluno(a), para que este(a) não seja revitimizado. Os profissionais da educação devem estar atentos à presença de dificuldades ou mudanças de comportamento, além de manter um diálogo aberto e acolhedor com os familiares/responsáveis, construindo assim “um ambiente acolhedor para que os/as alunos/as se sintam em segurança para expor os abusos sofridos, mantendo proximidade e se colocando à disposição para dialogar sobre situações que acontecem extramuros da instituição” (Brasil, 2022, p. 30).

O fato da negligência e do trabalho infantil não terem tido altos índices em comparação às outras violências é algo que precisa ser reconhecido, mas ainda assim, vale a pena provocar uma reflexão sobre as eventuais dificuldades em identificar e mensurar tais violências. Segundo Craveiro (2016), por muitas vezes não manifestarem marcas externas, elas são tidas como silenciosas, o que favorece a subnotificação e interfere na análise da situação de uma forma mais precisa. Mesmo que não se tenha marcas externas diante da complexidade do fenômeno, entende-se que a negligência e o trabalho infantil podem provocar danos tão severos quanto às demais violências.

De acordo com Minayo et al. (1997 como citado em Brasil, 2014a), o trabalho infantil faz com que as crianças e adolescentes sejam colocadas no lugar do adulto muito precocemente, o que pode ocasionar atraso ou evasão escolar e afetar o seu desenvolvimento. Nessa mesma perspectiva Alberto et al. (2020, p.132), sinalizam que:

As atividades dominantes responsáveis por guiar as principais mudanças no desenvolvimento psicológico têm estreita relação com as condições objetivas de

vida. No caso das crianças, a atividade guia se caracteriza pela atividade de estudo e a do adolescente/jovem, pela atividade de estudo profissionalizante.

Entretanto, quando crianças e adolescentes se inserem precocemente no mundo do trabalho, a atividade guia do estudo, compreendida na Psicologia Histórico-Cultural como atividade principal geradora de desenvolvimento, é substituída pela do trabalho. Em função dessa mudança, a formação da consciência, da realidade objetiva e o estabelecimento das relações sociais podem ser comprometidas, já que essas capacidades são ampliadas quando se tem o estudo e a comunicação íntima como atividades guia do processo de desenvolvimento (Alberto et al., 2020).

Um dado interessante que foi verificado consiste no número reduzido de casos de violência que acomete crianças no primeiro ano de vida. Tal observação sugere que durante esse período da primeira infância, as crianças podem estar menos propensas ao risco de violência em comparação às crianças mais velhas. Apesar desta baixa quantidade de casos constatados, identifica-se a presença da violência física (n=16) nessa faixa etária, por isso, torna-se importante mencionar a Síndrome do Bebê Sacudido, que pode ser provocada por meio da violência física praticada, principalmente, contra crianças com menos de 2 anos. De acordo com informações contidas em Brasil (2014), a Síndrome é causada por um ato de movimentação violenta da criança quando segurada pelos braços ou tronco, que provoca desde hemorragias a rompimento de fibras de tecido nervoso, podendo resultar em danos cerebrais permanentes ou mesmo levar a criança à morte.

Em virtude da ausência da descrição da categoria como *gênero* no sistema SINAN, fez-se a análise a partir da categoria *sexo*, conforme é observado na Tabela 5. De acordo com os dados descritos, a maioria dos casos registrados de violência física (67,8%), psicológica (70,3%), sexual (87,7%) e negligência (51,6%) acometeram crianças e adolescentes do sexo feminino, já as vítimas do sexo masculino foram mais frequentes em relação ao trabalho infantil (66,7%). Resultados semelhantes encontrados por outros autores corroboram com os achados desta pesquisa (Cezar et al., 2017; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021b; Habigzang et al., 2005; Oliveira et al., 2020; Pelisoli et al., 2010).

Tabela 5

Sexo de crianças e adolescentes vítimas de violência no município de Vitória da Conquista de acordo a tipologia das notificações no período de 2020 a 2022

SEXO	Violência									
	Violência Física		Violência Psicológica/m oral		Violência Sexual		Negligência		Trabalho infantil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	306	67,8	303	70,3	334	87,7	47	51,6	12	33,3
Masculino	145	32,2	128	29,7	47	12,3	44	48,4	24	66,7
Total:	451	100	431	100	381	100	91	100	36	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Os dados descritos mostram que a violência se manifesta de forma diferente entre meninos e meninas e, por isso, requer uma compreensão e análise histórica a partir dessas representações sociais. Anteriormente neste estudo, foi abordada a questão da violência sexual ser praticada principalmente por homens, iniciando, assim, a discussão sobre a relação da violência com a construção histórica e cultural da hierarquização geracional (adulto-criança) e da hierarquização entre gêneros (masculino-feminino). Tal argumento se fortalece através da ideia de Saffioti (2015), que afirma a existência de uma sociedade patriarcal e adultocêntrica, que expressa através das hierarquias, a posição social privilegiada e de dominação em que o adulto-masculino se coloca na relação com a criança-feminino.

Silva (2009), que se fundamenta no Marxismo e na psicologia histórico-cultural, elucida que o surgimento da relação de dominação entre os sexos se origina da divisão de classes e do modo de produção capitalista, o qual estabelece as relações sociais, incluindo o papel social de homem e mulher com base no princípio da propriedade privada. Segundo a autora, com o desenvolvimento tecnológico e a entrada de mulheres e crianças na indústria, “o trabalhador da fábrica homem adulto, que antes era o provedor dos meios de sobrevivência de toda a família, além de vender sua própria força de trabalho, passa então

a vender mulher e filhos” (Silva, 2009, p. 57). Isso se traduz nas relações estabelecidas a partir de uma lógica capitalista, em que se utiliza da necessidade da classe trabalhadora em vender a sua força de trabalho, tornando mulher e filhos escravos do homem (Marx, 1996/2007 como citado em Silva, 2009).

A partir dessa estrutura da sociedade capitalista, moldada a partir da premissa da propriedade privada e da luta de classes (Silva, 2009), é que se vem alimentando desde então, a opressão e o lugar de dominação e poder entre o sexo masculino e o feminino. Segundo Ferraz et al. (2021), essa lógica cultural da subordinação ao masculino e da desvalorização do feminino, integra além da mulher, as crianças e adolescentes.

Lima (2012) em conformidade com Ferraz et al. (2021), determina que a construção do significado do masculino e do feminino transcorre desde a infância à vida adulta. As meninas são encorajadas a desenvolver características que remetem a passividade, desenvolvendo comportamentos mais dóceis e incentivadas à brincadeiras que envolvam o cuidado, enquanto os meninos são estimulados à condutas mais agressivas, desenvolvimento de características mais livres, com brincadeiras que envolvam aventura e independência. Quando se encontram na vida adulta:

Às mulheres é reservado o trabalho doméstico dado o seu papel de mãe e a necessidade de cuidar dos filhos. Em contrapartida, ao homem fica reservado o sustento da família através de seu trabalho fora de casa, ou seja, para ele é reservado o espaço público. Nesse cenário, em que à mulher se reserva o espaço doméstico e ao homem o público vê-se o resultado da história sendo naturalizado (...) O homem ao ser detentor de poder econômico frente a mulher, que tem somente a si os afazeres domésticos sem remuneração, se mune de um poder social sobre a mulher, situando-a numa esfera de subordinação a ele (Lima, 2012, p.56)

Ao que se observa, “a identidade social de homem e mulher vai sendo construída ao longo do tempo, ou seja, nasce-se macho ou fêmea e através da educação torna-se homem ou mulher” (Lima, 2012, p.56). Sendo que essas representações sociais podem influenciar diretamente nas oportunidades e vivências que cada sujeito pode ter, a partir da sua constituição social enquanto homem e mulher. A partir desse pressuposto, torna-se possível analisar, também, os dados que se referem à maior parte das vítimas de trabalho infantil terem sido meninos. Alberto et al. (2010) explicam que essa diferença pode ocorrer pelo fato dos meninos estarem mais inseridos na rua, em atividades que requerem um esforço físico que não é atribuído às meninas, e estas encontram-se em sua

maioria exercendo atividades domésticas. Segundo as autoras, quando ambos estão exercendo atividades na rua, a questão do gênero também aparece, pois “há uma diferenciação que hierarquiza as atividades: isto é de menino, aquilo é de menina. Tudo o que na rua é hierarquicamente inferior é destinado à menina e o que requer força, ‘esperteza’ é destinado aos meninos” (Alberto et al., 2010, p.67). Como por exemplo, os meninos realizam tarefas de entrega, transportar carro de mão, descarregar carros, e as meninas desempenham tarefas como vendas ou estão em situação de exploração sexual.

Além de terem os seus direitos violados, crianças e adolescentes podem ter grandes implicações em seu desenvolvimento psicossocial e escolar ao serem expostas ao trabalho de maneira precoce. Alberto e Santos (2011) encontraram em sua pesquisa os principais riscos à saúde desses indivíduos, tais como: o risco psicológico de caráter cognitivo e afetivo-emocional e riscos físicos, o que significa dificuldades na aprendizagem e no desempenho escolar, como déficits na leitura, no uso da linguagem formal, dificuldades de abstração e de imaginação. Apresentam também dificuldades no modo de se relacionarem, o medo da perda da infância e de tornarem-se adultos prematuramente, presença de sentimento de incapacidade, além de poderem desenvolver doenças, devido à exposição a altas temperaturas, poluição, vírus, jornadas prolongadas e posições que exigem maior esforço físico.

Além disso, é fundamental acrescentar o fator econômico como um agravante para a questão do trabalho infantil. Alberto et al. (2020) revelam que o envolvimento de crianças e adolescentes no trabalho de maneira precoce deve-se principalmente ao contexto de vulnerabilidade socioeconômica nos quais estão inseridos. Esses sujeitos são vítimas constantes da baixa condição socioeconômica das famílias e da ausência de infraestrutura e políticas públicas de proteção efetivas, que possam retirá-los da condição de trabalho e garantir condições dignas de sobrevivência, direitos educacionais e do bem-estar biopsicossocial. Muitas vezes, na ausência da garantia desses direitos, além da exposição aos trabalhos já citados, as crianças e adolescentes encontram-se em risco, também, para o envolvimento em atos infracionais, como o tráfico de drogas.

Por fim, na Tabela 6 apresenta-se os dados referentes à raça/cor de crianças e adolescentes e os tipos de violência sofrida. Observa-se que crianças e adolescentes pardas foram as maiores vítimas de todas as violências: física (59,4%), psicológica (58,7%), sexual (60,6%), negligência (56%) e trabalho infantil (72,2%). Tais dados coincidem com resultados encontrados em outras pesquisas (Camargo et al., 2005; Costa

et al., 2007; Oliveira et.al, 2020), as quais evidenciam as crianças e adolescentes pretas e pardas como as principais vítimas de violência no Brasil.

Tabela 6

Raça/cor de crianças e adolescentes vítimas de violência no município de Vitória da Conquista de acordo a tipologia das notificações no período de 2020 a 2022

RAÇA/ COR	Violência Física		Violência Psicológica/moral		Violência Sexual		Negligência		Trabalho infantil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Branco	73	16,2	90	20,9	66	17,3	21	23,1	2	5,6
Preto	51	11,3	45	10,4	48	12,6	11	12,1	2	5,6
Pardo	268	59,4	253	58,7	231	60,6	51	56	26	72,2
Amarelo	10	2,2	8	1,9	7	1,8	-	-	1	2,8
Indígena	3	0,7	8	1,9	13	3,4	1	1,1	1	2,8
Ignorado	46	10,2	27	6,3	16	4,2	7	7,7	4	11,1
Total:	451	100	431	100	381	100	91	100	36	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Ao analisar a realidade brasileira, por meio de uma perspectiva histórica, é evidente observar as marcas deixadas pelo período colonial e escravista. O fato da população infantojuvenil preta/parda estar sujeita a todo tipo de violência é resultado desse longo processo histórico de opressão, humilhação e desumanidade. Segundo Del Priore (2010) às crianças e adolescentes pretas da época colonial, eram subjugadas à uma posição de inferioridade e objetificação e, assim como os pais, elas eram consideradas como mercadorias, sendo comercializadas e escravizadas. De acordo com Eufrazio

(2022), naquele tempo não havia distinção entre crianças, adolescentes e adultos e, por essa razão, todos estavam sujeitos aos mesmos castigos físicos, o que resultava com frequência em suas mortes. Considerando a situação de extrema vulnerabilidade e condições sub-humanas às quais os filhos estavam submetidos, também os pais acabavam vendo, na morte, uma possibilidade de libertá-los.

Como as crianças pretas poderiam acompanhar as suas mães até completarem sete anos de idade, elas partilhavam dos mesmos espaços das famílias dos senhores de engenho, e mesmo com essa proximidade, como mostra Camargo et al. (2005), não eram evitadas de serem expostas a diferentes violações. Eram submetidas a sobrecargas de trabalho, serviam como objeto para as crianças brancas se divertirem, quando estas, por exemplo, montavam em suas costas para brincar, além de serem vítimas constantes de violência sexual. Seja qual fosse o meio, crianças e adolescentes eram alvos de episódios de humilhação e sofrimento, eram consideradas moeda de troca e abandonadas de forma compulsória por seus pais, “a perversidade era tanta que até a alforria dos pais as prejudicava, pois muitas vezes elas não podiam acompanhá-los” (Rocha, 2022, p.251).

Analisando o processo histórico da violência a qual crianças e adolescentes pretas foram submetidas, nota-se que algumas dessas violências sofreram, ao longo do tempo, reconfigurações contextuais, no entanto, outras ainda hoje permanecem tal qual ocorreram durante o período colonial. Essas análises revelam as profundas raízes deixadas por mais de trezentos anos de escravidão. Conforme alguns autores asseveram (Camargo et al., 2005; Eufrazio, 2022; Rocha, 2022), mesmo com os avanços em relação às políticas públicas e os direitos sociais; crianças e adolescentes pretas permanecem sendo vítimas da discriminação racial e da violência. Rocha (2022, p. 254), afirma que “após a abolição da escravatura, em 1888, a vida das crianças pretas e de suas famílias tem a exclusão e a violência redesenhadas sobre o manto de uma liberdade falseada e substituída por novos mecanismos racistas de genocídio”.

Ao analisar os índices de mortalidade infantojuvenil, Camargo et al. (2005), encontram as crianças pretas como as maiores vítimas da mortalidade infantil por doenças decorrentes de más condições de vida e os adolescentes pretos compreendendo a maior taxa de mortalidade por homicídio no país. Ao que se percebe, condições de vida precária, exclusão social, violência e a naturalização da morte de crianças e adolescentes pretas, são consideradas evidências inteligíveis da manutenção do racismo estrutural na sociedade contemporânea. Mesmo que tenha ocorrido ao longo dos anos, vários avanços

em relação às políticas sociais de proteção às crianças e adolescentes no Brasil, ainda é limitada a discussão sobre os marcadores sociais de raça, classe e gênero para a concretização dessas políticas.

Para concluir, diante das informações encontradas e discutidas neste capítulo, percebe-se que a violência física, psicológica e sexual foram as mais notificadas dentro do município, envolvendo grupos de crianças e adolescentes com idades entre 5 e 19 anos e em sua maioria parda. As crianças e adolescentes do estudo foram as maiores vítimas de violência intrafamiliar, pois as agressões foram realizadas principalmente pela mãe, pai e padrasto na residência da vítima. As crianças e adolescentes do sexo feminino foram as principais vítimas de violência física, sexual, psicológica e negligência, e as do sexo masculino foram as vítimas mais frequentes do trabalho infantil. Com relação aos autores dos casos de violência sexual, os homens foram os principais agressores.

É preciso ressaltar duas informações importantes com relação aos resultados deste estudo: 1) existe a possibilidade de que tenha tido casos subnotificados, pois frequentemente as vítimas e suas famílias não realizam a denúncia por medo e pela impunidade dos agressores; e 2) houve um número expressivo de casos ignorados nas categorias relacionadas a *autor da violência* (Tabela 2.), *local de ocorrência* (Tabela 3.) e *raça/cor* (Tabela 6.) das vítimas, o que sugere uma possível inadequação quanto ao preenchimento das fichas de notificação no sistema do SINAN.

Diante do exposto, nota-se que apesar da evolução histórica da sociedade, os fatores sociais e culturais ainda continuam sustentando a violência cometida contra crianças e adolescentes. Foi observado que a violência se manifesta de forma diferente entre o gênero feminino e masculino, que a desvalorização da criança e do adolescente, além de se fundamentar na mesma lógica da mulher com relação à subordinação patriarcal, se insere também em uma lógica de sociedade adultocêntrica, na qual o adulto se encontra em um lugar de poder/superioridade. A violência infantojuvenil está sujeita não somente a ideia de hierarquização geracional (adulto-criança) e hierarquização entre gêneros (masculino-feminino), mas também as desigualdades sociais e raciais. Entende-se com isso, que a violência contra crianças e adolescentes não é resultado de um fator natural, mas é consequência de um processo histórico e cultural, que precisa ser considerado como um grave problema social e deve ser combatido.

Por fim, entende-se que crianças e adolescentes vivenciam realidades distintas e para inteirar-se sobre suas necessidades, antes de tudo, é preciso compreender qual é o

lugar que esse sujeito ocupa na sociedade. Dessa forma, é essencial que sejam promovidas discussões de maneira mais concreta sobre os efeitos do racismo, do machismo e das desigualdades sociais nas diferentes infâncias e adolescências, para que assim, seja possível traçar metas de enfrentamento mais contextualizadas às diferentes situações, de modo que os direitos dessa população possam ser assegurados.

CAPÍTULO V

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL COM FOCO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA - BAHIA

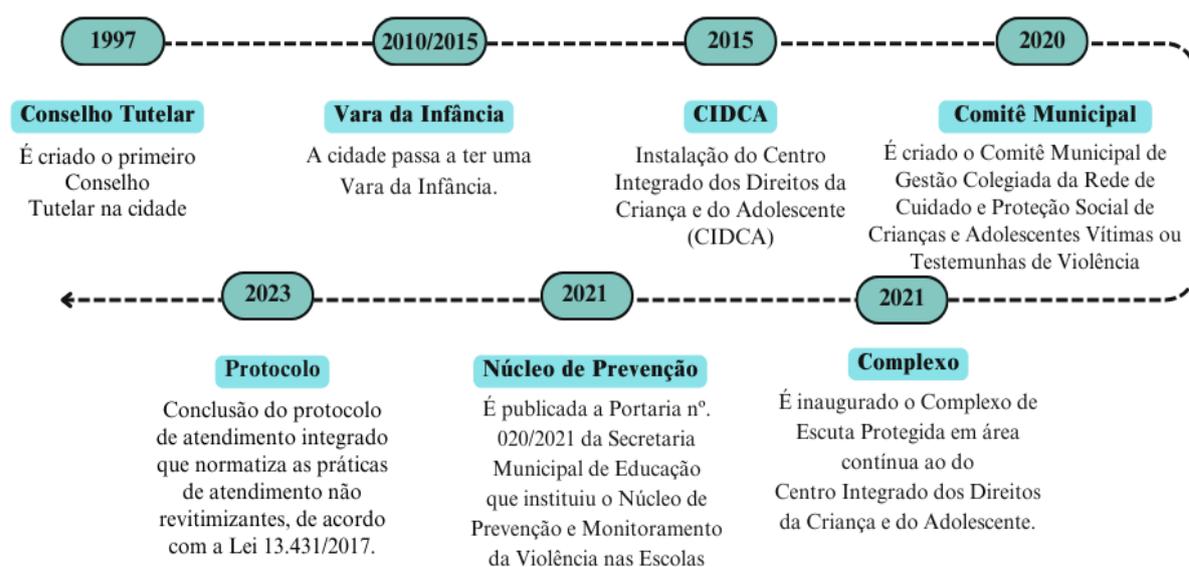
*Se alguém te fez sofrer,
Não fique com isso somente para você,
Fale com alguém que confia,
Esse vai saber o que fazer.*

(PERDA SÚBITA; Juliana Sales e Maria Nascimento, 2020)

Ao longo deste estudo foram abordados vários fatores que correspondem ao modo como a violência atravessa a infância e a adolescência: como ela veio se construindo historicamente, a relação com os marcadores sociais de classe, raça e gênero, as possíveis consequências para o desenvolvimento saudável e a importância da garantia dos direitos dessa população. Inteirando-se sobre a realidade do município de Vitória da Conquista na Bahia, observa-se consideráveis avanços com relação ao desenvolvimento e consolidação das leis em defesa dos direitos e proteção de crianças e adolescentes (Brasil, 2023). Alguns dos marcos conquistados podem ser vistos na linha do tempo a seguir (Figura 7):

Figura 7

Marco temporal do município de Vitória da Conquista em defesa dos direitos e proteção de crianças e adolescentes



Fonte: adaptado com base em Brasil (2023)

Todos estes acontecimentos tiveram fundamental importância nas melhorias alcançadas pelo município em busca da garantia dos direitos pela proteção integral de crianças e adolescentes. Contudo, como este capítulo tem como foco as políticas públicas de saúde mental, em especial o acesso de crianças e adolescentes vítimas de violência ao atendimento psicoterapêutico, compete explorar os marcos citados referente ao Centro Integrado dos Direitos da Criança e do Adolescente (CIDCA) e o Complexo de Escuta Protegida, com a intenção de contextualizar sobre a atual conjuntura em relação à assistência psicológica voltada a esse público.

De acordo com Santos et.al (2023b), o CIDCA foi um dos primeiros espaços do país a concretizar o teor apresentado no Art.70-A, inciso VI do ECA, que sugere a necessidade da

promoção de espaços intersetoriais locais para a articulação de ações e a elaboração de planos de atuação conjunta focados nas famílias em situação de violência, com participação de profissionais de saúde, de assistência social e de educação e de órgãos de promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente (Brasil, 1990, p.51).

Em suas instalações são disponibilizados os seguintes serviços socioassistenciais e jurídicos à comunidade: Conselho Tutelar, CREAS, Vara da Infância e Juventude para a área de proteção, Ministério Público, Defensoria Pública, Complexo de Escuta Protegida, Serviço Família Acolhedora, Núcleo da Fundação da Criança e do Adolescente (FUNDAC), Conselho Municipal Direitos da Criança e do Adolescente (COMDICA), Conselho Municipal da Assistência Social e Brinquedoteca da área da Educação (Brasil, 2023). Não obstante, em se tratando do acompanhamento psicológico às crianças e adolescentes em situação de violência, não existe um espaço no CIDCA que ofereça este serviço. Existe o acolhimento, o atendimento psicossocial e ações de promoção à saúde mental, mas um espaço para o atendimento em psicoterapia é inexistente.

O Complexo de Escuta Protegida está inserido dentro do CIDCA e se articula com os demais setores existentes no local. É um espaço que materializa a Lei da Escuta Protegida (Lei 13.431/2017), levando em conta que “o propósito central da lei é evitar a revitimização de crianças e adolescentes, articulando as políticas, melhorando o acesso ao sistema de justiça e aperfeiçoando a produção de provas, ao mesmo tempo que se garante a proteção integral” (Brasil, 2023, p.33). Dessa forma, o depoimento especial da

criança ou adolescente que sofreu algum tipo de violência é coletado neste espaço, evitando que ela seja revitimizada. Na prática, isso significa “que essas crianças e adolescentes podem relatar o que testemunharam ou viveram uma única vez, num ambiente adequado, sem o risco de serem expostas a situações ou falas constrangedoras e revitimizantes” (Brasil, 2023, p. 44). Apesar do Complexo ser um espaço voltado à escuta de crianças e adolescentes vítimas de violência, existe uma carência local para a oferta do acompanhamento psicológico a essa população. Ao analisar os materiais atualizados que fazem referência ao CIDCA e ao Complexo (Brasil, 2023; Santos et al., 2023a, 2023b), observa-se que todos eles especificam sobre o acompanhamento psicológico como parte necessária do fluxo de atendimentos às crianças e adolescentes vítimas de violência. Porém, apesar de idealizado, o serviço de assistência psicológica ainda não foi oferecido a essa população.

Em face do exposto, entende-se a necessidade em realizar uma análise mais aprofundada e conhecer as práticas de políticas públicas de saúde mental voltadas às crianças e aos adolescentes vítimas de violência no município. Em razão disso, será apresentado neste capítulo o material produzido a partir de uma entrevista realizada com a coordenadora administrativa de um Programa de Extensão, da cidade de Vitória da Conquista, na Bahia. A coordenadora ocupa este cargo desde o ano de 2017 até o momento da entrevista e será identificada no decorrer deste capítulo com o termo Coordenadora, com a finalidade de preservar a identidade da entrevistada. Como forma de ilustrar sobre as atribuições do seu cargo, segue um trecho da sua fala durante a entrevista:

Do ponto de vista da coordenação administrativa eu vou tentar fazer, dar as orientações para toda a equipe [...] a função de coordenação vai ser estabelecer a relação externa do núcleo com os outros espaços [...] também externamente a gente vai integrar a rede, então assim, na função de coordenação eu vou ocupar uma cadeira dentro dessa representação. Então, todas as reuniões da rede a gente tem que participar. O Programa de extensão, ele formalmente, do ponto de vista legal, tem uma lei municipal, que foi criado um comitê específico de escuta, para composição de todo fluxo e protocolo da escuta protegida, então a gente formalmente [...] tem uma vaga nesse comitê, então eu vou fazer essa representação externa dentro desse comitê [...] Também por conta de estar na coordenação, fiquei como vice-presidente da Comissão de Direito da Criança e do

Adolescente da OAB, e aí a gente vai, então, participar de reuniões do COMDICA [...] e internamente, essas demandas mais no sentido de operacionalizar, né, entender o que a gente precisa do ponto de vista de recursos materiais ou físicos (Coordenadora, 2023).

Para a análise do material produzido na entrevista, considera-se para este estudo a metodologia dos núcleos de significação propostos por Aguiar e Ozella (2006), como forma de apreender os sentidos e significados produzidos sobre as políticas públicas de saúde mental voltada a crianças e adolescentes vítimas de violência no município. O processo de análise ocorreu da seguinte maneira: 1) Após a transcrição da entrevista, realizou-se leituras flutuantes do material para conhecer o conteúdo em busca da identificação dos pré-indicadores, que consiste em trechos de falas que apresentam uma “maior carga emocional ou ambivalências” (Aguiar & Ozella, 2006, p. 309); 2) Agrupou-se os pré-indicadores de modo a definir os indicadores de acordo à similaridade, complementaridade ou contraposição (Aguiar & Ozella, 2006) e 3) Realizou-se a articulação dos indicadores para a organização e nomeação dos núcleos de significação, utilizando-se como critério “a articulação de conteúdos semelhantes, complementares e/ou contraditórios” (Aguiar & Ozella, 2006, p. 310). Como uma forma de facilitar a compreensão, após o agrupamento dos pré-indicadores (trechos das falas), foram definidos os indicadores e os núcleos de significação, sendo estes últimos dispostos na Figura 8, a seguir:

Figura 8

Nomeação dos núcleos de significação a partir dos indicadores

Indicadores	Núcleos de Significação
1. Objetivos da instituição 2. Perspectiva de atuação interdisciplinar 3. Processos de trabalho da instituição	1.Funcionamento da instituição
4. Estrutura da rede de atenção à criança e adolescente 5. Comunicação entre os serviços	2.(Des)articulação da

6. Recebimento dos encaminhamentos (de onde vem?) 7. Encaminhamentos para outros serviços (para onde vai?)	rede/dos serviços
8. Dificuldades na instituição 9. Falta de espaços físicos para psicoterapia no município 10. Necessidade e ausência de acompanhamento psicológico no município 11. Falhas estruturais e procedimentais dos serviços 12. Ausência de políticas públicas de saúde mental com foco em crianças e adolescentes vítima de violência	3.Fragilidades na rede de proteção às crianças e adolescentes vítimas de violência
13. Formas de minimizar os entraves (firmar parcerias) 14. Aprimoramento e humanização nas condutas dos profissionais 15. Atenção aos aspectos sociais e culturais em relação à violência 16. Orientações aos usuários	4.Necessidade de fortalecimento de ações e serviços

Fonte: elaborado a partir dos dados da pesquisa

Ao observar o quadro acima, nota-se que ao percorrer as etapas descritas anteriormente, resultaram-se os seguintes núcleos de significação para análise: 1) Funcionamento da instituição; 2) (Des)articulação da rede/dos serviços; 3) Fragilidades na rede de proteção à crianças e adolescentes vítimas de violência; e 4) Necessidade de fortalecimento de ações e serviços. A análise e discussão sobre estes núcleos, serão realizadas nos subitens à frente.

5.1 FUNCIONAMENTO DA INSTITUIÇÃO

O programa de extensão integra a Rede de Atenção e Defesa da Criança e do Adolescente no município, promovendo ações multidisciplinares em prol do fortalecimento do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente na cidade. O núcleo “funcionamento da instituição”, corresponde ao modo de funcionamento do Programa e para a sua construção foram considerados os indicadores: *objetivos da instituição, perspectiva de atuação interdisciplinar e processos de trabalho da instituição.*

De acordo com a Coordenadora, o Programa se fundamenta em uma perspectiva de cumprir três objetivos ou missões, a saber: formação, prevenção e atendimento. Assim, a instituição propõe uma articulação com o ambiente acadêmico, auxiliando no processo de formação dos estudantes através das vivências da instituição; procura desenvolver ações dentro do município que possam impactar e reduzir os índices de violência contra crianças e adolescentes com o intuito de fortalecer, também, as práticas de proteção dos seus direitos; além de proporcionar um espaço de atendimento à essa população.

O Programa atua em uma perspectiva interdisciplinar, isso quer dizer que as ações voltadas às crianças, aos adolescentes e suas famílias são planejadas e desenvolvidas através da articulação entre os diferentes profissionais do serviço. A coordenadora exemplifica que quando um familiar chega ao Programa, ele é atendido uma única vez pelos profissionais das três áreas distintas - direito, assistência social e psicologia -. O intuito é que seja promovido um espaço muito mais voltado à escuta do que a realização de várias intervenções; e que, no momento em que o usuário esteja fazendo o seu relato, o tempo seja aproveitado pelos profissionais para realizar as orientações, otimizando este tempo e evitando a revitimização desse sujeito. A coordenadora reconhece que o modelo de atuação interdisciplinar tem sido o mais eficiente e tem favorecido a população que procura o serviço:

A gente atende em uma perspectiva do que a gente pode fazer de mais adequado, o que a gente pode orientar, o que pode surtir de mais efeito no atendimento dessa demanda. Até então, a gente tem entendido que tem que ser numa perspectiva interdisciplinar (Coordenadora, 2023).

Tal perspectiva está de acordo ao pensamento de Melo et al. (2020), em que atestam que uma abordagem pautada na interdisciplinaridade promove resultados mais significativos, uma vez que condutas profissionais realizadas de maneira isolada são insuficientes para atender demandas de enfrentamento às situações de violência de crianças, adolescentes e suas famílias.

Como uma forma de ilustrar sobre como funciona a condução dos atendimentos à criança ou ao adolescente e sua família, a coordenadora explica que ao receber o usuário e sua família é realizada a escuta e as orientações necessárias. Naquele momento, quando se percebe algum tipo de sofrimento na criança ou adolescente a/o profissional da psicologia faz o contato direto e, a partir disso, o Conselho Tutelar também é informado. Após esses atendimentos é realizado um estudo de caso com a participação de todos os

profissionais envolvidos, a fim de promover ações que garantam uma atenção especializada à criança ou ao adolescente e sua família. Alguns exemplos de atividades propostas pelo Programa são: planejamento de trabalho com base na psicoterapia breve, orientações parentais aos familiares, oficinas abordando diferentes temáticas - parentalidade, questões étnico-raciais - e ações dentro das escolas.

Em se tratando da atuação da/o psicóloga/o na instituição, a coordenadora esclarece:

Na perspectiva da gente de interdisciplinaridade, significa que a profissional chega e ainda não está no momento de ouvir a criança. A gente ainda precisa fazer o atendimento com a família. Esse profissional da psicologia ele vai participar desses atendimentos, então às vezes, o período de três meses é o tempo que você vai ouvir o genitor, a genitora, ouvir o padrasto, ouvir a avó, fazer uma visita psicossocial, fazer uma visita institucional na escola, entender o contexto dessa criança, para que a partir desse contexto, o profissional da psicologia possa pensar qual a melhor abordagem que ele pode desenvolver com a criança ou adolescente e construir uma proposta de trabalho (Coordenadora, 2023).

A participante acrescenta que observou no atendimento em psicoterapia breve, um modo de trabalho significativo e potente. Ela revela que quando um profissional tinha conhecimento sobre esse modelo de atendimento conseguia desenvolver um trabalho possível com crianças e adolescentes vítimas de violência. Ressalta-se que a psicoterapia breve também foi recomendada por Santos et al. (2023a; 2023b), para o atendimento com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e seus familiares no futuro Núcleo de Psicologia da Criança e do Adolescente (NPCA) do município.

Segundo a coordenadora, o trabalho da psicologia na instituição não segue uma abordagem de investigação, no sentido de constatar se houve ou não a violência, mas parte de uma perspectiva de compreender sobre a possibilidade de uma resignificação da situação de violência naquele momento. Se ao passar por todos os atendimentos, incluindo o da psicologia, perceber-se que a criança ou adolescente ressignificou aquela situação, entende-se que o serviço cumpriu o seu papel. Por outro lado, se ao realizar as escutas, orientações e intervenções se percebe que a situação de violência foi contornada, mas que existe uma situação pontual que precisa de algum acompanhamento, caso tenha uma/o profissional da psicologia, é realizado o atendimento no Programa, e caso não tenha, é feito o encaminhamento para outro serviço; e a depender da situação de

vulnerabilidade da família, a profissional da assistência social do Programa é quem vai intermediar os contatos entre a rede, buscando encontrar um serviço que tenha disponibilidade de ofertar, naquele momento, o atendimento que a família necessita.

Ao que se observa, é possível compreender que ao desenvolver um trabalho articulado e integrado, os profissionais tendem a ter práticas muito mais assertivas e correspondente à realidade de quem procura o Programa, garantindo, dessa forma, a atenção e desenvolvimento integral de crianças e adolescentes vítimas de violência, visto que, quando ocorre a integração entre os profissionais de um serviço através de uma atuação interdisciplinar, é possível otimizar a sua atuação e assegurar um atendimento de qualidade às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência (Melo et al., 2020).

5.2 (DES)ARTICULAÇÃO DA REDE/DOS SERVIÇOS

O núcleo correspondente diz respeito à (des)articulação da rede/dos serviços direcionados às crianças e aos adolescentes vítimas de violência no município e, para a sua construção, foram considerados os seguintes indicadores: *estrutura da rede de atenção à criança e adolescente, comunicação entre os serviços, recebimento dos encaminhamentos (de onde vem?) e encaminhamentos para outros serviços (para onde vai?)*.

O Programa de extensão integra a Rede de Atenção e Defesa da Criança e do Adolescente, que é uma rede que tem origem a partir de uma lei municipal e corresponde aos contatos estabelecidos entre os diversos setores responsáveis pela atenção integral. A Rede é materializada em um espaço físico, com um setor específico que recebe este mesmo nome:

[...] Ela reúne, como se fosse um espaço em que catalogou, cadastrou, diversas instituições de organização civil da sociedade, organizações governamentais e não governamentais, que tem atuação específica na área da defesa da criança e do adolescente (Coordenadora, 2023).

A Rede de Atenção integra setores diversos, a exemplo da Pastoral da Criança, do Núcleo de Defesa da Criança e do Adolescente da Polícia Civil, dos Conselhos Tutelares, da segurança pública, dos serviços da justiça, do Ministério Público e da Defensoria Pública da Criança e do Adolescente. Todos esses atores têm um espaço de representação dentro da Rede de Atenção, na qual busca-se realizar todas as discussões necessárias para a promoção dos direitos da criança e do adolescente, além do enfrentamento às situações

de violência. A Rede de Atenção estabelece sempre contato com os responsáveis por cada um desses setores para realizar as reuniões periódicas, em busca da criação de estratégias para resolver alguma pauta necessária referente à garantia da proteção às crianças e aos adolescentes.

De acordo com a coordenadora, a atual gestão do município tem desempenhado um trabalho para viabilizar a articulação dos serviços que compõem a Rede de Atenção às crianças e aos adolescentes vítimas de violência, com a proposta do Fluxo de Atendimento Integrado à Crianças e Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência e o Protocolo Unificado de Atendimento Integrado à Crianças e Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência, os quais serão melhor descritos posteriormente.

O município parte do entendimento que a rede da saúde, da assistência social e da educação são bastante extensas e reconhece a necessidade de ampliar o diálogo entre esses diversos setores para que os usuários não se percam nessas redes. A coordenadora assevera que é preciso que haja comunicação entre todos esses agentes. Se manterem atentos sobre a melhor forma de condução das suas práticas e se informar sobre o modo de realizar os encaminhamentos é uma forma de favorecer o funcionamento dos serviços para que a criança ou adolescente não desapareça dentro da rede.

Como o Fluxo e o Protocolo surgem como uma proposta ainda inicial, esse diálogo e essa comunicação ainda são bastante fragilizados. A perspectiva é de que a partir da consolidação destes instrumentos, as equipes sejam devidamente instrumentalizadas sobre a sua atuação e sobre os procedimentos a seguir. A coordenadora tem expectativa de que as orientações do protocolo sejam efetivadas pelos profissionais, para que a intercomunicação possa beneficiar e atender crianças e adolescentes vítimas de violência, de maneira integrada.

Mesmo que em momento anterior ao Fluxo e ao Protocolo já existissem orientações dentro da rede, percebe-se que é muito frágil o cumprimento dessas orientações, que inclui a interação entre os serviços, algo que tem sido fonte de grande dificuldade com interferência na garantia do atendimento às crianças, aos adolescentes e suas famílias em situação de violência. Dessa forma, o que se observa é que a articulação entre os diferentes setores da assistência social, da rede da saúde e da coordenação de saúde mental não é considerada, até então, consistente.

Com relação aos encaminhamentos (de onde vem?), o Programa os recebe, principalmente, do Conselho Tutelar e em menor quantidade recebe demandas de maneira

direta da justiça - juiz, promotor, delegado -. De acordo com a coordenadora, o processo de encaminhamentos por meio do Conselho Tutelar ocorre da seguinte maneira: Ao ser identificada alguma suposta situação de violência em um determinado serviço, o Conselho é notificado e este tem o poder de aplicar algumas medidas às famílias, o que é permitido com base no ECA. Então, o Conselho Tutelar encaminha essas famílias, por exemplo, ao Programa de extensão. Uma vez encaminhadas, as famílias têm a obrigação de comparecer à instituição. Elas vindo ou não, o fato precisa ser comunicado ao Conselho Tutelar. Em caso de não comparecimento, o Conselho Tutelar comunica ao Ministério Público que a família não se vinculou ou não compareceu e, a partir deste momento, o Ministério Público toma as medidas cabíveis, de intimação ou de convocação para prestar orientações à família.

Em se tratando dos encaminhamentos (para onde vai?), diante da necessidade e da demanda dos usuários, o Programa busca se informar sobre quais são os espaços que desenvolvem determinado serviço que a criança, o adolescente ou familiar necessita e realiza o encaminhamento. Para demandas de atendimento em psicoterapia ou assistência médica (psiquiatria, por exemplo) eram realizados encaminhamentos para o Centro de Atendimento Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPS IA), mas devido às altas demandas, o CAPS IA não tem atendido esses usuários. Então, os encaminhamentos para atendimento em psicoterapia, por exemplo, são feitos principalmente para as instituições de ensino que oferecem atendimentos - como os serviços-escolas das faculdades e universidades - e, para outras demandas de atendimento, o Programa tenta contactar serviços que prestam a assistência que o usuário necessita e efetua essa comunicação e encaminhamento.

5.3 FRAGILIDADES NA REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

O presente núcleo corresponde às fragilidades na rede de proteção às crianças e adolescentes vítimas de violência no município e, para a sua construção, foram considerados os indicadores: *dificuldades na instituição, falta de espaços físicos para psicoterapia no município, necessidade e ausência de acompanhamento psicológico no município, falhas estruturais e procedimentais dos serviços e ausência de políticas públicas de saúde mental com foco em crianças e adolescentes vítima de violência.*

Em se tratando das dificuldades enfrentadas no Programa, a coordenadora revela que, após o período da pandemia, a instituição vem enfrentando algumas dificuldades. Os

problemas estão relacionados às questões de estrutura física e de equipe; e, por conta disso, foi preciso informar ao Conselho Tutelar - que é a principal fonte dos encaminhamentos que chegam ao serviço - que não estariam recebendo novas demandas até que sejam concluídas as que possuem. Ela ainda pontua que o Programa não conta com um/a profissional de psicologia de maneira contínua, sendo que a função está sem um/a profissional psicólogo/a desde o ano de 2022.

A coordenadora fala sobre a ausência de serviços que ofereçam psicoterapia para crianças e adolescentes vítimas de violência no município. Apesar do Programa realizar atendimentos, ele não é um setor designado para atender demandas municipais. Isso quer dizer que o Programa oferece atendimento, mas não tem uma obrigação legal no sentido de receber encaminhamentos de outros espaços da rede:

[...]se não as pessoas podem entender que aqui é um espaço de obrigação de atendimento, porque no município não tem espaço pra fazer psicoterapia com a criança ou adolescente que foi vítima de violência, então o Programa não tem a obrigação, não é essa a perspectiva. Não é espaço de atendimento para atender uma demanda que o município, por obrigação legal, deve atender. É um espaço que vai auxiliar o município e outros municípios (Coordenadora, 2023).

De acordo com a coordenadora, um espaço para acompanhamento psicológico de crianças e adolescentes vítimas de violência é uma grande necessidade do município. Ainda que o Programa realize alguns atendimentos, ele não consegue dar conta da alta demanda, pois não possui recursos necessários para esse acompanhamento - estruturais, profissionais-, então, muitas vezes a alternativa encontrada é encaminhar os usuários para as clínicas-escola, porém este serviço também não consegue suprir essa necessidade. Com isso, percebe-se que o acesso ao acompanhamento psicológico desse público no município é deficitário e inexistente. Nem mesmo o Complexo da Escuta Protegida, que é voltado à essa população, não dispõe de um local para esse tipo de atendimento:

Existe um complexo que é extremamente necessário [...], mas, não tem espaço para depois que essa criança ou adolescente serviu a prova [...] após essa criança ou adolescente ser ouvido para prova, não existe dentro do sistema um local em que ela vá ser encaminhada para acompanhamento. Ela serviu de prova, ela foi acolhida e ela continuará sendo acolhida [...], mas o acompanhamento ele tem todo um planejamento [...] e deixou para um momento futuro a questão do acompanhamento (Coordenadora, 2023).

De acordo com um dos documentos divulgados pelo município (Brasil, 2023), pretendia-se ofertar o serviço de acompanhamento psicológico no CIDCA, mais especificamente no Complexo de Escuta Protegida, até o final do ano de 2023. A proposta visa a construção do Núcleo de Psicologia da Criança e do Adolescente (NPCA), instituído pela Portaria nº 036/2023 – GAB/SMS, que quando concretizado, será responsável em oferecer atendimento psicológico às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e seus familiares.

Os casos identificados por meio das unidades socioassistenciais da Rede de Cuidado e Proteção Social deverão ser encaminhados para o NPCA, onde irão contar com o acolhimento emocional, apoio e acompanhamento psicológico clínico, de modo a “favorecer a ressignificação das experiências de violência, possibilitando mudanças, reconstrução e atualização do seu autoconceito” (Santos et al., 2023a, p. 43; 2023b, p. 113). De forma elucidativa, as atividades do NPCA consistirão em disponibilizar “acolhimento inicial, atendimentos individuais e em grupo, orientações e encaminhamentos ao paciente, orientações aos familiares/responsáveis, elaboração de relatórios e prontuários, estudos e discussão dos casos em equipe e busca ativa telefônica” (Santos et al., 2023b, p. 113). Segundo Santos et al. (2023a; 2023b), é recomendado que a atuação da/o psicóloga/o no NPCA seja embasada na modalidade de atendimento em Psicoterapia Breve e orientação, no entanto, pondera que a/o profissional, assim como a pessoa atendida, tem liberdade para realizar adaptações necessárias sobre a modalidade em relação à demanda, pois

Considera-se que o prazo sugerido referente ao tempo da psicoterapia e o número de sessões de cada caso serão avaliados pela perspectiva da singularidade de cada criança e adolescente, conforme os relatórios que serão emitidos pelos psicólogos do serviço, podendo haver alterações tanto no limite de consultas e até mesmo no prazo estabelecido, para aumentar ou diminuí-lo após criteriosa avaliação (Santos et al., 2023b, p. 113).

A coordenadora aponta sobre algumas falhas estruturais e procedimentais que ocorrem nos serviços. Tais questões dizem respeito à atuação profissional, à função do serviço ou mesmo aos processos de trabalho, pois muitas vezes os próprios serviços e profissionais não sabem o seu papel e não tem um conhecimento bem delineado sobre os procedimentos que desenvolvem. O Fluxo de Atendimento Integrado a Crianças e Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência de Vitória da Conquista-Bahia e o

Protocolo Unificado de Atendimento Integrado a Crianças e Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência (Santos et al., 2023a; 2023b), materiais lançados pelo município, se apresentam como ferramentas com potencial para mobilizar essa transformação.

A construção do Fluxo de Atendimento Integrado a Crianças e Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência foi baseado no Fluxo Geral da Lei nº 13.431/2017: Escuta Especializada e do Depoimento Especial no Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência e adaptado à realidade do município. Os seus organogramas “representam os elos de ligação entre profissionais do Sistema de Garantia de Direitos, para uma atuação verdadeiramente em Rede de Proteção” (Santos et al., 2023a, p.13), mais que isso, foi criado com o intuito de

superar os entraves existentes na Rede, gerando um mecanismo unificado e norteador para evitar que crianças e adolescentes tenham que reviver, reiteradamente, momentos traumáticos de violência sofrida e possam ser atendidas(os) com qualidade e dignidade pelos órgãos de proteção (Santos et al., 2023a, p.15).

O Fluxo conta com um manual que serve como guia, para demonstrar como acontece a interação entre os diferentes atores e de que modo eles se apoiam em busca do acolhimento às crianças e adolescentes para que suas necessidades em relação à situação da violência sejam atendidas. Entende-se que a partir da implementação do Fluxo, os profissionais deverão adotar novas posturas durante os procedimentos e práticas desenvolvidas “gerando uma nova cultura organizacional na forma de interagir dos atores do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA)” (Santos et al., 2023a, p.17), pois, como os próprios autores afirmam, “somente um reposicionamento desses atores pode prevenir a revitimização de crianças e adolescentes e contribuir para que tenham uma experiência reparadora no acesso aos órgãos da Rede de Proteção” (Santos et al., 2023a, p.17).

O Protocolo Unificado de Atendimento Integrado a Crianças e Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência foi produzido para

orientar as práticas de atendimento (rotinas de cuidados, procedimentos e ações) recomendadas para que os serviços de saúde, educacionais, socioassistenciais, bem como os órgãos dos sistemas de justiça e de segurança pública prestem

atenção integral a crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência, bem como previnam sua revitimização (Santos et al., 2023b, p. 28).

Em conjunto com o Fluxo de Atendimento, o Protocolo tem a intenção de propor orientações para a atuação dos diversos setores que compõem a Rede de Cuidado e de Proteção Social em casos de crianças ou adolescentes em situação de violência, buscando aperfeiçoar as configurações de atendimentos vigentes. O objetivo consiste em promover um atendimento humanizado, que inclui “a acolhida inicial, a escuta especializada e o depoimento especial, como forma de preservar os direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes já afetados com a situação de violência” (Santos et al., 2023b, p. 29). As orientações presentes no Protocolo foram construídas a partir da reavaliação “dos procedimentos praticados pelos profissionais dos diversos órgãos que integram o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente em Vitória da Conquista - BA” (Santos et al., 2023b, p. 28). O que se pretende com estes dois materiais citados é “otimizar e integrar a atuação dos diversos órgãos e agentes institucionais, que precisam dialogar entre si e trabalhar de forma coordenada” (Santos et al., 2023b, p. 29) a fim de minimizar os impactos da violência e garantir a proteção integral de crianças e adolescentes vítimas de violência.

De acordo com a coordenadora, o Programa já teve alguns problemas com relação à atenção em saúde mental de crianças e adolescentes no município. Segundo a participante, o serviço tem encontrado muita dificuldade em encaminhar usuários para o CAPS IA. Nos últimos anos, o Programa recebeu com frequência casos de usuários com ideação suicida, comportamentos auto lesivos e que faziam uso de álcool e outras drogas, mas, ao buscar outros serviços não conseguia atendimento para esses adolescentes. Alguns dos motivos relacionava-se ao alto quantitativo de demandas e falhas no funcionamento de alguns espaços, o que fazia com que alguns adolescentes e familiares abandonassem o processo. A exemplo, tem-se os seguintes relatos:

[...]Passou a informação pra gente de que a questão da especificidade que iria ser considerada, seria do uso de álcool ou drogas, porque o pessoal da equipe do CAPS IA não trabalhava com álcool e drogas e todos que trabalhavam com essa especificidade estavam no CAPS AD. Então, ele mesmo tendo 13 anos foi para o CAPS AD e aí ele foi colocado num grupo terapêutico. Passado algum tempo, eu recebo o familiar dele para fazer uma reclamação, que se a gente retornasse o atendimento ele traria o filho, mas se fosse para aquele lugar que a gente tinha

mandado, ele não levava, porque chegando no grupo... então, tinha o filho dele que tinha 13 anos e tinha outras pessoas, que tinha de 30, 20 e pouco e que algumas pessoas que estavam dentro desse grupo estavam oferecendo drogas para o filho dele (Coordenadora, 2023).

[...]

“Olha o problema é que eu cheguei lá e só são quatro atendimentos por dia, e aí meu menino diz que não vai mais”. Às vezes mora no Miro Cairo, teve que acordar bem mais cedo, pegou o ônibus pra ir lá para o Cemae para pegar uma ficha e aí chegou lá, eram quatro atendimentos pela manhã e não atendia mais. Então a pessoa já tá com uma necessidade de uma escuta e aí para ele foi uma série de probleminhas e dificuldades até chegar lá e não foi atendido, então vai criando resistência, ele vai perdendo o ânimo, porque para ele fica como algo que depende de um esforço muito grande (Coordenadora, 2023).

Os relatos da coordenadora remetem à afirmação de Vasconcelos (2009), sobre os desafios encontrados na rede de atenção às situações de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes. De acordo com a autora, as redes setoriais públicas não são ágeis, retratam uma organização extremamente burocrática, com baixa eficiência em relação às dificuldades e necessidades locais, necessitando de mudanças na postura dos profissionais e na estrutura administrativa, para que os usuários não se percam nos fluxos burocráticos. Carvalho Brandt (1997 como citado em Vasconcelos, 2009, p.73), afirma que a rede precisa conter:

Complementaridade – as instituições atendem parte das necessidades de uma pessoa, necessitando da complementaridade de ações realizadas por outras instituições; colaboração – é preciso cuidar para que não ocorram paralelismos e sobreposições de ações, bem como lacunas no atendimento. A colaboração implica apoio mútuo, divisão de trabalho e responsabilidades; articulação / integração – é fundamental que os envolvidos assumam a corresponsabilidade por um plano comum, definindo conjuntamente os objetivos e os resultados desejados.

São pressupostos que desafiam a realização de um trabalho efetivo em rede, mas que se constituem como a base para a garantia ao atendimento integral às crianças, aos adolescentes e suas famílias. Como visto, existem falhas estruturais e procedimentais dos serviços no município que limitam as possibilidades. Os retornos que o Programa tem tido de algumas famílias atendidas por instituições que compõem a rede de saúde mental,

é de que ocorre muita dificuldade para o atendimento, com um número reduzido de senhas e atendimentos por dia:

[...]Porque assim, a criança ou adolescente pode entender que realmente tem algo muito errado com ele, que todo dia ele está precisando caminhar para um lugar. Um dia ele tem que ir ao Conselho ou tem que ir para o Núcleo ou tem que ir para o CREAS e aí a gente na verdade não vai ter a vinculação dele em lugar nenhum, então não é adequado.

Sendo assim, os retratos das dificuldades de acesso da população constituídos através da fala da coordenadora entrevistada, remete a alguns questionamentos: Os serviços estão sendo pensados considerando o perfil da população que busca o atendimento? Estão sendo consideradas as especificidades e o contexto da criança, do adolescente e da sua família, no que diz respeito, inclusive, às suas vulnerabilidades, desafios e limitações? Na realidade, o que se percebe é que, mesmo quando existe um espaço para atendimento na rede, o modo de funcionamento não é pensado levando em consideração o público atendido, fator que dificulta o acesso e adesão dos usuários ao acompanhamento.

Em se tratando das políticas públicas de saúde mental com foco em crianças e adolescentes vítimas de violência no município, nota-se que é evidente a ausência, as dificuldades enfrentadas e as fragilidades na rede de proteção à essa população, conforme descrito no trecho da fala abaixo:

Eu não conheço [...] políticas específicas, não conheço. Eu sei da existência do CAPS IA, eu sei da questão do CAPS AD que acaba atendendo um número considerável de adolescentes e sei que tem algumas discussões, inclusive, com relação a algumas especificidades de algumas crianças e adolescentes [...] mas, eu desconheço a existência de algo voltado especificamente para o enfrentamento da violência vindo da saúde ou especificamente da saúde mental (Coordenadora, 2023).

5.4 NECESSIDADE DE FORTALECIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS

Este núcleo corresponde à necessidade de fortalecimento de ações e serviços dentro da rede de atenção à crianças e adolescentes vítimas de violência no município e, para a sua construção, foram considerados os indicadores: *formas de minimizar os entraves (firmar parcerias), aprimoramento e humanização nas condutas dos*

profissionais, atenção aos aspectos sociais e culturais em relação à violência e orientações aos usuários.

Anteriormente, neste capítulo, foram discutidas as dificuldades estruturais que o Programa de extensão tem enfrentado sobre a ausência de um/a profissional da psicologia no serviço. Apesar disso, o Programa tem buscado minimizar o efeito desse problema ao firmar e manter parcerias, como por exemplo, a aproximação com o curso de psicologia e outros programas da UESB. Através do curso de psicologia o Programa tem tido a oportunidade de contar com estagiárias que atuam sob supervisão de professores psicólogos responsáveis (com registro no Conselho Regional de Psicologia - CRP) e, além disso, houve também propostas de atendimento infantil em psicoterapia breve, orientação parental e oficina de parentalidade, práticas de componentes curriculares. Com essas parcerias, o Programa contribui com o processo de formação desses alunos, ao mesmo tempo em que oportuniza um espaço de atendimento às crianças, adolescentes e suas famílias que procuram o serviço.

Sobre as condutas das/os profissionais da rede, a coordenadora comenta sobre existir orientações para o modo de atuação em situações de violência, no entanto, observa que, ainda assim, é um fazer permeado por algumas violências. Às vezes ocorrem situações que exigem das equipes uma atenção que não diz respeito apenas ao atendimento em si, mas demanda uma conduta profissional mais aprimorada e humanizada. A coordenadora narra uma situação exemplo, na qual uma adolescente estava em um serviço de saúde para receber a profilaxia, pois havia sido estuprada e presenciou falas de enfermeiros referindo-se à ela da seguinte forma: “cadê aquela menina? A que foi estuprada”.

Eles fizeram o que era pra ser feito, do ponto de vista do que era preciso fazer? Sim! Fez o atendimento médico, fez a triagem com a perspectiva de prioridade, colocou pra ser atendida por uma médica mulher, fez toda a aplicação da medicação que era necessária, fez as orientações. No momento em que estava conversando com a adolescente, foi assertiva nessa comunicação, mas saindo daquele espaço, puxa uma “cortininha” e se comunica sem pensar que aquela adolescente tá ali ouvindo (Coordenadora, 2023).

Na área da saúde, “chama-se de ambiência o tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relação interpessoal, que proporciona a atenção acolhedora, resolutiva e humana” (Brasil, 2014a, p.53). Observa-se com a fala da

coordenadora, uma carência no aprimoramento e humanização nas condutas desses profissionais de saúde, que, segundo Brasil (2014), devem garantir a privacidade, o conforto, a individualidade e a subjetividade de cada usuário, bem como proporcionar um ambiente e atendimento humanizado e acolhedor. O profissional que atende crianças ou adolescentes em situação de violência deve ter uma atitude ética e sensível; e a qualidade do atendimento deve ter início desde a recepção. Com isso, entende-se a necessidade em serem desenvolvidas capacitações que possam oferecer não somente o aperfeiçoamento das práticas, mas promover uma reflexão coletiva quanto a atitude de todos os profissionais.

Para que as ações e serviços sejam fortalecidos, um outro fator de grande importância corresponde à atenção aos aspectos sociais e culturais ligados à violência. A coordenadora declara que, assim como diversos estudos apontam, ela observa que as maiores vítimas de violência são meninos e meninas pretas, principalmente as meninas pretas:

Então se a gente faz o enfrentamento, a gente não pode entender que isso não é um fator relevante. Se eu falo de violência, se tem alguém que sofre com maior frequência essa violência, eu preciso de algum modo, fazer também um trabalho voltado nessas especificidades, como um modo então de diminuir essa questão aí em relação a esse público (Coordenadora, 2023).

Para compreender a realidade social das meninas pretas como as maiores vítimas de violência na sociedade atual, é necessário considerar o processo histórico do período Colonial e do machismo no Brasil. Crianças e adolescentes pretas sempre foram alvo de todo tipo de violência: submetidas a longos períodos de sobrecargas de trabalho, sujeitas aos desejos sexuais dos adultos, consideradas objetos de troca entre as famílias ou “brinquedos” para as crianças brancas. Independente da situação, episódios de humilhação e subordinação eram sempre frequentes em seu dia a dia (Rocha, 2022). Quanto ao marcador social de gênero, existe um processo hierárquico que foi estabelecido historicamente entre várias gerações, ele se expressa através das representações sociais do feminino e do masculino, no qual o feminino é visto numa posição inferior, de subordinação ao masculino. Este, por outro lado, se encontra em uma posição de dominação e de privilégio ao feminino (Saffioti, 2015). Apesar dos vários avanços alcançados em relação aos direitos de crianças e adolescentes, nota-se que, sobretudo as

meninas pretas, continuam sendo vítimas do racismo e do machismo, sendo assim expostas com maior frequência a situações de violência.

De acordo com a coordenadora, apesar da maioria dos casos ocorrerem em contextos de famílias mais pobres, a situação de violência que acomete crianças e adolescentes não é um fenômeno exclusivo da população em situação de vulnerabilidade socioeconômica. A coordenadora relata uma situação em que um genitor tinha uma boa condição socioeconômica e, em decorrência desse fator, resistia em se direcionar ao CREAS, então uma estratégia encontrada pelo Conselho Tutelar como uma tentativa para que ele se fizesse presente, foi encaminhá-lo para o Programa de extensão. Essa atitude não tinha o objetivo de reforçar uma ideia de diferença, mas foi um meio encontrado para que os familiares chegassem ao serviço e fossem adequadamente orientados, possibilitando, dessa forma, o rompimento do ciclo de violência contra crianças e adolescentes.

Muitas famílias possuem uma educação pautada na violência, reproduzindo experiências passadas através das gerações. Com isso, crianças e adolescentes acabam se tornando fonte de castigos e punições por meio de práticas de violência física e/ou psicológica, estando sujeitos a uma relação de hierarquização, na qual os adultos se colocam em uma posição de dominação/poder sobre as crianças e adolescentes (Silva & Barbosa, 2009; Minayo, 2001).

Como as necessidades das famílias foram se modificando ao longo dos anos, o Programa de extensão foi se reformulando de acordo a essas necessidades. Então, segundo a coordenadora, o Programa tem tentado incorporar abordagens e temáticas diversas, considerando as mudanças temporais, de modo que algumas dessas perspectivas incluíam: ações voltadas aos crimes sexuais cometidos por meio do celular, discussões sobre o uso manipulatório da lei da alienação parental pelo genitor, discussões sobre o exercício da parentalidade e reflexões sobre as práticas de violência com justificativas religiosas. Ao que se observa, é frequente a ideia de naturalização de vários tipos de violência, estando o contexto cultural e social fortemente atrelado a este cenário.

Para que as ações e serviços da rede se tornem efetivas, a coordenadora ressalta a necessidade em realizar orientações aos usuários, principalmente no sentido de desempenhar a parentalidade, ou melhor, auxiliá-los na reorganização dos pensamentos e crenças confusas sobre o exercício da parentalidade, pois este é um dos maiores geradores de conflitos que podem causar situações críticas envolvendo a criança ou

adolescente. Em várias situações, o que acontece é uma dificuldade na comunicação entre os familiares, como ilustra as falas da coordenadora logo abaixo:

Ele não sabe se ele deve fazer isso em relação ao filho ou se ele não deve.

[...]

Conflitos entre os familiares. A avó questionando o exercício da maternidade de sua filha.

[...]

Alguns se dirigem ao Conselho Tutelar porque a mãe deixava a criança mais livre, que a criança vivia com os joelhos ralados, que isso é negligência (Coordenadora, 2023).

Nota-se que o Programa de extensão tem se articulado e promovido ações efetivas de fortalecimento ao enfrentamento às violências cometidas contra crianças e adolescentes no município, seguindo parâmetros de funcionamento que condizem, por exemplo, com a Lei nº 14.826 sancionada recentemente (20 de março de 2024), que institui a parentalidade positiva e o direito ao brincar como estratégias intersetoriais de prevenção à violência contra crianças. A lei define a parentalidade positiva como toda ação desempenhada pela família com o propósito de educar a criança, fundamentando suas condutas no respeito, acolhimento e não violência. Determina sobre o dever do estado, da família e da sociedade promover aspectos da parentalidade positiva, como a educação e relações não violentas, e acrescenta, ainda, sobre a responsabilidade da união, dos estados, do distrito federal e dos municípios em desenvolver ações que fortaleçam a parentalidade positiva (Brasil, 2024).

Como visto, existem muitos desafios para o fortalecimento das ações e serviços na rede de atenção, no entanto, algumas medidas estão sendo executadas para minimizar as dificuldades. Ainda há muito o que ser feito para conseguir garantir a proteção integral de crianças e adolescentes vítimas de violências no âmbito das práticas profissionais, no entanto, a proposta do fluxo e do protocolo surgem como um recurso que pode proporcionar uma capacitação dos profissionais, de modo a qualificar o atendimento à condutas mais humanizadas, para evitar que crianças e adolescentes sejam vítimas de novas violências em contexto institucional.

O caminho percorrido neste capítulo, em busca da compreensão das práticas de políticas públicas de saúde mental voltadas às crianças e aos adolescentes vítimas de violência no município, revelou sentidos, concretizados nos títulos dados aos Núcleos de

Significação e que podem ser traduzidos aqui como uma rede de proteção à crianças e adolescentes vítimas de violência, desarticulada e frágil, mas em processo de (re)invenção para fortalecer suas ações e serviços.

CAPÍTULO VI

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM PSICOTERAPIA BREVE COM
CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: orientação para
psicólogas/os**

RECOMEÇO

Cadê a dor que estava aqui?

A esperança escondeu!

E a gotinha salgada

que dos olhos escorregou

Meu sorriso, sorrateiro, já enxugou.

Cadê o medo que estava aqui?

A alegria apagou!

E a batedeira, maluca no peito

Que um dia me acelerou

Virou dança, virou valsa, cirandou (...)

Rosa Juliana Colangelo Peroto

APRESENTAÇÃO

Este protocolo constitui-se como um produto técnico-tecnológico, resultado de uma pesquisa sobre crianças e adolescentes vítimas de violência no município de Vitória da Conquista-Bahia, desenvolvida por meio do Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Psicologia da Saúde, do Instituto Multidisciplinar em Saúde, da Universidade Federal da Bahia. Associado ao interesse e aproximação das autoras com o campo da infância e adolescência e os processos psicoterapêuticos envolvidos, este material foi pensado e produzido, com base nos conhecimentos sobre a necessidade de ações direcionadas ao acompanhamento psicológico e especializado a crianças e adolescentes vítimas de violência, encontrando na Psicoterapia Breve uma oportunidade para ampliar o acesso dessa população ao atendimento psicoterapêutico e atenuar as repercussões decorrentes dessas experiências.

O protocolo é dividido em dois momentos, a saber: 1) Parte I – Violência contra crianças e adolescentes, onde serão apresentados os aspectos históricos e conceituais relacionados ao fenômeno da violência na infância e adolescência; os tipos de violência e as consequências para o desenvolvimento e saúde mental do público infantojuvenil; os

resultados de um levantamento realizado no município sobre os casos de violência que acometeram crianças e adolescentes no período de 2020 a 2022; e uma discussão sobre os aspectos relacionados à atenção integral à crianças e adolescentes e o papel da psicologia nesse contexto. 2) Parte II – Psicoterapia Breve para crianças e adolescentes vítimas de violência, em que se apresenta o conceito, a definição e as características do modelo de atendimento, com ênfase na infância e adolescência e as particularidades do acompanhamento voltado à esse público; denomina as práticas em psicoterapia breve atravessadas com a temática da violência encontradas na literatura, através do resultado de uma revisão integrativa; são descritas as etapas que compõem o processo psicoterapêutico, assim como, realiza-se orientações e sugestões para auxiliar no planejamento e desenvolvimento das sessões em psicoterapia breve com crianças e adolescentes vítimas de violência.

Ao final, tem-se as considerações finais e um tabuleiro ilustrativo, representando de maneira lúdica os procedimentos que compõem a psicoterapia breve. Tal ferramenta pode auxiliar profissionais na visualização do processo como um todo, da mesma forma, que podem utilizá-lo para explicar sobre o modelo de atendimento aos pacientes e familiares. Por fim, espera-se que as(os) psicólogas(os) se utilizem deste protocolo com responsabilidade, distanciando-se da padronização de processos que são subjetivos, conduzindo suas práticas de maneira ética e comprometida com as diferentes infâncias e adolescências.

PARTE I - VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Aspectos históricos e conceituais

A infância e a adolescência são períodos bastante complexos e, ao considerar o seu processo histórico, tais períodos foram construídos e modificados em consequência das necessidades apresentadas nos diferentes contextos social, econômico e geográfico (Frota, 2007). Com um longo caminho até a definição atual sobre infância e adolescência, o entendimento dessas fases do desenvolvimento mudou radicalmente desde o período da colonização. Del Priore (2010) faz um resgate desse passado e mostra que a visão dos adultos sobre esses dois grupos partia de uma perspectiva autocentrada, ou seja, as crianças e adolescentes eram considerados mini adultos e moldados para percorrerem caminhos pré-determinados. Isso significava um não entendimento das especificidades das fases e, apesar de em alguns relatos serem descritos como seres inocentes, a presença

da violência por meio de castigos físicos e outras punições eram cotidianos. Práticas como “infanticídio, abandono em instituições, escravidão e exploração do trabalho infantil” (Nunes, 2012, p. 21) eram habitualmente aceitas e justificáveis. A violência infantojuvenil decorre desse processo histórico e cultural, marcado pela desigualdade, dominação e exclusão desses grupos (Pinheiro, 2001).

Ao ser vista como objeto de estudo de diversos campos de interesse, como as ciências sociais, humanas e da saúde, a violência cometida contra crianças e adolescentes vêm alcançando maior visibilidade, e tais práticas relatadas desde o período colonial vão ganhando novas modalidades de manifestação. Desta forma, constitui-se como violência contra crianças e adolescentes:

Todo ato ou omissão cometidos por pais, parentes, outras pessoas e instituições, capazes de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima. Implica, de um lado, numa transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral; e de outro, numa coisificação da infância. Isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento (Minayo, 2001, p.92).

Mesmo com o considerável avanço dos estudos médicos, psicológicos, sociais e educacionais sobre o processo de desenvolvimento humano - o que promoveu novas compreensões sobre as etapas que o compõem -, as ideias de hierarquização, coisificação e necessidade de correção desses sujeitos por meio do uso da força física ainda podem ser percebidos atualmente. Silva e Barbosa (2009) observam mais claramente essa hierarquização em famílias que possuem uma educação atravessada pelas formas de violência; assim, crianças e adolescentes não são considerados como sujeitos de direitos, sendo subjugados a uma relação de poder e dominação frente aos adultos.

Quando se fala em violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, observa-se por parte dos adultos a continuidade do processo de esvaziamento da subjetividade desses sujeitos, o que contribui para o processo de coisificação deles. Vistos como pessoas submetidas às ordens e aos desejos dos adultos, crianças e adolescentes ficam vulneráveis aos variados tipos de violência, podendo ser “meio de obtenção de prazer sexual, no caso da violência sexual ou de descarga de estresse, no caso da violência física ou psicológica” (Silva & Barbosa, 2009, p.02).

Barros e Freitas (2015) discorrem sobre como os modos de se relacionar no contexto familiar seguem as mesmas lógicas da sociedade quanto às relações de poder e

a divisão social em classes, no qual observa-se os lugares de dominação e de subordinação. Ao que concerne à violência doméstica cometida por pais e familiares, os mesmos autores apontam que parte da sociedade concorda com atitudes de punição como sendo conveniente no processo de educar. Ainda sobre relações de poder, Holzkamp (2016, p.73), afirma que “estruturas de poder e dominação burguesas não são algo que tenha lugar unicamente em um terreno político, mas surtem efeito até nos espaços mais íntimos”.

Tendo em vista os aspectos apresentados, entende-se que a violência contra crianças e adolescentes não é um evento natural, mas decorrente de um processo histórico construído através das relações sociais e perpassado pela cultura, assim, carregados de sentidos e significados. A violência contra crianças e adolescentes sempre esteve muito associada ao processo educativo, usado como uma forma de punição às desobediências (Minayo, 2001). Dessa forma, possui uma forte conotação histórico-cultural:

pais que foram educados de forma violenta reproduzem essa forma de educar, recorrendo à violência física e psicológica, manifestada por surras, puxões de cabelo, palmadas, gritos e as mais diversas ameaças como forma de impor disciplina aos seus filhos (Platt et al., 2020, p.04).

Isso ocorre em consequência de um longo processo histórico, em que os maus-tratos, abusos e desvalorização da infância e adolescência revelaram-se desde as civilizações mais antigas. Indesejada e desumanizada pela sociedade, as crianças e adolescentes eram alvos constantes de castigos, humilhações e explorações, sendo até mesmo mortas ou abandonadas quando preciso (Martins & Jorge, 2010). Somente a partir do século XX, torna-se possível observar o surgimento de algumas mudanças, como o fato do bem estar das crianças e adolescentes começarem a ser responsabilidade da família.

Apesar desses avanços, o fato da família ser a principal responsável pelos cuidados de crianças e adolescentes não oferece garantias quanto à sua efetividade, já que elas são consideradas as maiores vítimas de violência intrafamiliar.

Identificando as formas de violência e suas consequências

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), a violência se classifica em três grandes grupos, a saber: a violência autoprovocada, a interpessoal e a coletiva. Nesta ocasião, serão apresentadas as tipologias da violência intrafamiliar, que é uma subcategoria da violência interpessoal e é considerada como a violência que mais acomete

o público infantojuvenil. Para uma melhor compreensão sobre essas classificações, segue um esquema apresentado na Figura 9.

Figura 9

Tipologias das violências



A violência interpessoal consiste em uma ação violenta cometida por algum indivíduo ou por pequenos grupos. Como dito, uma de suas subdivisões é a violência intrafamiliar, que ocorre quando os membros da família se utilizam de formas agressivas para se relacionar durante os conflitos e em estratégias de educar, ou ainda, quando não garantem os cuidados básicos às crianças ou adolescentes (Brasil, 2014a). Quanto à natureza da violência, a violência intrafamiliar engloba a violência física, psicológica, sexual, negligência e trabalho infantil.

Como mencionado, na maioria dos casos de violência infantojuvenil os autores possuem alguma relação de parentesco e vínculo familiar com as vítimas, como pai, mãe, padrasto e outros membros da família. Os episódios acontecem, geralmente, na esfera privada e, na maioria das vezes, na própria residência da vítima. Isso significa que o lugar e a pessoa que deveria lhe proporcionar segurança e proteção passam a ser sinônimo de ameaça e hostilidade (Costa et. al, 2007; Cezar et al., 2017; Nunes & Sales, 2016; Oliveira et.al, 2020). Por estarem em condição especial de desenvolvimento físico, cognitivo e psicológico elas “estão em condições mais vulneráveis em relação ao agressor(a), que geralmente é adulto e possui o perfil de maior estatura, força física e maiores capacidades cognitivas” (Craveiro, 2016, p.27), o que gera uma relação baseada na coerção e repressão.

A seguir, serão melhor descritos os tipos de violência de acordo à sua natureza:

❖ **Violência Física:**

Consiste em todo ato intencional realizado por pais, responsáveis ou outras pessoas que se utilizam da força para provocar dor física à criança ou adolescente, podendo ou não deixar marcas evidentes pelo corpo. Nesta categoria inclui-se o castigo corporal, o qual é frequentemente utilizado como meio de punição ou correção e se

manifesta através de atitudes que vão desde tapas até o espancamento, que pode provocar a morte do sujeito. A Síndrome do Bebê Sacudido, também se configura como um tipo de violência física, e é causada por um ato de movimentação violenta da criança quando segurada pelos braços ou tronco, que pode provocar hemorragias, lesões cerebrais ou a morte do bebê (Brasil, 2014a; Craveiro, 2016; Guzzo et al., 2010).

❖ **Violência Psicológica:**

Corresponde a todo ato considerado como risco e que tem a possibilidade de provocar danos à autoestima e ao desenvolvimento biopsicossocial da criança ou adolescente. Atitudes como humilhação, rejeição e depreciação são algumas das práticas encontradas. Muitas vezes, os comportamentos que envolvem esse tipo de violência possuem um caráter mais sutil, que segue um padrão de comportamento abusivo e isso faz com que dificulte a identificação inicial da violência. Nesta categoria, estão incluídos ainda, o bullying, o testemunho de situações de violência, a alienação parental e o assédio moral (Brasil, 2014a; Craveiro, 2016; Guzzo et al., 2010).

❖ **Violência Sexual:**

Também conhecida como abuso sexual, constitui-se como todo ato ou jogo sexual dirigido às crianças ou adolescentes como meio de satisfação dos desejos sexuais. Abrange relações heterossexuais e homossexuais, no qual os autores estejam em estágio de desenvolvimento psicosexual mais adiantado que a criança ou o adolescente, varia desde interações sexuais com e sem contato físico, podendo haver ou não penetração, condutas que deixem a criança ou adolescente constrangidas ao presenciar práticas sexuais ou exposições do corpo por meio eletrônico. Está incluído nesta categoria a exploração sexual, que consiste na utilização de crianças ou adolescentes em atividades sexuais, como forma de obter lucro e a pornografia. A exploração sexual, envolve abuso sexual por parte do adulto, por meio de ameaça e persuasão e remuneração para criança ou adolescente, para aliciadores, proprietários de estabelecimentos e indústria sexual (Brasil, 2014a; Brasil, 2022; Craveiro, 2016; Guzzo et al., 2010).

❖ **Negligência:**

Caracteriza-se como a omissão por parte de instituições e adultos responsáveis pela criança ou adolescente, de modo a não lhes garantir os cuidados e necessidades básicas para o seu pleno desenvolvimento físico, social e emocional. Estão incluídas nesta categoria a privação à educação, alimentação, segurança, saúde, higiene, afeto e atenção.

O abandono é considerado a forma mais grave e extrema da negligência (Brasil, 2014a; Craveiro, 2016; Guzzo et al., 2010; Waksman & Hirschheimer, 2011).

❖ **Trabalho infantil:**

Ocorre quando adultos, inclusive alguns pais, submetem crianças e adolescentes a realizar atividades de trabalho em condições inapropriadas e exaustivas, de maneira direta e/ou indireta. Esse tipo de violência também pode ser considerado resultado das condições de vulnerabilidade socioeconômicas de muitas famílias brasileiras (Brasil, 2014a; Guzzo et al., 2010).

Como a família é o primeiro grupo social em que as crianças e adolescentes estabelecem contato, vivenciar situações de violência nesse contexto pode gerar sentimentos conflituosos sobre a forma de se relacionarem (Santos et al., 2012), além de fragilizar, ou mesmo romper, os vínculos emocionais, produzindo vários prejuízos psicológicos a esses sujeitos. Os padrões construídos culturalmente sobre as formas de se relacionar de forma violenta no contexto familiar podem fazer com que as crianças e os adolescentes aprendam, através das suas experiências, que essa pode ser uma maneira de se relacionar, podendo reproduzir comportamentos agressivos.

A violência contra crianças e adolescentes pode acarretar várias implicações no desenvolvimento social, cognitivo e psicológico dos indivíduos, sendo algumas delas: ansiedade, transtornos depressivos, dificuldades de aprendizagem, alterações de comportamento, agressividade, uso abusivo de álcool e outras drogas e suicídio (Brasil, 2009). Ao questionar as consequências da violência intrafamiliar no desenvolvimento de crianças e adolescentes, Barros e Freitas (2015) apontam que quanto maior a intensidade e frequência com que esses indivíduos são expostos a situações de violência, seja de maneira direta e/ou indireta, maior a propensão a problemas de saúde mental. O impacto dessas experiências pode comprometer a saúde de crianças e adolescentes por um longo período, se manifestando de diversas formas e em diferentes momentos, podendo permanecer ao longo de toda a vida.

As consequências físicas podem ser as primeiras a serem identificadas, como a presença de lesões, hematomas, hemorragias, laceração de períneo e doenças sexualmente transmissíveis. Outras consequências, como as psicológicas, são mais difíceis de serem percebidas rapidamente e podem se revelar ao longo do tempo (Rezende, 2016). As repercussões psicológicas podem se manifestar de duas maneiras, segundo Day et al. (2003): de forma imediata, através de pesadelos, sentimento de culpa, vergonha, medo do

agressor, manifestações psicossomáticas, entre outros; ou de forma tardia, como transtornos psicológicos, pensamentos confusos, ideação suicida e assim por diante.

De acordo com Monteiro (2010), a violência sexual permeia a violência física e psicológica, pois além de causar lesões físicas, afeta o aspecto psicológico da vítima. Tal violência, quando ocorre na infância ou adolescência, aumenta o risco para que crianças e adolescentes tenham disfunções sexuais, façam uso abusivo de drogas, se prostituam e desenvolvam transtornos, como Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), Transtornos Depressivos, Transtornos Alimentares e Transtorno Dissociativo. Além disso podem apresentar sentimento de insegurança, desconfiança; comportamentos agressivos, isolamento, alterações no sono, sexualidade exacerbada e ainda, possuir um risco aumentado para cometer suicídio.

Mesmo que não se tenha marcas externas diante da complexidade do fenômeno, entende-se que a negligência e o trabalho infantil podem provocar danos tão severos quanto as demais violências. De acordo com Minayo et al. (1997 como citado em Brasil, 2014a), o trabalho infantil faz com que as crianças e adolescentes sejam colocadas no lugar do adulto muito precocemente, o que pode ocasionar atraso ou evasão escolar e afetar o seu desenvolvimento. Além de terem os seus direitos violados, crianças e adolescentes podem ter grandes implicações em seu desenvolvimento psicossocial e escolar ao serem expostas ao trabalho de maneira precoce. Alberto e Santos (2011) encontraram em sua pesquisa os principais riscos à saúde desses indivíduos, tais como: o risco psicológico de caráter cognitivo e afetivo-emocional e riscos físicos, o que significa dificuldades na aprendizagem e no desempenho escolar, como déficits na leitura, no uso da linguagem formal, dificuldades de abstração e de imaginação. Apresentam também dificuldades no modo de se relacionarem, o medo da perda da infância e de tornarem-se adultos prematuramente, presença de sentimento de incapacidade, além de poderem desenvolver doenças, devido à exposição a altas temperaturas, poluição, vírus, jornadas prolongadas e posições que exigem maior esforço físico.

De acordo com Avanci et al. (2009) a criança vítima de violência enfrenta uma bagagem emocional que acarreta grandes prejuízos ao seu desenvolvimento, uma vez que é exposta a uma situação traumática ainda durante o seu processo de formação da personalidade. Segundo os autores, existem grandes chances de se desenvolverem problemas de comportamentos destrutivos, muitas vezes difíceis de serem resolvidos. Não obstante, o estado de sofrimento psíquico vai depender do apoio socioafetivo que as

crianças e adolescentes possuem após essas experiências traumáticas. Em outros termos, "tal situação não ameniza a gravidade e a complexidade do fenômeno da violência contra crianças e adolescentes, mas revela que a rede de apoio social e afetiva pode atenuar as consequências da violência para as vítimas" (Barros & Freitas, 2015, pp.110-111).

Problema de saúde pública: a realidade do município de Vitória da Conquista-Bahia

A violência contra crianças e adolescentes é considerada pela OMS como um problema de saúde pública, afetando crianças, famílias e comunidades. É um dos problemas sociais de maior impacto na vida de crianças e adolescentes nos dias atuais. Como dito anteriormente, para compreendê-la é necessário considerar a sua complexidade e a interposição dos padrões culturais, sociais, políticos e econômicos estabelecidos nas relações micro e macrosociais (Minayo, 2003; Priotto, 2013). Por isso, é fundamental compreender as relações de poder definidas, o modo como os sujeitos interagem e as posturas que adotam. Priotto (2013) alega que a violência está diretamente associada à manutenção do lugar de poder, pois quem pratica o ato violento submete a vítima a um lugar de vulnerabilidade e subjugação. Desta forma, entender o fenômeno da violência é entender também os aspectos históricos e multifatoriais envolvidos em tal fenômeno.

Dessa forma, com o objetivo de obter um panorama sobre a violência infantojuvenil no município de Vitória da Conquista, Bahia, foi realizado um mapeamento sobre os casos ocorridos durante o período de 2020 a 2022, com a delimitação da faixa etária de 0 a 19 anos completos, definida pela OMS como a idade para crianças e adolescentes. Os dados decorrem das Fichas de Notificação de Investigação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada preenchidas pelos profissionais de saúde e inseridas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). De acordo com essas informações foi possível constatar que das 1.390 notificações realizadas no município, os maiores índices de violência registrados durante o período de 2020 a 2022 foram os casos de violência física (32,4%), seguidos de violência psicológica/moral (31%) e violência sexual (27,4%). Os casos de negligência (6,5%) e trabalho infantil (2,5%), por sua vez, não foram prevalentes no município.

Embora tenha sido possível acessar esses dados do município, entende-se que existe uma limitação em mensurar a violência sexual de maneira mais exata, e isso ocorre devido aos "tabus culturais, as relações de poder nos lares e a discriminação das vítimas como culpadas" (Minayo, 2001, p. 97). Por se sentirem ameaçadas ou envergonhadas, as

vítimas acabam permanecendo em silêncio, assim como a família, que em algumas situações, mesmo tendo conhecimento sobre os episódios de violência, não realizam a denúncia.

Quanto ao ano com maior número de notificações, observou-se um aumento dos casos no ano de 2021(n=578) em comparação aos outros anos, 2020 e 2022. Tal fator pode estar relacionado com a imposição de isolamento social durante a pandemia de COVID-19. Como grande parte das situações de violência ocorrem no âmbito doméstico e são praticadas por familiares (Minayo, 2001), durante esse período as crianças e adolescentes estavam mais vulneráveis a sofrerem algum tipo de violência. Segundo Barbosa (2022), o ano inicial da pandemia foi bastante desafiador e somente a partir do segundo ano os serviços de saúde conseguiram desenvolver melhores estratégias diante das dificuldades. Por conta disso, muitos casos de violência podem ter sido subnotificados neste primeiro ano. É importante mencionar que a subnotificação não é algo inerente à pandemia, frequentemente as vítimas e suas famílias não realizam a denúncia por medo e pela impunidade dos agressores, o que torna cada vez mais difícil a garantia da sua proteção.

Com relação aos autores que mais cometeram violência infantojuvenil no município, pôde-se observar que a violência física foi praticada em sua maioria pela mãe (10,6%) e pelo pai (8,6%); sobre a violência psicológica/moral, o pai (29,5%), a mãe (25,5%) e o padrasto (10,4%) apareceram como os principais autores; os amigos/conhecidos (23,4%), o padrasto (13,1%), o pai (11,5%) e pessoas desconhecidas (10,8%) foram os autores que mais cometeram violência sexual infantojuvenil no município. Com relação à negligência, os maiores responsáveis por esse ato foram a mãe (53,6%) e o pai (29,5%), e por último, as pessoas que mais submeteram crianças e adolescentes ao trabalho infantil foram a mãe (58,3%) e o pai (22,2%). Como visto, a maioria dos autores da violência mantinha algum vínculo com a vítima e, por conta disso, podem acarretar grandes e variadas consequências na vida das crianças e adolescentes.

Pensando sobre o predomínio da figura masculina como autores da violência sexual infantojuvenil, entende-se a necessidade em realizar uma discussão pautada no aspecto social e cultural da temática. Nesse sentido, percebe-se que entre o agressor e a vítima é estabelecida uma relação de poder desigual, em termos de autoridade e recursos psicossociais. Essa posição acompanha uma lógica construída e determinada pela cultura, que além de subjugar a criança ou adolescente a um lugar de inferioridade, seguindo uma

hierarquia geracional, também se abastece de um conceito de hierarquia entre gêneros, considerando o significado social do feminino e do masculino (Ferraz et al., 2021). Dessa forma, a violência sexual contra crianças e adolescentes pode ser considerada também no contexto da violência de gênero, pois está associada tanto com as desigualdades na relação adulto-criança, quanto nas desigualdades homem-mulher, assim como afirma Saffioti (2015, p. 78):

[...] é desde criança que se experimenta a dominação-exploração do patriarca, seja diretamente, seja usando a mulher adulta [...] assim, o gênero, a família e o território domiciliar contêm hierarquias, nas quais homens figuram como dominadores-exploradores e as crianças como elementos mais dominados-explorados.

Assim, nota-se que a desvalorização da criança e do adolescente, além de se fundamentar na mesma lógica da mulher com relação à subordinação patriarcal, se insere também em uma lógica de sociedade adultocêntrica (Ferraz et al., 2021), na qual o adulto se encontra em um lugar de poder/superioridade. Para além disso, observa-se ainda uma desordem nos papéis sociais da família, visto que as pessoas em quem as crianças e adolescentes deveriam confiar e se apoiar são aquelas responsáveis por suas inseguranças e conflitos, o que acarreta grandes prejuízos ao seu desenvolvimento e formas de se relacionarem (Santos et al., 2012).

Um dado importante a ser compreendido e analisado refere-se ao fato das pessoas desconhecidas estarem entre os autores que mais cometem violência sexual infantojuvenil, caracterizando-se assim, como uma violência extrafamiliar. Ainda que seja divergente dos vários estudos citados, que abordam a prevalência da violência sexual contra crianças e adolescentes no âmbito das relações familiares, é evidente que esse tipo de violência não deve ser ignorado. Sendo assim, levando em consideração que as maiores vítimas da violência extrafamiliar são adolescentes, jovens e adultas do sexo feminino e pessoas em situação de rua e/ou vítimas de exploração sexual comercial (Antoni et al. 2011), tal dado desperta questionamentos e o surgimento da hipótese de que essas crianças e adolescentes, que foram vítimas de violência por desconhecidos, pudessem estar em uma situação de vulnerabilidade e risco para a violência.

Em se tratando do lugar onde ocorreram a maior parte dos casos de violência, verificou-se que a residência foi o local onde houve, com maior frequência, os casos de violência física (67,8%), psicológica/moral (74,5%), sexual (66,9%) e negligência

(68,1%). Já o trabalho infantil, apesar de acontecer casos em ambiente doméstico, no município houve mais situações em via pública (41,7%). Os dados encontrados estão de acordo com os trabalhos de Brasil (2009), Costa et al. (2007), Cezar et al., (2017) e Oliveira et.al (2020), em que revelam a residência como o espaço onde ocorre a maior parte das situações de violência infantojuvenil. Diante desse fator, é imprescindível que seja avaliada a segurança da vítima, para que ela não seja revitimizada e vivencie novas situações de violência no ambiente doméstico. Para que isso aconteça, é necessário que ocorra o afastamento do autor da violência, seja o genitor ou outro membro familiar que resida com a vítima, pois é primordial que a criança ou adolescente permaneça em seu ambiente familiar. Entretanto, existe a possibilidade de que os responsáveis não tenham condições de garantir a proteção das vítimas, e nesse caso, sugere-se que algum membro da família extensa desempenhe esse papel de cuidado e proteção (Brasil, 2022). O afastamento do convívio familiar e o acolhimento institucional são considerados somente em situações extremas, desde que todas as possibilidades tenham sido avaliadas e, em última instância, a criança ou adolescente ainda esteja em situação de risco.

Com base na disposição das formas de violência, de acordo com a faixa etária das vítimas, verificou-se que a violência física ocorreu com maior frequência em idades entre 10-14 (n=124) e 15-19 anos (n=257), a violência psicológica/moral esteve mais presente em idades entre 5-9 (n=119), 10-14 (n=168) e 15-19 anos (n=106), a violência sexual teve uma maior ocorrência em idades entre 5-9 (n=76), 10-14 (n=168) e 15-19 anos (n=99), a negligência, por sua vez, foi mais recorrente em idades entre 5-9 (n=30) e 10-14 anos (n=33) e, por fim, o trabalho infantil teve uma maior prevalência em idades entre 10-14 anos (n=21). De acordo com os dados acima, o maior número de notificações de violência realizadas envolveu os grupos com idades entre 5 a 19 anos, o que demonstra que a violência pode perpassar um período crucial do desenvolvimento, atravessando a maior parte da infância e da adolescência de um indivíduo. Além do expressivo número de violências que acometem esses grupos durante a idade pré-escolar, foi registrado um número ainda maior de violência física, psicológica e sexual com crianças em idade escolar, entre 10 e 11 anos.

Como são sujeitos que teoricamente frequentam o ambiente escolar, entende-se a importância do papel da escola na garantia da proteção desses grupos. Segundo Brasil (2022, p. 27), “as instituições educacionais deverão se manter vigilantes a qualquer tipo de violência perpetrada contra crianças ou adolescentes”. É preciso que haja uma escuta

especializada e respeitosa diante de uma revelação do(a) aluno(a), para que este(a) não seja revitimidado(a). Os profissionais da educação devem estar atentos à presença de dificuldades ou mudanças de comportamento, além de manter um diálogo aberto e acolhedor com os familiares/responsáveis, construindo assim “um ambiente acolhedor para que os/as alunos/as se sintam em segurança para expor os abusos sofridos, mantendo proximidade e se colocando à disposição para dialogar sobre situações que acontecem extramuros da instituição” (Brasil, 2022, p. 30).

Um dado interessante que foi verificado consiste no número reduzido de casos de violência que acomete crianças no primeiro ano de vida. Tal observação sugere que durante esse período da primeira infância as crianças podem estar menos propensas ao risco de violência em comparação às crianças mais velhas. Apesar desta baixa quantidade de casos constatados, identifica-se a presença da violência física (n=16) nessa faixa etária

O fato da negligência e do trabalho infantil não terem tido altos índices em comparação às outras violências é algo que precisa ser reconhecido, mas ainda assim, vale a pena provocar uma reflexão sobre as eventuais dificuldades em identificar e mensurar tais violências. Segundo Craveiro (2016), por muitas vezes não manifestarem marcas externas, elas são tidas como silenciosas, o que favorece a subnotificação e interfere na análise da situação de uma forma mais precisa. Mesmo que não se tenha marcas externas diante da complexidade do fenômeno, entende-se que a negligência e o trabalho infantil podem provocar danos tão severos quanto às demais violências.

Em virtude da ausência da descrição da categoria como *gênero* no sistema SINAN, fez-se a análise a partir da categoria *sexo*. De acordo com os dados descritos, a maioria dos casos registrados de violência física (67,8%), psicológica (70,3%), sexual (87,7%) e negligência (51,6%) acometeram crianças e adolescentes do sexo feminino, já as vítimas do sexo masculino foram mais frequentes em relação ao trabalho infantil (66,7%). Os dados descritos mostram que a violência se manifesta de forma diferente entre meninos e meninas e, por isso, requer uma compreensão e análise histórica a partir dessas representações sociais. Anteriormente neste estudo, foi abordada a questão da violência sexual ser praticada principalmente por homens, iniciando, assim, a discussão sobre a relação da violência com a construção histórica e cultural da hierarquização geracional (adulto-criança) e da hierarquização entre gêneros (masculino-feminino). Tal argumento se fortalece através da ideia de Saffioti (2015), que afirma a existência de uma sociedade patriarcal e adultocêntrica, que expressa através das hierarquias, a posição

social privilegiada e de dominação em que o adulto-masculino se coloca na relação com a criança-feminino. Lima (2012), Ferraz et al. (2021), determinam que a construção do significado do masculino e do feminino transcorre desde a infância à vida adulta. As meninas são encorajadas a desenvolver características que remetem à passividade, desenvolvendo comportamentos mais dóceis e incentivadas à brincadeiras que envolvam o cuidado, enquanto os meninos são estimulados à condutas mais agressivas, desenvolvendo características mais livres, com brincadeiras que envolvam aventura e independência. Quando se encontram na vida adulta:

Às mulheres é reservado o trabalho doméstico dado o seu papel de mãe e a necessidade de cuidar dos filhos. Em contrapartida, ao homem fica reservado o sustento da família através de seu trabalho fora de casa, ou seja, para ele é reservado o espaço público. Nesse cenário, em que à mulher se reserva o espaço doméstico e ao homem o público vê-se o resultado da história sendo naturalizado (...) O homem ao ser detentor de poder econômico frente a mulher, que tem somente a si os afazeres domésticos sem remuneração, se mune de um poder social sobre a mulher, situando-a numa esfera de subordinação a ele (Lima, 2012, p.56)

Ao que se observa, “a identidade social de homem e mulher vai sendo construída ao longo do tempo, ou seja, nasce-se macho ou fêmea e através da educação torna-se homem ou mulher” (Lima, 2012, p.56), sendo que essas representações sociais podem influenciar diretamente nas oportunidades e vivências que cada sujeito pode ter, a partir da sua constituição social enquanto homem e mulher e na posição social privilegiada e de dominação em que o adulto-masculino se coloca na relação com a criança-feminino.

Sobre os dados referentes à raça/cor de crianças e adolescentes e os tipos de violência sofrida, observa-se que crianças e adolescentes pardas foram as maiores vítimas de todas as violências: física (59,4%), psicológica (58,7%), sexual (60,6%), negligência (56%) e trabalho infantil (72,2%). Ao analisar a realidade brasileira, por meio de uma perspectiva histórica, é evidente observar as marcas deixadas pelo período colonial e escravista. O fato da população infantojuvenil preta estar sujeita a todo tipo de violência é resultado desse longo processo histórico de opressão, humilhação e desumanidade. Segundo Del Priore (2010) às crianças e adolescentes pretas da época colonial eram subjugadas a uma posição de inferioridade e objetificação e, assim como os pais, elas eram consideradas como mercadorias, sendo comercializadas e escravizadas. De acordo com Eufrazio (2022), naquele tempo não havia distinção entre crianças, adolescentes e

adultos e, por essa razão, todos estavam sujeitos aos mesmos castigos físicos, o que resultava, com frequência, em suas mortes. Considerando a situação de extrema vulnerabilidade e condições sub-humanas às quais os filhos estavam submetidos, também os pais acabavam vendo, na morte, uma possibilidade de libertá-los.

Como as crianças pretas acompanhavam as suas mães até completarem sete anos de idade, elas partilhavam dos mesmos espaços das famílias dos senhores de engenho, e mesmo com essa proximidade, como mostra Camargo et al. (2005), não eram evitadas de serem expostas a diferentes violações. Eram submetidas a sobrecargas de trabalho, serviam como objeto para as crianças brancas se divertirem, quando estas, por exemplo, montavam em suas costas para brincar, além de serem vítimas constantes de violência sexual. Seja qual fosse o meio, crianças e adolescentes eram alvos de episódios de humilhação e sofrimento, eram consideradas moeda de troca e abandonadas de forma compulsória por seus pais, “a perversidade era tanta que até a alforria dos pais as prejudicava, pois muitas vezes elas não podiam acompanhá-los” (Rocha, 2022, p.251).

Analisando o processo histórico da violência a qual crianças e adolescentes pretas foram submetidas, nota-se que algumas dessas violências sofreram, ao longo do tempo, reconfigurações contextuais, no entanto, outras ainda hoje permanecem tal qual ocorreram durante o período colonial. Essas análises revelam as profundas raízes deixadas por mais de trezentos anos de escravidão. Conforme alguns autores asseveram (Camargo et al., 2005; Eufrazio, 2022; Rocha, 2022), mesmo com os avanços em relação às políticas públicas e os direitos sociais; crianças e adolescentes afrodescendentes permanecem sendo vítimas da discriminação racial e da violência. Rocha (2022, p. 254), afirma que “após a abolição da escravatura, em 1888, a vida das crianças pretas e de suas famílias tem a exclusão e a violência redesenhadas sobre o manto de uma liberdade falseada e substituída por novos mecanismos racistas de genocídio”.

Para concluir, diante das informações encontradas e discutidas até o momento, percebe-se que a violência física, psicológica e sexual foram as mais notificadas dentro do município, entre 2020 e 2022, envolvendo grupos de crianças e adolescentes com idades entre 5 e 19 anos e, em sua maioria, parda. As crianças e adolescentes do estudo foram as maiores vítimas de violência intrafamiliar, pois as agressões foram realizadas principalmente pela mãe, pai e padrasto, na residência da vítima. As crianças e adolescentes do sexo feminino foram as principais vítimas de violência física, sexual, psicológica e negligência, e as do sexo masculino foram as vítimas mais frequentes do

trabalho infantil. Com relação aos autores dos casos de violência sexual, os homens foram os principais agressores.

É preciso ressaltar duas informações importantes com relação aos resultados deste estudo: 1) existe a possibilidade de que tenha tido casos subnotificados, pois frequentemente as vítimas e suas famílias não realizam a denúncia, por medo e pela impunidade dos agressores; e 2) houve um número expressivo de casos ignorados nas categorias relacionadas a *autor da violência*, *local de ocorrência* e *raça/cor* das vítimas, o que sugere uma possível inadequação quanto ao preenchimento das fichas de notificação no sistema do SINAN.

Diante do exposto, nota-se que apesar da evolução histórica da sociedade, os fatores sociais e culturais ainda sustentam a violência cometida contra crianças e adolescentes. Foi observado que a violência se manifesta de forma diferente entre o gênero feminino e masculino, que a desvalorização da criança e do adolescente, além de se fundamentar na mesma lógica da mulher com relação à subordinação patriarcal, se insere também em uma lógica de sociedade adultocêntrica, na qual o adulto se encontra em um lugar de poder/superioridade. A violência infantojuvenil está sujeita não somente a ideia de hierarquização geracional (adulto-criança) e hierarquização entre gêneros (masculino-feminino), mas também às desigualdades sociais e raciais. Entende-se com isso que a violência contra crianças e adolescentes não é resultado de um fator natural, mas é consequência de um processo histórico e cultural, que precisa ser considerado como um grave problema social e deve ser combatido.

Por fim, entende-se que crianças e adolescentes vivenciam realidades distintas e para inteirar-se sobre suas necessidades, antes de tudo, é preciso compreender qual é o lugar que esse sujeito ocupa na sociedade. Dessa forma, é muito importante que sejam promovidas discussões mais contundentes e concretas sobre os efeitos do racismo, do machismo e das desigualdades sociais nas diferentes infâncias e adolescências, para que assim, seja possível traçar metas de enfrentamento mais contextualizadas às diferentes situações, de modo que os direitos dessa população possam ser assegurados.

Atenção integral a crianças e adolescentes e o papel da psicologia

Como visto, a historicidade está presente nos processos de elaboração do conhecimento, destacando, aqui, os assuntos relacionados a crianças e adolescentes. Assim, nota-se que, em decorrência das mudanças históricas na concepção de infância e adolescência, várias alterações foram realizadas ao longo do tempo nos regimentos sobre

os direitos da criança e do adolescente, fazendo com que esses públicos pudessem ser finalmente vistos como sujeitos de direitos e terem reconhecidas as suas necessidades específicas. É possível acompanhar esse processo por meio do estudo de Krominski et al. (2020), no qual desenvolvem uma sistematização com a sequência dos fatos e das normativas relacionadas aos direitos da criança e do adolescente, estando entre eles a Declaração Universal dos Direitos da Criança, de 1959, o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990, e o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil, de 2000.

Como dito, por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), da Constituição Federal Brasileira (CFB, 1988) e do ECA (1990), a criança e o adolescente passam a ser considerados como sujeitos que precisam ter seus direitos fundamentais assegurados pela família, pelo estado e pela sociedade civil, de modo que favoreça o seu “desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade” (ECA, 1990, p. 12). Tais direitos são descritos no Art. 277 da Constituição, como: “Direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (CFB, 1988).

Nesse seguimento, é estabelecido pelo ECA, em seu 5º artigo, que “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” (ECA, 1990, p.15). Assim, entende-se a necessidade de construção e consolidação de políticas públicas voltadas a crianças e adolescentes vítimas de violência, dando um enfoque especial para a violência sexual, pelos seus altos índices, como demonstram os dados de um estudo realizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e do Fórum Brasileiro de Segurança Pública; nele, tem-se que, entre os anos de 2017 e 2020, foram registrados 179.277 casos de estupro com vítimas de até 19 anos, que se traduz em quase 45 mil casos por ano com crianças de até 10 anos, representando 62 mil vítimas durante esses quatro anos (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021b).

Dados alarmantes como estes respaldam a necessidade do já mencionado Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, apresentado em 2000 e entregue à sociedade em 2013, após atualizações. Dentre os seus

eixos estratégicos, encontra-se “o atendimento especializado, e em rede, às crianças e aos adolescentes em situação de violência sexual e às suas famílias, realizado por profissionais especializados e capacitados” (Brasil, 2013, p.09). Sobre a ação de atendimento em situações de violência sexual, o ECA especifica, em seu 87º artigo da importância em existir “serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão” (ECA, 1990, p. 54).

Quando se analisa a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência, entende-se a necessidade de a equipe de saúde atuar de modo multiprofissional, articulada com a rede de cuidado e proteção social do território, a fim de garantir que esses indivíduos não sejam desprotegidos, negligenciados e revitimizados após sofrerem a violência (Waksman & Hirschheimer, 2011). A qualidade de vida, assim como a superação do sofrimento, não se alcança somente possibilitando as resoluções imediatas para a garantia da segurança, mas mediante ao “controle das condições das quais dependem as possibilidades da própria vida e do próprio desenvolvimento” (Holzkamp, 2016, p.70).

Neste sentido, Barros e Freitas (2015) discutem a necessidade do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento à violência não somente com a garantia de suporte às vítimas, no sentido de ressignificação da experiência sofrida e suas consequências, mas também de proporcionar o fortalecimento dos vínculos familiares e a reflexão por parte dos pais que cometem violência física e/ou psicológica, quanto às suas práticas e as consequências das suas ações. Os autores ainda sugerem o desenvolvimento de intervenções grupais com pais que cometeram tais tipos de violência, pautando-se na redução de comportamentos agressivos e sensibilização sobre o papel que ocupam na vida dos filhos. Deste modo, há uma ruptura do processo interventivo apoiado na culpabilização, e um incentivo à responsabilização e ao desenvolvimento de novas formas de se relacionar, proporcionando uma desnaturalização da estratégia de educação por meio da violência e favorecendo o desenvolvimento de um ambiente familiar voltado mais à proteção e ao acolhimento entre os seus integrantes.

É importante considerar que, assim como apontado pelo ECA (1990), houve vários avanços ao longo do tempo no Brasil, no entanto, existem ainda muitos desafios para que o país consiga, de fato, garantir a efetivação dos direitos dessa população. A exemplo, tem-se um levantamento realizado entre os meses de janeiro a dezembro do ano

de 2021, no qual foram registrados mais de 119,8 mil casos de denúncias de violência contra crianças e adolescentes em todo o país (Brasil, 2021b). Essas informações foram provenientes do Disque 100, que se configura como um dos canais da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (ONDH).

Perante ao contexto de violência, a(o) psicóloga(o) pode atuar realizando atendimento psicossocial às vítimas no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que se configura como um serviço de proteção social de média complexidade, parte da rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Esse atendimento, para o Conselho Federal de Psicologia - CFP (2009), diferencia-se da psicoterapia pelos objetivos no processo interventivo. Segundo esse documento, os serviços de psicoterapia devem estar disponíveis na atenção à saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS) e especificamente nos serviços de saúde mental voltado a crianças e adolescentes, denominados Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), sendo esse um serviço de saúde direcionado ao tratamento de transtornos mentais graves e/ou persistentes. Sobre os sintomas apresentados pelas crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e o acesso aos CAPSi, é importante salientar que

nos documentos que fundamentam a ação dos CAPS não são apresentados critérios para a consideração de transtornos mentais severos e/ou persistentes, tal julgamento acaba sendo feito pelo profissional responsável pelo atendimento. Casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual que apresentam sintomas psicopatológicos, mas que não são considerados severos e/ou persistentes não possuem nenhum serviço de referência de saúde mental para seu atendimento psicoterápico. Assim, verifica-se um descompasso entre o conhecimento científico existente sobre as consequências da violência sexual, que indica o desenvolvimento em curto e longo prazo de psicopatologias e a necessidade de psicoterapia como principal recurso para redução de sintomas, e as políticas públicas nacionais, que não determinam claramente o acesso dessa população clínica à psicoterapia (Hohendorff et al., 2015, p.189).

Pensando sobre a problemática da violência sofrida por crianças e adolescentes, e de que maneira a Psicologia, enquanto ciência e campo de estudo que contribui para a produção do cuidado em saúde, poderia atuar, encontra-se na psicoterapia breve uma estratégia de intervenção que pode contribuir com as políticas públicas de saúde mental infantojuvenil voltada à essa população. Por ser uma modalidade de atendimento que

pode ser usada de forma ampla, desde que sejam estabelecidos “objetivos e estratégias de intervenção compatíveis com as possibilidades e necessidades do caso”, como indica Oliveira (2021, p. 53), grande expoente dos estudos e propostas da Psicoterapia Breve Infantil (PBI) no Brasil. Essa modalidade de Psicoterapia pode ser vista também como uma estratégia de intervenção que pode ser inserida na perspectiva da Linha de Cuidado recomendada pelo Ministério da Saúde.

Tal abordagem tem o objetivo de garantir a atenção integral de crianças e adolescentes, visando a garantia da continuidade do atendimento e a articulação das “várias ações desenvolvidas pela rede de cuidado em saúde com a de proteção social no território” (Brasil, 2014a, p.50).

PARTE II - PSICOTERAPIA BREVE PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Conceituação: definindo um modelo de atendimento

Apesar do termo “breve” incitar um pensamento sobre um processo de curta duração, “a sua compreensão, no contexto das psicoterapias, vai muito além de seu significado semântico. É preciso esclarecer, logo de início, que o uso do termo psicoterapia breve diz respeito à abordagem focal, planejada e de objetivos limitados” (Furtado & Marques, 2009, p.195). Segundo as autoras, ainda que o tempo seja um fator representativo da realidade, a configuração breve não interfere no fundamento da psicoterapia, que consiste na busca pela autonomia e desenvolvimento do sujeito. A psicoterapia breve tem sido objeto de muitos estudos em diferentes correntes teóricas, sendo adaptada a diferentes contextos, como atesta Hegenberg (2010, p. 12):

pode se dar em algumas sessões ou em alguns meses, pode ser psicanalítica, egóica, psicodramática, comportamental-cognitiva, pode ser de caráter individual, casal, grupal, familiar, pode ocorrer em consultórios, hospitais, instituições diversas, pode ser destinada a crianças, adultos, idosos, por exemplo.

Ainda que seja mais amplamente utilizada com o público adulto, em comparação com o público infantojuvenil, tem-se observado um crescente aumento nessa perspectiva, a exemplo da experiência relatada por Silva (2023a), no atendimento a crianças em um Serviço Escola de Psicologia. Os estudos de Oliveira (2002, 2007, 2021) são retratos dessa evolução, em que a autora apresenta princípios teórico-metodológicos que podem se aplicar à realidade brasileira e que muito contribui para o desenvolvimento de um

modelo de intervenção de psicoterapia breve não somente com crianças, mas também com adolescentes. Nesse sentido ela cita Manzano e Palacio-Espasa (1993), que revelam que através da experiência com crianças pequenas a partir da década de 90, houve a ampliação do trabalho da psicoterapia breve com foco no público adolescente.

Oliveira (2021) concorda com Proskauer (1971), Warren (1995), Messer (1999) e Knobel (1977), quando afirmam que o sucesso terapêutico está muito mais ligado às características da relação e da dinâmica do processo, do que a algum critério diagnóstico, sendo necessário que o trabalho em psicoterapia breve seja adaptado, considerando a particularidade de cada caso. O resultado terapêutico satisfatório não está baseado na sintomatologia da criança, em outras palavras, a questão da indicação para a psicoterapia breve não depende da gravidade dos casos, mas da relação pais-criança e pais-terapeuta. Para esses autores, o objetivo em compreender o diagnóstico não corresponde a um critério de seleção e sim ao propósito de auxiliar na compreensão sobre a demanda, sobre o planejamento da psicoterapia e sobre a realização das adaptações necessárias para cada caso. Dessa forma, funciona muito mais como um guia, para que se mantenha atenção à aspectos importantes, tais como: a possibilidade do desenvolvimento de um vínculo terapêutico, em que o sujeito esteja motivado durante a terapia; conseguir identificar o conteúdo considerado como o foco do atendimento e a possibilidade de realizar intervenções em um tempo hábil estabelecido para a psicoterapia.

Segundo Lester (1967 e 1968 como citado em Oliveira, 2021), a atitude do terapeuta nessa modalidade de atendimento é mais ativa, podendo utilizar-se de outros tipos de recursos para auxiliar no tratamento. Uma intervenção breve realizada no momento apropriado pode colaborar no progresso do sujeito. Mackay (1967 como citado em Oliveira, 2021) segue essa mesma direção, considerando que a motivação do sujeito no processo está conectada à relação/vinculação terapêutica, e revela sobre a importância em considerar também a motivação dos pais. Avaliando esses dois pontos, percebe-se como esses aspectos são entendidos como necessários em qualquer acompanhamento psicoterapêutico efetivo com crianças e adolescentes. Quando os pais não colaboram e não se implicam, torna-se difícil a evolução do processo. Ressalta-se, ainda, a importância da relação terapêutica na psicoterapia breve, não considerando essa modalidade de atendimento como um método para resolver questões imediatas, mas como um instrumento terapêutico efetivo. Há, também, a sinalização sobre a possibilidade de ser um recurso paliativo dentro do que é possível em determinado contexto (Oliveira, 2021).

A psicoterapia breve voltada à infância e adolescência pode obter melhores resultados quando realizada por profissionais capacitados e dentro de uma proposta de trabalho interdisciplinar, em que ocorre a participação ativa da família e da comunidade. É considerada uma importante prática psicológica que pode alcançar uma ampla parcela da população e, ainda que tenha uma configuração breve levando em conta o tempo de duração, os seus efeitos produzidos são considerados duradouros. Portanto, o que a diferencia de uma psicoterapia de longa duração é a delimitação dos objetivos e a focalização em uma questão específica, em que se busca atuar sob determinado fenômeno em um curto período de tempo, adequando-se à uma dada realidade, da melhor forma possível (Furtado & Marques, 2009; Hegenberg, 2010; Oliveira, 2007).

No estudo de Almeida e Goto (2011), sobre o cuidado necessário com crianças e adolescentes vitimizados, os autores discorrem sobre a proposta de uma intervenção breve em situações de crise, com o objetivo de colaborar, através de um curto período de tempo, para o estabelecimento do equilíbrio emocional de indivíduos que se encontram com demandas urgentes, de modo que possam conseguir enfrentar a situação-problema. Segundo eles, todos os casos devem ser avaliados individualmente e, caso haja a necessidade, as crianças e os adolescentes deverão ser encaminhados para uma modalidade de atendimento à longo prazo.

Tendo em vista a complexidade do fenômeno abuso sexual e exploração e ainda a nova demanda para atendimento de todas as violências sofridas por crianças e adolescentes, faz-se necessário buscar ampliar e compreender, de modo clínico, social e pontual, as questões que compõem a ocorrência de violência, bem como abrir espaço para outras modalidades de atendimentos para as famílias envolvidas (Almeida & Goto, 2011, p.93).

Nessa mesma perspectiva, Furtado e Marques (2009, p. 201-202), descrevem que:

Os estímulos significativamente estressantes e traumáticos podem desencadear um colapso adaptativo que pode assumir a forma de perturbações psicológicas graves, desencadeando sintomas psíquicos, psicossomáticos ou da vida das relações que acarretam bloqueios do desenvolvimento. A necessidade de atender aos problemas atuais dessa população pressiona a busca de uma solução imediata, para que retome o seu desenvolvimento; essa busca vem ao encontro da psicoterapia breve em sua função terapêutica e profilática. Respeitando as urgências que acompanham o cotidiano contemporâneo, essa modalidade

terapêutica oferece um espaço para pensar.

Dito isso, considerando a necessidade de planejamento de ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes vítimas de violência no Município de Vitória da Conquista, Bahia, ocupando-se mais especificamente do acesso dessa população ao atendimento psicoterapêutico no território, compreende-se esta, como sendo uma demanda emergente e que encontra na psicoterapia breve, uma forma de que esse público possa ser atendido.

Considerações sobre as características da psicoterapia breve

Para que um acompanhamento psicológico se configure como psicoterapia breve e seja desenvolvida da melhor forma possível, alguns aspectos fundamentais devem ser considerados. Dessa forma, visando ampliar a compreensão sobre eles, buscou-se realizar uma descrição mais detalhada, de modo a demonstrar as características que compõem a psicoterapia breve com crianças e adolescentes:

❖ Critérios de indicação:

Este é um aspecto que divide opiniões entre os autores. Segundo Oliveira (2006, 2021) é possível realizar uma divisão entre eles que correspondem a três grupos e modelos em psicoterapia breve: o modelo pulsional/estrutural, o relacional e o integrativo. Mackay e Lester (1967, 1968 como citado em Oliveira, 2006, 2021), seguem o modelo pulsional/estrutural, que é “baseada na idéia de que haveria uma relação direta entre categorias diagnósticas e possibilidades de sucesso terapêutico, e no estabelecimento de critérios rigorosos, que reservam a psicoterapia breve aos casos com melhores recursos psíquicos (Oliveira, 2006, p. 67).

Palácio-Espasa (1984 como citado em Oliveira, 2006, 2021) se baseia no modelo relacional, afirmando que “o sucesso terapêutico não tem relação com a sintomatologia da criança ou com um quadro clínico específico [...], o foco central de seus critérios está na relação, tanto entre os pais e a criança quanto entre os pais e o terapeuta” (Oliveira, 2006, p. 68). Proskauer, Warren e Messer Knobel (1971, 1999, 1977 como citado em Oliveira (2002), representam o modelo integrativo, o qual também corresponde à proposta deste protocolo. Esses autores sugerem uma maior flexibilidade sobre os casos indicados para psicoterapia breve, referindo-se

não no sentido de procurar critérios para selecionar pacientes, mas ressaltam a necessidade de se adaptar o trabalho às possibilidades de cada caso [...], a compreensão diagnóstica do caso, visa dar ao terapeuta melhores condições para

promover essa adaptação, e o que se considera como critérios de indicação são apenas as condições mínimas necessárias para permitir o estabelecimento de uma relação terapêutica que possa resultar em algum benefício, mesmo que parcial e limitado (Oliveira, 2006, p. 69).

Assim, para que as crianças, adolescentes e suas famílias se beneficiem da psicoterapia breve, é necessário que algumas condições estejam presentes, como: capacidade do estabelecimento de vínculo terapêutico, ser capaz de estabelecer uma forma de comunicação entre a(o) psicoterapeuta, conseguir focalizar, compreendendo os limites de tempo da psicoterapia e lidar com o processo de finalização. Em relação aos pais, estes precisam ser participantes ativos do processo e que possam lidar com as possíveis mudanças diante de uma maior autonomia das crianças e adolescentes (Hegenberg, 2010; Oliveira, 2006, 2021).

❖ **Focalização:**

O foco na psicoterapia breve começa a ser estabelecido através das entrevistas iniciais, durante o período da avaliação. O foco vai sendo delimitado no momento em que a(o) psicóloga(o) identifica junto ao paciente, situações relacionadas ao conteúdo central da sua demanda. Esse processo não ocorre somente no período inicial e para que as metas terapêuticas sejam alcançadas, o foco precisa estar presente de maneira constante em todo o processo psicoterapêutico (Furtado & Marques, 2009).

Segundo Oliveira (2006, 2021), o foco precisa considerar os aspectos do desenvolvimento do paciente, do seu contexto social e a história dos genitores, buscando integrar esses diferentes fatores. Além disso, em virtude da singularidade da psicoterapia breve com crianças e adolescentes, é fundamental que o foco dos pais/responsáveis seja “paralelos e complementares” (Oliveira, 2007, p.42) ao foco do processo da(o) filha(o), caso isso não aconteça, é provável que o objetivo da psicoterapia não seja atingido.

Considerando a limitação do tempo, autores como Hegenberg (2010) e Oliveira (2006, 2021) destacam que o fato da psicoterapia breve ser baseada em um foco, não faz com que ela seja menos profunda e eficaz. Certamente, pode ser considerada mais limitada do que as psicoterapias de longo prazo, mas ainda assim, a característica focal em nada interfere em sua efetividade. O foco nada mais é do que um guia o qual a(o) psicóloga(o) utiliza para direcionar as suas intervenções e isso significa que o aprofundamento dos conteúdos expressados não é comprometido dentro dessa perspectiva.

❖ **Objetivos limitados e definidos:**

Este aspecto corresponde ao fato de que os objetivos e estratégias de intervenção devem ser estabelecidos no menor espaço de tempo possível, sendo adequados e compatíveis com as condições reais e as necessidades de cada caso, visando o desenvolvimento do sujeito e favorecendo suas potencialidades (Knobel, 1969, 1977 como citado em Oliveira, 2006, 2021). Para que isso seja possível, é necessário que haja, inicialmente, uma compreensão sobre os conteúdos centrais da história do paciente em relação à sua demanda, analisando as possibilidades de mudanças que podem ser promovidas dentro desse curto período de tempo. A(o) psicoterapeuta precisa adaptar os objetivos possíveis de maneira coerente com a realidade do paciente e adotar uma postura flexível, com o intuito de adaptar os objetivos de acordo à configuração da psicoterapia breve (Oliveira, 2002).

Para que se tenha uma compreensão integral e particular da demanda do sujeito, Oliveira (2006) postula que durante a definição dos objetivos é fundamental que se aproprie dos conhecimentos sobre o desenvolvimento, as características, os desafios e os conflitos que podem ser encontrados em cada etapa. Segundo a autora, ter essa base teórica favorece na compreensão das necessidades do paciente e na organização dos objetivos, permitindo “comparar o processo individual de cada criança com os referenciais gerais, para compreender suas características e necessidades, e ter um prognóstico sobre seu desenvolvimento futuro” (Oliveira, 2006, p. 100).

Oliveira (2002) afirma sobre a importância de observar o trabalho que vem sendo desenvolvido, considerando os objetivos que foram delineados desde o período inicial do acompanhamento, para poder avaliar ao final, o quanto o processo foi efetivo. A autora ainda acrescenta, que o fato dos objetivos precisarem ser definidos em um período de tempo limitado não compromete a qualidade da psicoterapia breve.

❖ **O lugar da(do) psicóloga(o):**

De acordo com algumas autoras (Furtado & Marques, 2009; Oliveira, 2006, 2021), a(o) terapeuta/psicóloga(o) exerce um papel mais ativo durante a psicoterapia breve. Uma das suas funções principais consiste em conduzir o paciente na exploração dos seus conteúdos, em conformidade com o foco estabelecido nos momentos iniciais do processo terapêutico. É exigido da(o) profissional certa habilidade em nortear o seu trabalho e as intervenções de acordo aos objetivos que foram definidos.

No atendimento às crianças e adolescentes, entende-se a necessidade de que a(o) psicóloga(o) tenha um aprofundamento teórico não somente em relação aos aspectos da psicoterapia breve e do desenvolvimento, mas também das particularidades do atendimento infantojuvenil. É necessário que a(o) psicóloga(o) tenha capacidade de ser flexível e consiga estabelecer uma relação de confiança, proporcionando segurança não somente à criança ou adolescente, mas também aos pais/responsáveis (Oliveira, 2006, 2021). Assim, o processo demanda da(o) profissional uma postura acolhedora, a qual valoriza o papel dos pais/responsáveis, se distanciando de atitudes culpabilizantes. Comportamentos como estes podem favorecer a aproximação e vinculação da(o) terapeuta com a criança/adolescente e sua família.

❖ **O lugar dos pais/responsáveis:**

Existe um consenso entre as autoras que abordam a psicoterapia breve, a respeito da importância do envolvimento e participação dos pais/responsáveis durante a psicoterapia breve de crianças ou adolescentes (Furtado & Marques, 2009; Oliveira, 2002, 2006, 2021; Silva, 2023a). Considerando o nível de participação, entende-se, que quanto menor a idade da criança, maior a necessidade de que os pais/responsáveis sejam incluídos. É fundamental que eles se entendam como parte do processo e que possam estar comprometidos, demonstrando disponibilidade à mudanças. Tais mudanças têm relação não somente aos comportamentos dos filhos, mas aos seus próprios, especialmente se tratando das relações no contexto familiar, pois, percebe-se que “mudanças nas atitudes dos pais podem resultar em melhorias surpreendentes na criança” (Oliveira, 2006, p. 24). Além disso, a colaboração dos pais/responsáveis é vista por Furtado e Marques (2009) como indispensável para a manutenção dos resultados e evoluções após o encerramento da psicoterapia.

As sessões destinadas aos pais/responsáveis podem ocorrer de maneira conjunta ou separada da criança ou adolescente, a escolha vai depender das características próprias de cada caso (Oliveira, 2006, 2021). Estas sessões devem servir para obter informações sobre a história do paciente, esclarecer, explicar, direcionar, psicoeducar e orientar os pais/responsáveis sobre o processo psicoterapêutico, fazendo com que eles possam compreender e aceitar as potencialidades e dificuldades dos filhos, bem como auxiliá-los nas possíveis mudanças que podem necessitar uma reorganização na dinâmica familiar (Furtado & Marques, 2009; Silva, 2023a).

Particularidades do atendimento com crianças e adolescentes

A psicoterapia breve, assim como as outras psicoterapias com foco na infância e adolescência, possuem algumas particularidades que lhes são próprias e se diferem do atendimento com o adulto. Um dos fatores que é considerado fundamental e até mesmo indispensável por diversas autoras (Furtado & Marques, 2009; Oliveira 2006; 2007; 2021; Silva, 2023a, 2023b), corresponde à participação e colaboração da família, enquanto responsáveis pela criança ou adolescente. As autoras entendem a necessidade de que os pais, mães e/ou cuidadores sejam incluídos durante todo o processo, participando das entrevistas iniciais, das explicações sobre as intervenções e dos momentos de orientação e devolução. Outro fator a ser considerado corresponde às formas de comunicação verbal e não-verbal usadas pelas crianças e adolescentes. Frequentemente, crianças se utilizam do brincar para expressar seus conteúdos emocionais, já no caso do adolescente, este costuma usar, durante as sessões, algumas formas comunicativas que Furtado e Marques (2009, p. 78) nomeiam como “pré e paraverbais, que podem incluir expressões lúdicas, gestos, movimentação e também comunicação pelo vestuário, por tatuagens e outras expressões corporais [...] e as tão comuns atuações”. Sublinhando esses fatores, na psicoterapia com crianças e adolescentes, as ações da(o) psicoterapeuta por meio de técnicas e recursos mediadores visam atender as necessidades que se apresentam, auxiliando no processo de desenvolvimento desses sujeitos.

Em relação ao atendimento com crianças, entende-se que antes mesmo de iniciar o processo da psicoterapia, é importante avaliar a situação atual do seu desenvolvimento, pois

saber como se constituem os processos psicológicos (atenção, memória, percepção visual, percepção auditiva, percepção tátil-cinestésica, emoção) possibilita conhecer a construção da dinâmica da criança, naquele momento [...] sinalizando para a(o) profissional o foco da sua ação intencional (Silva 2023b, pp. 12-13).

Assim como as crianças, os adolescentes também se encontram em processo peculiar de desenvolvimento e, por conta disso, não possuem condições cognitivas e emocionais totalmente desenvolvidas para enfrentar algumas dificuldades e desafios que a realidade social pode apresentar. Com isso, é fundamental que a(o) psicoterapeuta tenha conhecimento sobre o processo de desenvolvimento da infância e adolescência.

Entende-se a necessidade de que a(o) psicoterapeuta auxilie o adolescente em relação aos seus conflitos, fazendo uso da mediação da palavra e atentando-se às suas várias possibilidades de comunicação e expressão, as quais foram citadas anteriormente. No atendimento com adolescentes, também é possível utilizar dos recursos mediadores físicos, como os jogos, para favorecer a comunicação e integrar sua estrutura psíquica. Em se tratando da atitude da(o) psicoterapeuta, é importante que se adote uma postura mais flexível, mas ao mesmo tempo, mantenha o seu papel ativo, focalizando nas áreas mais conflituosas (Furtado & Marques, 2009), pois os adolescentes costumam transitar por um tempo em vários assuntos distintos em uma mesma situação.

Ao proporcionar um espaço seguro e confiável, a(o) psicoterapeuta auxilia a criança e o adolescente a expressar suas emoções, fazendo com que se apropriem da realidade e consigam assim, integrar os aspectos cognitivo e afetivo, apreendendo novos significados e construindo novos sentidos (Marangoni, 2007; Silva, 2023b), somando-se ao desenvolvimento da autonomia e das funções nervosas superiores, como a atenção, a memória, o pensamento, a linguagem, a imaginação, a capacidade de resolução de problemas, o planejamento das ações e outros aspectos (Vygotsky, 1996). A criança desenvolve-se na psicoterapia por meio não somente da linguagem, mas do brincar, utilizando-se de jogos, brinquedos ou desenhos, algo que também é observado em alguns adolescentes, que diante das suas necessidades podem precisar mais, ou menos, de mediadores físicos para se desenvolverem no processo.

No atendimento às crianças e adolescentes, deve-se considerar manter, quando necessário, um diálogo com a escola, professores e profissionais que as acompanham (Furtado & Marques, 2009; Oliveira 2006, 2021; Silva, 2023a; 2023b). Quando se conhece os diversos espaços em que a criança e o adolescente estão inseridos, é possível realizar um trabalho mais contextualizado e integral, trazendo maiores benefícios e eficácia durante o processo terapêutico.

O objetivo principal da psicoterapia breve, considerando as particularidades da infância e adolescência, consiste em facilitar à criança e ao adolescente uma adaptação crítica ao ambiente, recuperando a sua capacidade de aprender, de se relacionar e de brincar de acordo com sua idade, assim como favorecer ao adolescente a aquisição da possibilidade de projetar seu futuro e integrar sua identidade adulta (Knobel, 1977 como citado em Furtado & Marques, 2009, p. 207).

Práticas em psicoterapia breve envolvendo a temática da violência

Para uma maior aproximação sobre o conhecimento teórico-prático encontrado na literatura sobre as propostas de acompanhamento psicológico para crianças e adolescentes vítimas de violência, com ênfase em práticas de Psicoterapia Breve, foi realizada uma revisão integrativa, na qual foram encontrados trabalhos que se alinham com o objetivo proposto, apresentando informações importantes sobre as práticas psicológicas na modalidade de intervenção breve, atravessadas com a temática da violência envolvendo crianças ou adolescentes e suas famílias (Benites et al., 2019; Bottan, 2018; Catarino, 2020; Farinha & Souza, 2016; Ferreira et al., 2020; Manzan et.al., 2021; Sauaia et al., 2011). Dessa forma, serão apresentadas a seguir, informações encontradas nestes estudos:

A respeito das modalidades de atendimento encontradas nas diferentes intervenções, a escolha a nível individual, grupal, ou ainda a possibilidade da soma dessas duas perspectivas, decorriam do que se avaliava como mais adequado diante da necessidade observada (Benites et al., 2019; Bottan, 2018; Catarino, 2020; Farinha; Souza, 2016; Ferreira et al., 2020; Manzan et.al., 2021; Sauaia et al., 2011). As intervenções conseguiram incorporar diferentes grupos, dentre eles as vítimas e familiares, em contextos de saúde, escola e delegacias, de modo que o atendimento não se limitava a grupos e espaços específicos.

Em relação aos objetivos das intervenções, verifica-se que tinham a intenção de promover um espaço de acolhimento e orientação às vítimas (Farinha & Souza, 2016); realizar orientação parental aos pais, em relação ao manejo com as crianças (Benites et al., 2019); proporcionar informações e oportunidades de estabelecerem novas formas de lidar com a violência (Bottan, 2018; Ferreira et al., 2020); restaurar as memórias fragmentadas de vítimas de violência com sintomas de Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT), auxiliando no processamento das emoções dolorosas decorrentes dessas experiências; e ressignificar as histórias. Com as mães, buscava-se a construção de novos sentidos e significados por meio das vivências maternas e os sentimentos envolvidos na situação, a exemplo da culpa que elas demonstravam pelos filhos terem sido vítimas de violência, e com os pais que cometeram agressão, pretendia-se ressignificar os conceitos de família, identidade, cidadania, amor e paternidade, além de favorecer a percepção desses atores sobre a responsabilização com relação à violência cometida contra crianças ou adolescentes, com a tentativa de interromper o ciclo da violência (Manzan et.al., 2021; Sauaia et al., 2011).

Sobre os resultados e mudanças obtidas após as intervenções, verifica-se que os sujeitos tiveram a oportunidade de se reorganizar psicologicamente, conseguindo ampliar a compreensão sobre as suas demandas, facilitando a tomada de decisão diante de processos difíceis. Por meio da escuta e acolhimento que encontraram, puderam ressignificar a sua posição de vítima, reduzindo sentimento de culpa e conduzindo da melhor forma emoções intensas, como a raiva e a injustiça que sentiam diante das experiências que vivenciaram (Farinha & Souza, 2016); os pacientes demonstraram maior capacidade de resiliência diante de eventos traumáticos envolvendo a exposição à violência, observando mudanças nas percepções dos pacientes em relação à violência, além de ocorrer uma diminuição no nível de sofrimento desde que iniciaram o acompanhamento, obtendo relatos sobre os benefícios, como a diminuição dos sintomas decorrentes do Transtorno do Estresse Pós-Traumático (Catarino, 2020); e por último, identificou-se mudanças positivas em se tratando das relações familiares e oportunidade de ressignificação das vivências e emoções atravessadas pela violência, tornando-se possível a expressão de situações dolorosas vivenciadas e a desconstrução de padrões familiares coexistentes. Com as mães, foi possível explorar os sentimentos e emoções que surgiam diante do sofrimento que os filhos apresentavam, conteúdos sobre trauma, vitimização e violência apareciam constantemente, e no espaço dos atendimentos tinham a oportunidade de expor suas frustrações, refletirem sobre suas responsabilidades e limitações, além de explorarem e aprofundarem sobre os sentimentos de culpa e impotência que sentiam pelos traumas dos filhos. Com os pais que cometeram práticas de violência, houve a desconstrução de pensamentos e a conscientização no que diz respeito à responsabilidade sobre os atos de violência contra crianças ou adolescentes (Benites et al., 2019; Manzan et al., 2021; Sauer et al., 2011).

Com base nas informações apresentadas decorrentes da revisão de literatura, foi possível perceber que as intervenções de psicoterapia breve com foco na violência, tiveram como público-alvo tanto as vítimas como seus familiares. E enquanto resultado da análise das intervenções, nota-se que essa modalidade de atendimento tem potencial para atenuar as repercussões decorrentes das experiências vivenciadas em contexto de violência, pois ao avaliar os resultados dos efeitos provocados nos participantes após as intervenções, por meio da exploração dos sentimentos, reflexões sobre as responsabilidades e limitações, além da desconstrução de padrões familiares coexistentes, verificou-se processos de ressignificações sobre as experiências vivenciadas pelas vítimas

e suas famílias, ocasionando um impacto positivo nesses indivíduos. Diante da escassez de produções científicas que abordem a temática discutida, é importante sugerir e encorajar que mais estudos sejam desenvolvidos nessa perspectiva, a fim de contribuir na disseminação do conhecimento, além do desenvolvimento e aprimoramento de processos de intervenção que possam auxiliar no cuidado de crianças, adolescentes e suas famílias vítimas de violência.

Estágios do processo

Antes de realizar o processo de psicoterapia breve, alguns autores julgam ser necessário desenvolver algumas ações, com o intuito de melhor compreender sobre a viabilidade do serviço em um determinado local, antes de desenvolver, de fato, uma proposta de intervenção (Benites et al., 2019; Bottan, 2018; Catarino, 2020; Farinha & Souza, 2016; Ferreira et al., 2020; Manzan et.al., 2021; Sauaia et al., 2011). Algumas das ações que podem ser desenvolvidas antes dos atendimentos, consistem em: realizar contatos prévios com os espaços, desenvolver pesquisa de campo, divulgação do serviço, sensibilização da comunidade e aprimoramento dos profissionais. Espera-se com isso, apropriar-se do campo de atuação, buscando identificar as demandas que emergem, compreender o nível de envolvimento da instituição responsável por disponibilizar o serviço de psicoterapia breve naquela localidade, alcançar o público-alvo que necessita do atendimento e capacitar os profissionais para garantir um serviço de qualidade à população.

Dito isso, a fim de facilitar a compreensão sobre o modelo de atendimento em psicoterapia breve e os processos que a compõem, Oliveira (2006, 2021) sugere uma divisão do trabalho em quatro estágios. Essa separação tem a intenção de apresentar uma organização técnica das etapas da psicoterapia breve com crianças e adolescentes, não no sentido de uniformizar o processo em um único modo de fazer, mas permitir uma compreensão de maneira didática sobre o trabalho a ser desenvolvido. Os estágios propostos, são: 1) Primeiro contato, 2) Diagnóstico, 3) Fase terapêutica propriamente dita e 4) Término. Tais fases serão melhor descritas a seguir e serão incluídas na discussão as contribuições de outras autoras.

❖ Primeiro contato:

Essa etapa corresponde ao período da avaliação, pela qual busca-se compreender sobre a demanda inicial, conhecer as características da criança ou do adolescente, o histórico do seu desenvolvimento, o seu funcionamento psíquico, a dinâmica das relações

familiares e as interações sociais estabelecidas em diferentes contextos. Tais informações são disponibilizadas pelos responsáveis durante a entrevista de anamnese e avaliadas, também, através das primeiras sessões com a criança ou adolescente. É importante mencionar que o contato estabelecido com os pais/responsáveis, não se dá somente neste primeiro momento, pois é preciso o seu envolvimento em todo o processo. Assim, é necessário que se realize encontros sistemáticos para informá-los sobre o acompanhamento da criança ou adolescente, por meio de sessões devolutivas e de orientação parental (Castro et al., 2009; Furtado & Marques, 2009; Oliveira, 2006, 2007, 2021; Silva, 2023a). Tais sessões, têm, enquanto alguns dos seus objetivos, o de auxiliar os pais “a compreender e aceitar as dificuldades dos filhos, bem como ajudá-los a receber as melhorias que irão exigir reestruturação da dinâmica familiar [...] e se justifica, ainda, em função da repercussão imediata que esse tipo de intervenção psicoterápica pode causar nessas faixas etárias, mobilizando mudanças rápidas” (Furtado & Marques, 2009, p. 202).

A partir dessa avaliação inicial, considera-se se o caso apresenta condições para que o trabalho em psicoterapia breve possa ser realizado. De acordo com Oliveira (2006, 2021), é preciso identificar sobre a possibilidade do estabelecimento de um vínculo terapêutico e sobre a receptividade do paciente e da família sobre as mudanças, considerando o curto período de tempo. Estas são as condições mínimas e não correspondem à critérios de seleção ou indicação à modalidade de atendimento, visto que, se não for viável uma assistência mais ampla, é possível que o trabalho seja adaptado de acordo a cada caso, o que faz com que mesmo crianças que possuem comprometimentos graves, podem se beneficiar da psicoterapia breve.

❖ **Diagnóstico:**

Essa etapa é resultado do processo de avaliação e consiste em uma conclusão e formulação diagnóstica que tem por objetivo principal, compreender sobre as necessidades da criança ou adolescente e avaliar sobre a possibilidade de uma psicoterapia breve. Para Oliveira (2006, 2021), a organização das informações deve levar em consideração os conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil. Silva (2023b), segue uma perspectiva semelhante, quando aborda sobre o diagnóstico do desenvolvimento da criança citado por Vygotsky (1996), que tem como tarefa principal identificar o nível real/atual de desenvolvimento alcançado pela criança e as alterações que interferem no curso do seu desenvolvimento. As duas autoras concordam em como essa investigação sobre o desenvolvimento pode contribuir para o processo de

intervenção com a criança. Além disso, entende-se a importância em investigar o processo de desenvolvimento também dos adolescentes que estão em psicoterapia breve.

A partir disso, busca-se desenvolver um planejamento terapêutico adaptado às particularidades de cada caso, na qual considera-se aspectos, como: o contexto do atendimento, às características da criança ou adolescente, as características dos pais e as possibilidades da(o) psicóloga(o) (Oliveira, 2006, 2007, 2021). A proposta não tem a intenção de instituir um plano terapêutico rígido, mas de estabelecer procedimentos possíveis e adequados à situação e necessidade do paciente, organizando as intervenções a serem desenvolvidas e a duração do processo terapêutico.

Para auxiliar no processo de análise do material colhido durante os primeiros contatos estabelecidos com a criança ou adolescente e com os pais, Oliveira (2006, 2021), sugere que a organização das informações pode ser guiada pelos seguintes aspectos: foco, objetivos, estratégias, pais, número de sessões, forma de atendimento, dificuldades previstas e prognóstico. A Figura 10, abaixo pode facilitar a compreensão sobre como organizar os aspectos descritos:

Figura 10

Organização do material e planejamento da psicoterapia breve infantojuvenil

FOCO	Delimitado pelo conteúdo central referente à demanda.
OBJETIVOS	Adequados e compatíveis com as condições reais e as necessidades de cada caso.
ESTRATÉGIAS	Recursos e tipos de intervenções a serem desenvolvidas.
PAIS	Como serão realizados os atendimentos e quais os objetivos em relação ao acompanhamento do filho.
NÚMERO DE SESSÕES	Quantas sessões serão realizadas em média.
FORMA DE ATENDIMENTO	Se serão realizadas de forma individual ou conjunta.
DIFICULDADES PREVISTAS	Quais as possíveis dificuldades a serem encontradas durante o processo em relação à criança/adolescente, aos pais ou à terapeuta.

PROGNÓSTICO	Se é favorável ou não e diante de quais condições possíveis.
-------------	--

Nota: Elaborado a partir de Oliveira (2006, 2021).

❖ **Fase terapêutica propriamente dita:**

Em conjunto com a fase da avaliação e do diagnóstico, essa etapa compõe a prática clínica psicológica (Silva, 2023a) e, nesse caso, corresponde ao momento da intervenção terapêutica durante a psicoterapia breve. O propósito desse processo é promover mudanças em áreas conflitivas que atravessam o curso do desenvolvimento da criança ou adolescente e as relações familiares. Durante esse período interventivo, é fundamental que a criança ou adolescente sejam considerados sujeitos principais do seu processo e que a família se constitua como presença ativa de colaboração (Silva, 2023b). As intervenções terapêuticas devem levar em consideração as potencialidades do sujeito diante das necessidades observadas, fazendo com que este, produza novos sentidos diante da sua realidade, em busca de potencializar o seu desenvolvimento.

Segundo Oliveira (2006, 2021), as intervenções precisam estar em harmonia com a realidade do sujeito e os objetivos devem estar apoiados em um foco central identificado durante a psicoterapia, sendo assim, os conteúdos centrais são escolhidos de acordo com as necessidades que o paciente apresenta em relação à sua demanda e a partir disso às intervenções mais adequadas são realizadas. Qualquer que seja o tipo da intervenção, ela deve ser flexível e adaptável, sendo conduzida com base no respeito às subjetividades, às experiências vividas e aos modos de comunicação que os sujeitos utilizam. É recomendado que as intervenções ocorram de preferência, desde a primeira sessão, pois, quanto antes iniciar o processo interventivo, mais rápido os resultados podem ser alcançados, favorecendo o prognóstico do paciente (Oliveira, 2006, 2021).

Ainda que o atendimento com a criança ou adolescente ocorra de maneira individual, a psicoterapia breve é uma prática que se estende ao campo social, político e cultural, entendendo estes, como componentes importantes da realidade do sujeito (Silva, 2023b). Assim como dito anteriormente, a participação da família é fundamental em toda a fase terapêutica, portanto, a realização de intervenções com ela se faz necessária, a fim de explorar sobre as expectativas em relação a psicoterapia, o modo como cada um vivencia o seu papel social na dinâmica das relações familiares, as expectativas que

mantêm sobre a criança ou adolescente e o processo de diferenciação em relação à identidade, enquanto sujeitos distintos (Silva, 2023b).

Para que os avanços aconteçam durante a psicoterapia breve, o vínculo terapêutico é fator indispensável no momento da intervenção. Sobre isso, Oliveira (2006, 2021), ressalta que pacientes em situações de crise que se encontram em psicoterapia breve, demonstram maior disponibilidade em receber ajuda profissional, se vincular com a(o) psicóloga(o), se comprometer com o processo e mobilizar-se para mudanças e avanços. Nessa direção entende-se que as estratégias de intervenção precisam ser pensadas, na tentativa de facilitar o contato e a expressão dos pacientes de acordo com as suas características. Algumas dessas estratégias podem incluir comunicação verbal e observação lúdica (Oliveira, 2006, 2021). Além disso, uma técnica imprescindível em toda intervenção clínica psicológica, seja ela com criança, adolescente ou adulto, é a escuta atenta e empática (Clarindo, 2020). Através dela é possível obter uma melhor compreensão sobre o processo de desenvolvimento em que o sujeito se encontra, o que ele vem produzindo enquanto necessidades durante os atendimentos e quais os recursos que podem ser pensados para promover o seu desenvolvimento. Ademais, as informações prestadas por familiares durante as sessões de orientação e psicoeducação também colaboram para o planejamento da psicoterapia breve, no que diz respeito à organização dos melhores recursos e procedimentos a serem utilizados durante as intervenções (Silva, 2023b).

Ao adotar uma postura ativa durante as intervenções, analisando a linguagem durante a interação e a brincadeira, a(o) psicóloga(o) consegue acessar a demanda do paciente e com isso organizar o planejamento da psicoterapia breve a cada sessão. Para isso, utiliza-se de técnicas e recursos, como atividades lúdicas e brincadeira, ambas de maneira intencionais mediadas pela palavra, com o intuito de auxiliar a criança ou adolescente em seu processo de desenvolvimento “de forma ativa, crítica e consciente” (Silva, 2023b, p. 441). Assim, “uma postura intencional e atenta nas sessões de intervenção possibilitam a percepção da unidade indissociável cognição/afeto, de modo que as intervenções dêem conta desses aspectos integrados” (Silva, 2023a, p. 16).

O ser humano, enquanto um ser social, necessita da interação com outras pessoas para se desenvolver de maneira efetiva. No que diz respeito às crianças, a brincadeira é o principal recurso na psicoterapia infantil, e é percebida como fonte de desenvolvimento, propiciando a criação da Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP). Através dela, há a

promoção de ações no campo imaginário, e em situação imaginária a criação de uma intenção voluntária, além da formação de um plano de vida e de motivos volitivos - tudo isso surge com a brincadeira e coloca a criança em um nível superior do desenvolvimento (Vygotsky, 1933/2008). O brincar é a linguagem da criança, é através do brincar que imaginação, fantasia e realidade interagem entre si, fazendo com que a criança produza novas interpretações, formas de expressões e ações, construindo, assim, formas de se relacionar com os diferentes sujeitos do seu convívio (Vygotsky, 1991). Durante a brincadeira a criança não somente recorda o que vivenciou, mas reelabora de forma criativa as impressões que teve em suas vivências, construindo, a partir disso, uma nova realidade de acordo com as suas aspirações (Vygotsky, 2018).

Por fim, entende-se que os objetivos principais das intervenções durante a fase terapêutica propriamente dita, são: auxiliar a criança ou adolescente na expressão emocional, no estabelecimento das relações de maneira mais positiva e no modo de lidar com a realidade de forma mais autônoma e consciente de si (Oliveira, 2007, 2021; Silva, 2023b). Nesse sentido, Silva (2023a, p.12), afirma que a intervenção clínica psicológica se constitui como “um processo de construção de novos significados e superação dos elementos identificados como aqueles que obstaculizam o desenvolvimento da criança e, conseqüentemente, impedem o alcance de um nível máximo de autonomia”. Sendo assim, através desse conceito, é possível compreender que em última instância promover a autonomia é o ponto crucial da fase terapêutica propriamente dita, seja este um sujeito criança ou adolescente.

❖ **Término:**

Assim como as outras etapas, a fase do término tem a sua importância na psicoterapia breve. Ela corresponde ao momento da alta, no qual o conflito focal identificado no processo do paciente é resolvido. Em psicoterapia breve não se deve prolongar a alta em busca da “melhora global do paciente” (Hegenberg, 2010, p. 31), isso quer dizer, que outras demandas podem surgir durante o processo terapêutico, mas em função da característica breve, a psicoterapia deve ser finalizada após serem alcançados os objetivos em relação ao conteúdo focal estabelecido.

O período do término exige uma atenção especial, considerando que alguns pacientes podem ter tido histórias de perdas em sua vida. Sendo assim, é preciso que os sentimentos de raiva ou decepção que podem surgir no paciente sejam trabalhados em psicoterapia antes da alta (Oliveira, 2006, 2007, 2021; Hegenberg, 2010). É comum que

a criança ou adolescente também apresente um sentimento de abandono ou desamparo com o término da psicoterapia, o que pode comprometer os progressos alcançados. Para que isso possa ser evitado é necessário que os sentimentos contraditórios do paciente sejam abordados. Mann (1973 como citado em Hegenberg, 2010, p.46) aponta que o momento da alta tende a gerar no paciente quatro conflitos básicos: “independência/dependência; atividade/passividade; autoestima adequada/perda da autoestima; e luto não resolvido ou postergado”. Segundo o autor, é importante realizar um manejo adequado no período da alta, permitindo que o processo e a relação terapêutica possam ser internalizados pelo paciente, fazendo com que a separação seja, na verdade, um elemento de amadurecimento e maior autonomia do sujeito.

Durante essa fase também é comum que o paciente apresente novas dificuldades, nesse momento, a(o) psicóloga(a) precisa estar atenta e explorar os sentimentos envolvidos, avaliando se as dificuldades reveladas podem ter relação com o período de encerramento. Em seguida, deve-se acolher as demandas que surgirem e realizar intervenções de acordo com as necessidades que o paciente apresenta durante esse processo final (Oliveira, 2006, 2021).

Ainda, no sentido de evitar possíveis prejuízos quanto aos resultados obtidos, é importante que a(o) psicóloga preserve a vinculação terapêutica estabelecida com criança ou adolescente e com a família, mostrando-se disponível caso eles tenham necessidade de buscar ajuda profissional em momentos futuros. Combinar com o paciente de maneira antecipada sobre o período do término, de preferência no início do tratamento, também pode minimizar a presença de possíveis ansiedades e dificuldades de encerramento (Hegenberg, 2010).

A questão da alta na psicoterapia breve e nas psicoterapias em geral está envolta em preconceitos e critérios pouco claros. Quando se pensa em alta, não se pode deixar de refletir sobre todo o processo de uma psicoterapia. Alta implica em resultados, em planejamento, em indicação, em objetivos e na interligação destes (Hegenberg, 2010, p.43).

No estudo de Silva (2023b), o funcionamento das últimas sessões da psicoterapia breve é materializado, quando ela descreve sobre a realização do acolhimento dos sentimentos e pensamentos das crianças atendidas em relação ao momento da alta, assim como, quando aponta sobre a definição do formato e dos recursos utilizados na sessão de encerramento variarem de acordo as características de cada caso. Um elemento

importante que também ilustra a sessão do término, diz respeito a importância da característica devolutiva da última sessão, na qual se apresenta à criança e aos pais um resumo do processo terapêutico, além de orientações e encaminhamentos quando necessário.

Até este momento, foram apresentadas as fases que compõem um modelo de atendimento em psicoterapia breve sugerido por Oliveira (2006, 2021). Ademais, se faz necessário descrever outros elementos importantes, indicados por Benites et al. (2019), Bottan (2018), Catarino (2020), Farinha e Souza (2016), Ferreira et al. (2020), Manzan et.al. (2021) e Sauaia et al. (2011), que podem colaborar com o desenvolvimento da psicoterapia breve e por isso, também merecem ser considerados. São eles: a) *supervisão*, que tem por finalidade favorecer o aprimoramento da intervenção e garantir uma prática profissional cada vez mais qualificada. Deve ser conduzida por profissionais experientes, que sejam capazes de proporcionar um espaço de discussão que incentive olhar para um dado fenômeno por diferentes lentes, ao mesmo tempo em que considera a realidade subjetiva de cada caso; b) *encaminhamentos*, quando se observa casos que necessitam de atendimentos ou assistência provenientes de outras áreas, os sujeitos atendidos devem ser encaminhados para os serviços disponíveis, como instituições da rede de saúde, de assistência social ou outros.

Orientações e sugestões para o planejamento e desenvolvimento das sessões

Compreendendo que a construção deste protocolo tem a intenção de auxiliar profissionais que desejam atuar em psicoterapia breve no contexto da violência infantojuvenil, pretende-se apresentar algumas orientações e sugestões adicionais que podem favorecer ainda mais o direcionamento na área. Assim, a proposta consiste em realizar indicações de recursos que podem ser utilizados no atendimento com crianças e adolescentes, levando em consideração o seu potencial em auxiliar a(o) psicóloga(o) durante o processo de avaliação e facilitar a interação e comunicação com esse público; e fazer recomendações sobre algumas atitudes que a(o) psicóloga(o) precisa estar atenta, considerando as especificidades da infância e adolescência e a situação de violência.

Dessa forma, pretende-se colaborar na organização do planejamento das sessões, apoiando o desenvolvimento da psicoterapia breve com crianças e adolescentes vítimas de violência. É válido destacar, que os aspectos que serão aqui apresentados, não têm a intenção de padronizar a estrutura dos atendimentos ou a conduta e intervenções da(o) psicóloga(o), assim, a profissional tem total liberdade para avaliar e adaptar os

procedimentos e recursos de acordo com as singularidades e necessidades de cada criança ou adolescente. Portanto, para um maior entendimento, os itens serão melhor tratados a seguir:

❖ **Período dos atendimentos:**

Apesar do período da psicoterapia breve e o número de sessões variarem com relação às necessidades de cada caso, considerando que Hegenberg (2010), aponta o prazo máximo de até 1 ano para psicoterapia breve. Observa-se nos estudos de Benites et al. (2019), Bottan (2018), Catarino (2020), Farinha e Souza (2016), Ferreira et al. (2020), Manzan et.al. (2021) e Sauaia et al. (2011), uma média de atendimentos de até 15 sessões, com duração de 30 minutos à 1 hora e meia em sessões individuais, e entre 1 hora e meia à 2 horas em sessões coletivas.

❖ **Temáticas pré-definidas:**

Ao identificar alguns elementos que podem ter relação com a demanda do sujeito, segundo Benites et al. (2019), Sauaia et al. (2011) e Manzan et al. (2021), pode ser interessante conduzir alguns encontros com temáticas previamente estabelecidas, podendo colaborar na condução do processo terapêutico, além de auxiliar na adesão aos atendimentos, dado que os temas escolhidos podem acabar atravessando as experiências dos sujeitos. Entretanto, é fundamental não manter uma rigidez e ter a capacidade de flexibilizar sobre as temáticas durante os encontros, pois assim, existe uma maior possibilidade de atender também aos conteúdos que surgirem durante cada encontro.

❖ **Dinâmicas:**

Em caso de encontros conjuntos, as dinâmicas podem ser bastante significativas (Bottan, 2018; Ferreira et al., 2020; Sauaia et al., 2011), pois podem se constituir como uma via condutora para possíveis mudanças individuais e coletivas, servindo como um instrumento em que os participantes podem ter a experiência de abstrair e refletir sobre as realidades compartilhadas, tornando-se, por assim dizer, um momento de aprendizado (Torres, 2023). Torna-se viável avaliar os participantes sobre diferentes perspectivas, por meio das suas manifestações verbais, gestuais, afetivas e interacionais.

❖ **Atendimento com os pais/responsáveis:**

Durante a sessão de entrevista de anamnese com os pais/responsáveis, convém a(o) psicóloga (o) realizar alguns esclarecimentos, como: explicar sobre o funcionamento da psicoterapia breve com crianças e adolescentes, à título de exemplo, estes elementos correspondem ao contrato terapêutico, que pode ser realizado de forma verbal ou em

documento físico, contendo quais são as etapas do processo, a média de sessões a serem realizadas, o tempo de cada sessão, a importância da frequência e pontualidade, explicar sobre a confidencialidade/sigilo dos atendimentos - exceto em condições em que o paciente apresente conteúdos que demonstrem prejuízos a sua integridade de qualquer ordem, considerando o Código de Ética do psicólogo e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) -, explicar sobre a necessidade da colaboração da família, da escola e dos demais profissionais que atendem o paciente, comunicando que é possível que ocorra sessões com a família e/ou responsável, visitas à escola e contato com outros profissionais que acompanham a criança ou adolescente; caso o atendimento seja realizado sem a presença da criança ou adolescente, orientar os pais/responsáveis para conversar com os filhos antes, evitando levá-los para o atendimento sem que saibam para onde estão indo. Nesta sessão, também é entregue o termo de consentimento, pois, como o paciente é menor de idade, é imprescindível a assinatura do termo para a autorização do atendimento.

Na sessão devolutiva apresentar não somente o resultado da avaliação sobre as alterações que interferem no curso do desenvolvimento da criança ou adolescente, mas também as suas potencialidades, buscando fazer isso sempre que possível durante os atendimentos seguintes com os pais, como em sessões de orientação. Durante todos os encontros com os pais/responsáveis é importante que a(o) psicóloga(o) demonstre sempre disponibilidade e paciência em tirar as dúvidas que eles tenham sobre o processo terapêutico. Fortalecer a relação de confiança com a família, pode minimizar possíveis inseguranças e evasão do tratamento.

❖ **Atendimento com a criança:**

Nos contatos iniciais com a criança, é importante promover um espaço para a brincadeira, de modo que ela possa se comunicar livremente. Caso a sessão de anamnese com os pais/responsáveis não tenha sido feita em conjunto com a criança, é válido que a(o) psicóloga(o) busque saber se a criança entende o motivo de estar naquele espaço, esclareça sobre algumas informações em relação a psicoterapia breve, como por exemplo, como vão ocorrer os atendimentos, a questão do sigilo, quais os combinados em relação ao setting terapêutico, ou seja, uma forma de estabelecer o contrato terapêutico assim como feito com os pais/responsáveis. Durante esses primeiros contatos, é necessário compreender sobre a queixa da criança e suas metas terapêuticas, que podem ser diferentes das que foram apresentadas pelos pais/responsáveis.

Para que a(o) psicóloga(o) realize a avaliação com a criança, é necessário disponibilizar para ela brinquedos estruturados e não estruturados, materiais diversos como livros, tintas, papéis coloridos dentre outros, dando liberdade para que faça uso da forma como quiser e possa se expressar. A(o) psicóloga(o) deve observar alguns fatores importantes enquanto a criança brinca: como ela se utiliza dos brinquedos, a sequência dos jogos, quais os brinquedos da sua preferência, seus interesses, o que ela comunica enquanto está brincando, qual o jogo ou brincadeira que se repete. Verificar aspectos relacionados à agressividade, criatividade, capacidade simbólica, aspectos psicológicos como atenção, concentração, memória, desenvolvimento emocional (Aberastury, 1982; Furtado & Marques, 2009; Silva, 2023a), tolerância a frustração, motricidade, autonomia, segurança, autoestima, flexibilidade ou rigidez. Durante o período da avaliação, também podem surgir oportunidades para intervenções, sendo assim, não são processos que ocorrem de maneira isolada.

Nos momentos dos atendimentos em se tratando das intervenções, a(o) psicóloga(o) é guiada(o) a partir do que vai surgindo no decorrer das interações com a criança, a partir do que a criança vai produzindo e apresentando enquanto demanda em cada atendimento, assim, segundo Silva (2023a, p. 23), “a brincadeira é o recurso principal da intervenção clínica com a criança e, como atividade principal, é um recurso que aproxima a(o) psicóloga(o) dos interesses que se manifestam durante a brincadeira”. Assim, os recursos lúdicos tornam-se terapêuticos no processo de brincadeira, no momento em que por meio deste, a criança consegue expressar, compreender e elaborar as situações que vivenciou e que lhe marcaram de alguma forma. Por meio do brincar, a criança “se relaciona com os objetos, com a realidade e com a linguagem, e interioriza relações e vivências em seu psiquismo, formando a memória, a atenção, a percepção, o pensamento verbal, a linguagem, processos de abstração e generalização, e outras funções psicológicas complexas” (Castro, 2023, p. 79). Portanto, quando a criança reproduz através dos brinquedos e jogos à sua realidade, ela está, na verdade, expressando os elementos percebidos e memorizados das situações vivenciadas.

O uso do teatro de fantoches - para dramatização -, bonecos, livros infantis e o desenho, são recursos terapêuticos potentes que são capazes de auxiliar, por meio da mediação da palavra, a comunicação e expressão das emoções das crianças durante a psicoterapia breve. Tomando como exemplo o desenho, entende-se que

No momento em que a criança desenha (atividade expressiva), ela materializa, em seu desenho, a imagem que criou internamente para dar conta das suas emoções, confirmando nossa ideia de que, por meio da materialização, a criança conhece, organiza e elabora sua emoção [...]. No desenho, a criança expressa o significado e sentido que vê nos objetos, mas não desenha a realidade como ela é, e sim, a realidade conceituada, como esta realidade é percebida pela criança e memorizada (Souza et al., 2003, p. 104 como citado em Silva, 2023a, p.24).

Diante do exposto, é preciso compreender que as escolhas dos brinquedos e materiais pela criança, tem relação com os seus interesses e formas que encontra para se expressar, por isso, o planejamento das sessões devem ser guiado pelo que ela apresenta a cada sessão e vale ressaltar, que é comum que nem sempre ela se interesse por algum recurso que a(o) psicóloga(o) sugere e cabe a profissional entender que esse é o espaço da criança e ela tende a direcionar por qual caminho pretende seguir, é importante que seja ouvida e o papel da psicóloga é de acompanhá-la nesse processo.

Por fim, assim como ocorre com os pais/responsáveis, entendendo que a criança é um sujeito ativo do seu processo, também deve-se oferecer uma devolutiva à ela sobre o que foi avaliado e observado, ainda que de modo limitado e adaptado ao seu nível de desenvolvimento, podendo se utilizar de representações através de imagens, de metáforas ou criação de uma história infantil, tendo a criança como personagem principal, facilitando dessa forma, a compreensão sobre o seu processo terapêutico. A devolutiva pode ocorrer em dois momentos, após a avaliação e quando se aproxima o período da alta, este último, deve ser comunicado com a criança de maneira antecipada, preparando-a para este momento. Ao final, pode-se criar algo juntos psicóloga/o-paciente, ilustrando sobre o caminhar da criança em psicoterapia breve. Pode-se utilizar de recursos visuais, como o desenho de uma estrada, no qual podem ser colocados elementos para representar aspectos do processo da criança até o momento final da alta terapêutica, elementos que representem as mudanças, evoluções, obstáculos, para que ela possa se perceber como parte importante do seu processo psicoterapêutico.

❖ **Atendimento com o adolescente:**

Diferente de como ocorre nos atendimentos com crianças, em algumas situações pode acontecer do próprio adolescente buscar o atendimento sem precisar ser intermediado pelos pais/responsáveis. É importante que a(o) psicóloga(o) acolha o paciente nesse momento, mas o informe sobre a necessidade em realizar contatos com os

responsáveis em alguns momentos específicos, como para contar com a autorização e realizar a devolutiva. Para garantir o sigilo e fortalecer a relação de confiança, todos os encontros precisam ser comunicados ao paciente e fica a critério dele estar presente nessas sessões com os pais/responsáveis (Stürmer et al., 2009), devendo ser respeitada a escolha do adolescente, caso não queira comparecer. Em relação ao adolescente, também deve-se avaliar os aspectos psicológicos como atenção, concentração, memória, desenvolvimento emocional, tolerância à frustração, autonomia, segurança, autoestima, flexibilidade ou rigidez, como lida com o estabelecimento de regras e limites. Mas além disso, aspectos relacionados à identidade e sexualidade também são necessários de serem incluídos. A(o) psicóloga(o) deve tratar com tranquilidade temas que podem surgir nos atendimentos e podem ser considerados socialmente como tabus (Stürmer, 2009), tais como sexo, doenças, morte, drogas, identidade de gênero e orientação sexual, compreendendo que o adolescente está em busca pela sua autonomia e identidade.

Quando se atende adolescentes, deve-se ter uma postura mais flexível, tolerante, fluida e ter até “alguma dose de bom humor e gosto pela novidade e desafio” (Castro & Timmen, 2009, p.182), assim como ser capaz de lidar com as críticas culturais e sociais que o adolescente pode apresentar. É preciso que se familiarize com a linguagem e elementos do interesse do adolescente, se atentando as formas de comunicação e movimento (Castro & Timmen, 2009; Jardim, 2003), pois é comum o paciente chegar na sessão ouvindo música e querer mostrar para a(o) psicóloga(o), além de falar sobre outros interesses como jogos de videogame, séries, R.P.G, livros e tantos outros. Ao se aproximar desses assuntos a(o) psicóloga(o) pode conseguir acessar e compreender alguns conteúdos que o adolescente está buscando demonstrar na psicoterapia por essa via de comunicação. Nesse sentido, Jardim (2003, p. 34), assegura que o adolescente não quer que a(o) psicóloga(o) “fique quieto, só ouvindo, mas deseja que seja ativo e propositivo. Em sua atuação o terapeuta deve fugir do convencional, não sendo “reto”, parado, mas aberto para o inesperado”. Sugere que a(o) psicóloga(o) esteja em dia com a psicoterapia pessoal, a fim de que consiga lidar de forma profissional com as provocações, as poucas palavras e até mesmo os silêncios do adolescente (Jardim, 2003). Assim, durante o processo psicoterapêutico a(o) psicóloga(o) precisa estar atenta e se adequar às diversas formas de expressão, compreendendo e se apropriando dos conhecimentos sobre as particularidades do atendimento com adolescentes.

Um fator importante a se acrescentar em relação ao atendimento com crianças e adolescentes, consiste na(o) psicóloga(o) sempre consultá-los e comunicá-los previamente sobre os contatos que podem ocorrer com a escola e/ou demais profissionais que os acompanha, assim como os possíveis encaminhamentos à outras instituições e profissionais.

❖ **Características do atendimento com crianças e adolescentes vítimas de violência**

Sabe-se que em psicoterapia o vínculo terapêutico é fator indispensável para que o processo terapêutico seja de fato efetivo. Quando se pensa em psicoterapia breve com crianças e adolescentes vítimas de violência, deve-se ter uma atenção ainda maior em relação a esse aspecto, pois a história desses pacientes é atravessada pela experiência de rompimento do sentimento de segurança e confiança, tendo em vista que em sua maioria, as pessoas que cometem o ato de violência são as pessoas em que a vítima detém afeto e confiança. Por conta disso, acabam chegando ao atendimento com essas marcas da desconfiança, da culpa e da vergonha. Habigzang (2006, p. 21), afirma que “independentemente do referencial teórico que fundamenta a intervenção, é necessário criar um clima de segurança e aceitação”. Assim, o paciente pode começar a adquirir maior confiança e começar a se comunicar, através, por exemplo, de jogos, brincadeiras, desenhos dirigidos - autorretrato, desenho da família, de um sonho, de uma casa - permitindo que através de uma linguagem não verbal, consigam romper o segredo que tornavam esses sujeitos isolados (Habigzang, 2006).

Durante a psicoterapia, a(o) psicóloga(o) deve buscar auxiliar crianças e adolescentes em expressar seus sentimentos, alguns que são comuns em vítimas de violência, são: culpa, vergonha, tristeza, decepção, raiva reprimida, desamparo, autoacusação e impotência (Padilha & Gomide, 2004; Habigzang, 2006). É importante que o paciente consiga descrever a situação traumática relacionada à violência, seja de maneira verbal ou através da escrita ou do desenho. Algumas crianças e adolescentes podem encobrir sentimentos em relação ao agressor ou às pessoas que não perceberam, algumas sugestões que podem auxiliar nesse processo, é pedir que a criança ou adolescente desenhe, escreva ou dramatize o que gostaria de dizer para essas pessoas.

O intuito da psicoterapia, consiste em resgatar a autoestima e a esperança desses sujeitos, ressignificar a experiência traumática vivida, fazendo com que compreendam que “as experiências difíceis não podem ser totalmente esquecidas, mas devem ser

assimiladas, integradas e transformadas, passando de algo insuportavelmente vergonhoso a uma triste lembrança'' (Padilha & Gomide, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi apresentado neste protocolo, é possível perceber a complexidade e as minúcias que envolvem a temática da violência e o atendimento em psicoterapia breve com crianças e adolescentes vitimizados. Considerando os achados na literatura e o resultado do estudo desenvolvido no município de Vitória da Conquista, Bahia, nota-se o quanto aspectos históricos, sociais e culturais atravessam a violência infantojuvenil e permanecem ainda hoje, profundamente enraizados. Ao compreender que crianças e adolescentes vivenciam realidades distintas, é essencial que se promova discussões sobre os efeitos do racismo, do machismo e das desigualdades sociais nas diferentes infâncias e adolescências e de que modo elas se relacionam com a temática da violência.

As marcas da violência, se concretizam através das consequências que implicam tamanho prejuízo ao período da infância e da adolescência e repercute de maneira significativa nas relações e em diferentes contextos da vida dessa população, fazendo com que o sofrimento se estenda também às suas famílias. Com isso, refletindo sobre a problemática da violência sofrida por crianças e adolescentes e de que maneira a Psicologia, enquanto ciência e campo de estudo que contribui para a produção do cuidado em saúde poderia atuar, este protocolo foi produzido apresentando uma proposta de psicoterapia breve voltada à crianças e adolescentes vítimas de violência, entendendo esta, como uma estratégia de intervenção que pode contribuir com as políticas públicas de saúde mental infantojuvenil voltada à essa público, tendo em vista, que a psicoterapia breve é considerada uma importante prática psicológica que pode alcançar uma ampla parcela da população.

No decorrer da leitura deste protocolo, observa-se que foram descritas informações importantes para o planejamento e desenvolvimento da psicoterapia breve com crianças e adolescentes vítimas de violência, tais como: os aspectos que caracterizam esse modelo de atendimento, às particularidades do atendimento com crianças e adolescentes, o conhecimento sobre as práticas em psicoterapia breve envolvendo a temática da violência, os estágios do processo psicoterapêutico e por fim, algumas orientações e sugestões para o planejamento e desenvolvimento das sessões. Assim, ao compreender a dimensão da violência no contexto infantojuvenil e a psicoterapia breve

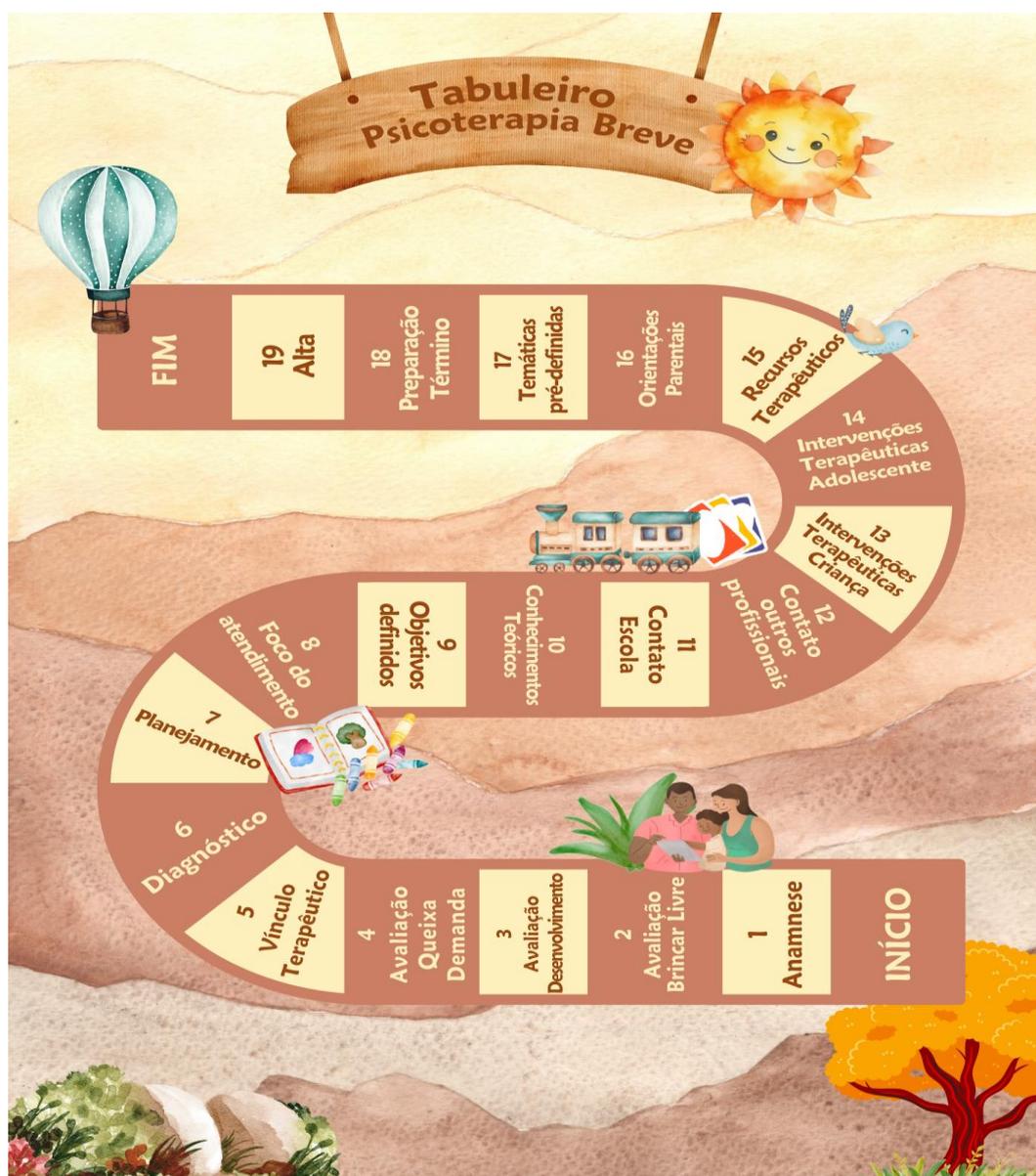
enquanto uma modalidade de atendimento efetiva, percebe-se o quanto ela tem potencial para atenuar as repercussões no desenvolvimento de crianças e adolescentes decorrentes das experiências de violência.

TABULEIRO SOBRE A PSICOTERAPIA BREVE

Com o intuito de auxiliar profissionais e pacientes sobre os procedimentos que compõem a psicoterapia breve, foi produzido um tabuleiro ilustrativo que representa de maneira lúdica um resumo desse processo: o intuito de auxiliar profissionais e pacientes sobre os procedimentos que compõem a psicoterapia breve, foi produzido um tabuleiro ilustrativo que representa de maneira lúdica um resumo desse processo:

Figura 11

Tabuleiro sobre a Psicoterapia Breve



CAPÍTULO VII

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A infância é um chão que pisamos a vida inteira.”

(LYA LUFT, 2023)

Considerando o conteúdo apresentado nesta dissertação, percebe-se o quanto o fenômeno da violência na infância e adolescência é um assunto complexo que requer um aprofundamento na história e na cultura do Brasil. Presentes desde o período da colonização, a ideia de hierarquização e coisificação ainda permeiam as interações sociais entre adultos e crianças/adolescentes, sobretudo nas relações familiares, em que a violência tem se manifestado por meio de condutas punitivas e coercitivas. Passadas através das relações e experiências intergeracionais, a violência intrafamiliar, a qual crianças e adolescentes são submetidos com maior frequência, é consequência de um longo processo histórico que possui uma forte influência da cultura.

A violência é considerada pela OMS como uma questão de saúde pública e pode provocar várias consequências no desenvolvimento de crianças e adolescentes: questões emocionais, transtornos psicológicos, alterações de comportamento e dificuldades de aprendizagem são alguns dos possíveis efeitos que a violência pode gerar na saúde dessa população. Mesmo com o avanço na consolidação das leis que visam a proteção e direitos de crianças e adolescentes vítimas de violência, estes não são suficientes para a garantia da sua proteção. Estratégias e discussões sobre o enfrentamento da violência precisam ser atividades constantes, com a participação de vários atores sociais (estado, família, profissionais) para o fortalecimento de ações de cuidado e proteção.

Esta pesquisa teve a intenção de investigar sobre o processo da violência contra crianças e adolescentes em Vitória da Conquista, Bahia, com vistas a construir uma proposta de Psicoterapia Breve para essa população. Para isso, foi preciso conhecer as práticas de políticas públicas de saúde mental voltadas às crianças e aos adolescentes vítimas de violência em Vitória da Conquista, Bahia; explorar na literatura propostas de acompanhamento psicológico para crianças e adolescentes vítimas de violência, com ênfase em práticas de Psicoterapia Breve; mapear os casos de crianças e adolescentes vítimas de violência no município, notificadas no SINAN e apresentar uma proposta de

Psicoterapia Breve para crianças e adolescentes vítimas de violência ao município, em formato de um produto tecnológico.

Para conhecer as práticas de políticas públicas de saúde mental voltadas às crianças e aos adolescentes vítimas de violência foi realizada uma entrevista com a coordenadora administrativa de um programa de extensão, que é um setor que integra a Rede de Atenção e Defesa da Criança e do Adolescente no município e promove ações multidisciplinares em prol do fortalecimento do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente na cidade. Ao analisar o material produzido a partir da entrevista, foi possível perceber que existe uma desarticulação entre os órgãos que compõem a Rede de Atenção, demonstrando as fragilidades existentes, como: a dificuldade na comunicação e no funcionamento dos serviços, desqualificação nas práticas profissionais, sobrecarga de demandas nos serviços e carência de espaços no município que ofereçam psicoterapia para crianças e adolescentes vítimas de violência.

Diante dessas lacunas existentes na estrutura e nos procedimentos dos serviços da Rede de Atenção, o Fluxo de Atendimento Integrado a Crianças e Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência e o Protocolo Unificado de Atendimento Integrado a Crianças e Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência (Santos et al., 2023a; 2023b) foram lançados pelo município e se apresentam como ferramentas com potencial para mobilizar possíveis transformações na rede. Os materiais propõem promover mudanças nas práticas existentes dos profissionais, mobilizando para condutas mais humanizadas, evitando que crianças e adolescentes vítimas de violência sofram novas violências. Assim, o que se compreende sobre as práticas de políticas públicas de saúde mental voltadas às crianças e aos adolescentes vítimas de violência no município consiste em uma rede de proteção desarticulada e frágil, mas em processo de (re)invenção para fortalecer suas ações e serviços.

Para uma maior aproximação do conhecimento teórico-prático encontrado na literatura sobre as propostas de acompanhamento psicológico para crianças e adolescentes vítimas de violência, com ênfase em práticas de Psicoterapia Breve, foi realizada uma revisão integrativa, na qual foram encontrados sete trabalhos que se alinhavam com o objetivo proposto nesta dissertação (Benites et al., 2019; Bottan, 2018; Catarino, 2020; Farinha & Souza, 2016; Ferreira et al., 2020; Manzan et.al., 2021; Sauaia et al., 2011).

As informações encontradas nos estudos sobre as práticas psicológicas na modalidade de intervenção breve, atravessadas com a temática da violência envolvendo

crianças ou adolescentes e suas famílias foram as seguintes: com relação às modalidades de atendimento encontradas, a escolha a nível individual, grupal, ou ainda a possibilidade da soma dessas duas perspectivas, eram avaliadas de acordo a necessidade. As intervenções incorporaram diferentes grupos, dentre eles as vítimas e familiares, em contextos de saúde, escola e delegacias; sobre os objetivos das intervenções, verificou-se que tinham a intenção de promover um espaço de acolhimento e orientação às vítimas, realizar orientação parental, proporcionar informações sobre novas formas de lidar com a violência, restaurar memórias fragmentadas de vítimas de violência com sintomas de Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT) e ressignificar as histórias dos sujeitos envolvidos em situação de violência.

Sobre os resultados e mudanças obtidas após as intervenções, verificou-se que os sujeitos tiveram a oportunidade de se reorganizar psicologicamente, ressignificar o seu lugar de vítima, desenvolver maior capacidade de resiliência diante de eventos traumáticos, ressignificação das vivências e emoções atravessadas pela violência, desconstrução de padrões familiares relacionados à violência e apresentaram mudanças significativas nas relações familiares. Com base nas informações prestadas, foi possível perceber que as intervenções de psicoterapia breve tem potencial para atenuar as repercussões decorrentes das experiências vivenciadas em contexto de violência, pois ao avaliar os efeitos provocados nos participantes após as intervenções, verificou-se processos de ressignificações sobre as experiências vivenciadas pelas vítimas e suas famílias, ocasionando um impacto positivo nesses indivíduos; e ainda, diante da escassez de produções científicas, é importante o encorajamento para que mais estudos sejam desenvolvidos nessa perspectiva, a fim de contribuir para o desenvolvimento de intervenções que possam auxiliar no cuidado de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência.

Com o propósito de se ter um panorama sobre a violência infantojuvenil no município de Vitória da Conquista, Bahia, foi realizado um mapeamento sobre os casos ocorridos durante o período de 2020 a 2022. Os dados decorriam das Fichas de Notificação de Investigação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada preenchidas pelos profissionais de saúde e inseridas no SINAN. De acordo com os resultados foi possível constatar que os maiores índices de violência registrados no município foram os casos de violência física, violência psicológica/moral e violência sexual. A negligência e o trabalho infantil não foram prevalentes no município, este é um

fator que deve ser reconhecido, mas ainda assim, é importante pensar sobre as possíveis dificuldades existentes em identificar e mensurar essas últimas violências.

Com relação aos autores da violência, a maioria deles mantinham algum vínculo com a vítima, principalmente familiar. O que sugere a possibilidade de grandes consequências na vida dessa população, pois tal experiência pode gerar sentimentos conflituosos, já que a família é o primeiro grupo social em que estabelecem contato. A figura masculina apareceu com maior frequência em relação à violência sexual infantojuvenil, o que pode ser considerada também no contexto da violência de gênero, pois está associada tanto com as desigualdades na relação adulto-criança, quanto nas desigualdades masculino-feminino. Pessoas desconhecidas, também foram autores frequentes com relação a violência sexual, o que desperta um questionamento sobre o fato de crianças e adolescentes poderem estar em situação de vulnerabilidade e risco para esse tipo de violência.

Em se tratando do lugar onde ocorreram a maior parte dos casos de violência, verificou-se que a residência foi o local de maior prevalência, o que indica a necessidade em avaliar sobre a segurança da vítima, para que ela não vivencie novas situações de violência no ambiente doméstico. O maior número de notificações de violência realizadas envolveu os grupos com idades entre 5 a 19 anos, sendo que crianças entre 10 e 11 anos foram as maiores vítimas de violência física, psicológica e sexual. Como crianças com essa idade teoricamente frequentam o ambiente escolar, entende-se a importância do papel da escola na garantia da proteção desses grupos.

Crianças e adolescentes do sexo feminino foram as maiores vítimas de violência física, psicológica, sexual e negligência; já as vítimas do sexo masculino foram submetidas com maior frequência ao trabalho infantil. Estes resultados demonstram que a violência se manifesta de forma diferente entre meninos e meninas, isso ocorre em decorrência da construção histórica do significado social do masculino e do feminino e das hierarquias existentes nas relações de dominação em que o adulto-masculino se coloca na relação com a criança-feminino. Observou-se que as crianças e adolescentes pardas foram as maiores vítimas de todos os tipos de violência no município. Ao analisar a realidade brasileira, por meio de uma perspectiva histórica, são evidentes as marcas deixadas pelo período colonial e escravista, assim como o fato da população infantojuvenil preta estar sujeita a todo tipo de violência é resultado desse longo processo histórico de opressão, humilhação e desumanidade. Com isso, nota-se que apesar da

evolução histórica da sociedade, os fatores sociais e culturais ainda sustentam a violência cometida contra crianças e adolescentes, sendo extremamente necessário que sejam promovidas discussões sobre os efeitos do racismo, do machismo e das desigualdades sociais nas diferentes infâncias e adolescências.

Com relação às limitações da pesquisa, houve implicações quanto ao acesso aos espaços/responsáveis por setores importantes para o desenvolvimento da pesquisa, como dificuldade de acesso à Secretaria de Desenvolvimento Social e Secretaria de Saúde, visto que, inicialmente estava prevista a participação de tal profissional na pesquisa e não houve qualquer resposta da Secretaria de Desenvolvimento Social quanto à análise do projeto, passo indispensável para a submissão do mesmo no Comitê de Ética em Pesquisa. Houve uma adaptação no percurso metodológico, e a coordenadora de saúde mental do município foi aventada como participante, mas também não houve resposta deste setor, exigindo readaptações do curso da pesquisa, para que esta pudesse ser efetivada.

A proposta de Psicoterapia Breve para Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, construída por meio deste estudo, teve o formato de um protocolo que se constituiu como um produto técnico-tecnológico resultado desta pesquisa de mestrado. O protocolo foi pensado e produzido com base nos conhecimentos construídos através desta pesquisa, compreendendo sobre a necessidade de ações direcionadas ao acompanhamento psicológico e especializado às crianças e aos adolescentes vítimas de violência, encontrando na Psicoterapia Breve uma potencialidade para ampliar o acesso dessa população ao atendimento psicoterapêutico no município e atenuar as repercussões decorrentes dessas experiências.

O material compreende informações para o planejamento e desenvolvimento da psicoterapia breve com crianças e adolescentes vítimas de violência, tais como: os aspectos que caracterizam o modelo de atendimento, às particularidades do atendimento com crianças e adolescentes, o conhecimento sobre as práticas em psicoterapia breve envolvendo a temática da violência, os estágios do processo psicoterapêutico e por fim, algumas orientações e sugestões para o planejamento e desenvolvimento das sessões. A intenção é de auxiliar profissionais psicólogos/os para o atendimento em psicoterapia breve, tendo como foco crianças, adolescentes e suas famílias que passaram por situações de violência.

Pretende-se apresentar o produto técnico (Protocolo) à Secretaria Municipal de Saúde Mental de Vitória da Conquista e ao Projeto de Extensão, com a perspectiva de

contribuir com a política de saúde mental infantojuvenil do município, propondo que o instrumento seja utilizado por psicólogas/os atuantes no futuro Núcleo de Psicologia da Criança e do Adolescente (NPCA). Esta sugestão visa a recomendação encontrada nos materiais disponibilizados pelo município (Santos et al., 2023a, 2023b), que buscam minimizar os impactos da violência e garantir a proteção integral de crianças e adolescentes vítimas de violência e recomenda que a atuação da(o) psicóloga(o) no NPCA seja embasada na modalidade de atendimento em Psicoterapia Breve e orientação. Por último, entende-se o impacto social desta pesquisa, ao buscar colaborar com os conhecimentos e produções científicas relacionadas à temática da violência que atravessam as várias infâncias e adolescências, assim como, contribuir com o município em relação ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento à violência que acomete crianças e adolescentes, buscando colaborar com a rede na garantia e proteção integral dessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, W. M. J., & Ozella, S. (2006). Núcleos de significação como instrumentos para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26[2], 222-247.
- Alves, R. F., [org]. (2011). *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa*.
- Alberto, M. de F. P.; Pessoa, M. C. B.; Malaquias, T. A. P.; & Costa, C. S. da S. (2020). Trabalho infantil e ato infracional: análise histórico-cultural do desenvolvimento infantojuvenil. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, São Paulo, 21(1), 127-142.
- Alberto, M. de F. P.; Silva, A. C. S. de; Souza, G. P. de; & Nunes, T. da S. (2010). O trabalho infantil na rua. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, [S.L.], 13(1) 59-71.
- Alberto, M. de F. P.; & Santos, D. P. dos. (2011). Trabalho infantil e desenvolvimento: reflexões à luz de Vigotski. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 16(2), 209-218.
- Aires, J. M. Q., (2006). A abordagem sócio-histórica na psicoterapia com adultos. *Psicologia para América Latina*.
- Avanci, J.; Assis, S.; Oliveira, R.; & Pires, T. (2009). Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (2), 383-394.
- Almeida, B. P., & Goto, T. A. (2011). *Intervenção e Cuidado com Crianças e Adolescentes Vitimizadas: Atuação do Psicólogo no Programa Sentinela (CREAS) em Poços de Caldas (MG)*. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 19(1-2), 89-98. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v19n1-2p89-98>
- Antoni, C. de; Yunes, M. A. M.; Habigzang, L.; & Koller, S. H. (2011). Abuso sexual extrafamiliar: percepções das mães de vítimas. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 28(1), 97-106.
- Aberastury, A. (1982). *Psicanálise da criança: teoria e técnica*. Porto Alegre: Artmed.
- Barros, M. I. V.; Barros, N. V.; & Freitas, R. de C. Sa. (2014). A influência da Lei 12.010/2009 para a judicialização das relações sociais e seus efeitos. *O Social em Questão*, Rio de Janeiro, 163-176.
- Barros, A. S. de, & Freitas, M. de. F. Q. de,. (2015). Violência doméstica contra crianças e adolescentes: consequências e estratégias de prevenção com pais agressores. *Pensando Famílias*, 19(2), 102-114. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v19n2/v19n2a09.pdf>
- Barbosa, R. de S. (2022). *A violência contra crianças e adolescentes em tempos de pandemia: panorama das notificações no Distrito Federal nos anos de 2019 a 2021*. Políticas Públicas, Infância, Juventude e Diversidade, Universidade de Brasília, Brasília.
- Bottan, G. (2018). *Avaliação de resultados de intervenção breve antibullying para adolescentes em escolas públicas*. [Tese de Doutorado], programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Benites, M. R.; Cauduro, G. N.; Vaz, L. V.; Borges, É. P. K.; Selau, T.; & Yates, D. B. (2019). Orientação a Práticas Parentais: Descrição de um Programa de Intervenção Individual Breve. *Psicologia: Ciência e Profissão*, [S.L.], 41(3), 1-15.

Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federal do Brasil*.

_____. Ministério da Saúde (2009). *Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz*, Brasília.

_____. Ministério da Saúde. (2014a). *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde.

_____. Portaria nº 1.271, de 6 de Junho de 2014. (2014b). *Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional*, Brasília.

_____. Ministério da Saúde (2012). Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Conselho Nacional de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. (2016a). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva: instrutiva notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. 2 ed. Brasília.

_____. Ministério da Saúde. (2016b). Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais*. Conselho Nacional de Saúde.

_____. Secretaria dos Direitos Humanos. (2013). *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes*.
https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sedh/08_2013_pnevsca.pdf

_____. (2022). Ministério Público do Estado do Mato Grosso. *Protocolo integrado de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no município de várzea grande*, Mato Grosso: Harmonia Editora.

_____. (2021b). Fórum Brasileiro de segurança pública. *Violência contra crianças e adolescentes (2019-2021)*, São Paulo.

_____. (2023). Agência Brasileira de Cooperação. Ministério das Relações Exteriores. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). *Experiência de Vitória da Conquista, (BA), na implementação da lei da escuta protegida de crianças e adolescentes*.

_____. (2024). Lei nº 14.826 de 20 de março de 2024. *Parentalidade positiva e o direito ao brincar como estratégias intersetoriais de prevenção à violência contra crianças*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L14826.htm

Cezar, P. K.; Arpini, D. M.; & Goetz, E. R. (2017). Registros de notificação compulsória de violência envolvendo crianças e adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, [S.L.], 37(2), 432-445.

Costa, M. C. O.; Carvalho, R. C. de; Santa Bárbara, J. de F. R.; Santos, C. A. S. T.; Gomes, W. de A.; & Sousa, H. L. de. (2007). O perfil da violência contra

- crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.L.], 12(5), 1129-1141.
- Conselho Federal de Psicologia - CFP. (2009). *Serviço de proteção social a crianças e adolescentes vítimas de violência, abuso e exploração sexual e suas famílias: referências para a atuação do psicólogo*. Brasília.
- Catarino, F. C. (2020). *Terapia de Exposição Narrativa (NET): estudo de avaliabilidade em dois serviços de saúde no município do Rio de Janeiro*. [Dissertação de Mestrado], Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Craveiro, A. V. (Org.). (2016). *Protocolo de atendimento à criança e ao adolescente vítima da violência do Município de Foz do Iguaçu*, Foz do Iguaçu: Itaipu Binacional.
- Camargo, C. L. de; Alves, E. S.; & Quirino, M. D. (2005). Violência contra crianças e adolescentes negros: uma abordagem histórica. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 14(4)608-615.
- Castro, L. K. de; Campeazatto, P. V. M.; & Saraiva, L. (2009). As etapas da psicoterapia com crianças. In: Castro, M. da G. K.; Stürmer, A. Garcia, A. A. C (org.). *Crianças e adolescentes em psicoterapia: a abordagem psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed, 97-115.
- Castro, M. da G. K.; & Timmen, V. F. (2009). Formas comunicativas na psicoterapia com adolescentes. In: Castro, M. da G. K.; Stürmer, A. Garcia, A. A. C (org.). *Crianças e adolescentes em psicoterapia: a abordagem psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed, 175-194.
- Castro, F. S. de. (2023). *Psicoterapia de Orientação Histórico-Cultural com Crianças de Idade Pré-Escolar (3 a 6 Anos)*. In: SILVA, Carmem Virgínia Moraes da (Org.). *Psicologia clínica infantil: enfoque histórico-cultural, Vitória da Conquista: Edições UESB*.
- Clarindo, J. M. (2020). *Clínica histórico-cultural: caracterizando um método de atuação em psicoterapia*, [Tese de doutorado], programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Fortaleza.
- Day, V. P.; Telles, L. E. de B.; Zoratto, P. H.; Azambuja, M. R. F. de; Machado, D. A.; Silveira, M. B.; Debiaggi, M.; Reis, M. da G.; Cardoso, R. G. Cardoso; & Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria*, Rio Grande do Sul, 25 (1), 9-21.
- Deslandes, S.; Mendes, C. H. F. Mendes; Lima, J. de S.; Campos, D. de S. (2011). Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(8),1633-1645.
- Del Priore, M. (2010). O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império. In: Del Priore, Mary (org.). *Histórias das Crianças no Brasil*. 7. ed. 84-106.
- Eufrazio, F. F. (2022). *Do genocídio da criança e do adolescente negro durante e após a escravidão*. *Aedos*, 14(31), 172-186.

- Frota, A. M. M. C. (2007). *Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção*. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, 7(1), 144-157.
- Freitas, M. T. A. (2009). *A pesquisa de abordagem histórico-cultural: um espaço educativo de constituição de sujeitos*. Revista Teias, 10(19).
- Ferreira, S. S.; Oliveira, M.; Aguiar, B.; Ferreira, M.; & Tavares, H. B. (2020). Dating violence: knowledge and attitudes of adolescents and evaluation of the effectiveness of a brief intervention in high school students. *Nascer e Crescer - Birth and Growth Medical Journal*, [S.L.], 29(2),78-85.
- Furtado, H. M. R.; Marques, N. M. (2009). Psicoterapia breve de orientação psicanalítica na infância e na adolescência. In: Castro, M. da G. K.; Stürmer, A. Garcia, A. A. C (org.). *Crianças e adolescentes em psicoterapia: a abordagem psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed, 195-215.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2021a). *Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil*. <https://www.unicef.org/brazil/media/16421/file/panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil.pdf>
- Farinha, M. G.; & Souza, T. M. C. (2016). Plantão psicológico na delegacia da mulher: experiência de atendimento sócio clínico. *Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, São Paulo,17(1), 65-79.
- Ferraz, M. de M. P.; Veloso, M. M. X.; & Cabral, I. R. (2021). *Violência sexual contra crianças e adolescentes: análise das notificações a partir do debate sobre gênero*. Desidades, [S.L.], 29(9), 134-150.
- Guzzo, A. C. Á.; Cabral, A. C.; Silva, C. J. V. da; Reis, D. C. dos; Fonseca, E. S. P. da; Pinheiro, J. A.; Martins, L. G. N., Silva; M. M. da; Garcia, M. L.; Brito, R. H. F.; Vianna, R. de C. de S.; & Ruffeil, S. (2010). *Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência uma abordagem interdisciplinar na Saúde*. Belém.
- Hohendorff, J. V., Koller, S. H., & Habigzang, L. F. (2015). *Psicoterapia para Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual no Sistema Público: panorama e alternativas de atendimento*. Psicologia Ciência e Profissão, 35[1], 182-198.
- Holzkamp, K. (2016). *Ciência marxista do sujeito: uma introdução à psicologia crítica*. Tomo I. Coletivo Veredas. Maceió.
- Hegenberg, M. (2010). *Psicoterapia Breve: clínica psicanalítica*. 3 ed. Casa do Psicólogo, 191.
- Habigzang, L. F.; Koller, S. H.; Azevedo, G. A.; & Machado, P.X. (2005). Abuso Sexual Infantil e Dinâmica Familiar: aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, 21(3), 341-348.
- Habigzang, L. F. (2006). *Avaliação e intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar*. [Mestrado], Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

- Jardim, A. P. (2003). *Adolescência, psicoterapia e desenvolvimento humano*. [Mestrado] Psicologia do desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Krominski, V. J., Lopes, R. R., & Fonseca, D. C. (2020). *A normatização do conceito criança e adolescente numa perspectiva histórico-cultural*. *Cadernos da Pedagogia*, 4(30),32-46.
<https://www.cadernosdapedagogia.ufscar.br/index.php/cp/article/view/1478/556>
- Lima, J. A. (2012). *A repetição do abuso sexual intrafamiliar infanto-juvenil entre gerações*. [Tese de Doutorado], psicologia social, Universidade Federal da Paraíba/Universidade Federal do Rio grande do Norte, João Pessoa.
- Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990). *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.
- Magalhães, G. M. (2018). *Atividade-guia e neoformações psíquicas: contribuições da Psicologia Histórico-Cultural para o ensino desenvolvente na Educação Infantil*. *Crítica Educativa*, 4[2], 275-286.
- Marques, E. S., Moraes, C. L. de, Hasselmann, M. H., Deslandes, S. F., & Reichenheim, M. E. (2020). *A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento*. *Caderno de Saúde Pública*, 36[4], 01-06.
- Marangoni, S. de F. S. (2007). *A mediação da palavra e do brincar na psicoterapia com crianças* [Dissertação de Mestrado]. São Paulo.
- Minayo, M. C. de S. (2001). Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 2[1], 91-102.
- _____. (2003). *A Violência Dramatiza Causas*. In: *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- _____. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*.
- Melo, R. A. de; Carlos, D. M.; Freitas, L. A.; Roque, E. M. de S. T.; Aragão, A. de S.; & Ferriani, M. das G. C. (2020). Rede de proteção na assistência às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*.
- Mata, N. T. (2019). Negligência na Infância: uma reflexão sobre a (des)proteção de crianças e Famílias. *O social em Questão*, Rio de Janeiro, 223 – 238.
- Martins, C. B. de G.; & Jorge, M. H. P. de M. (2010). Maus-tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, 23(3), 423-428.
- Manzan, F. R. A.; Hueb, M. F. D.; Santeiro, T. V.; & Borges, M. A. P. (2021). Enfrentamento materno diante de violência sexual: experiência grupal em Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, Minas Gerais, 9 (1),159-168.
- Monteiro, F. de O. (2010). Plantão social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, 1[103],476-502.

- Nunes, A. J.; & Sales, M. C. V. (2016). Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.L.], 21(3), 871-880.
- Nunes, V. L. P. (2012). *Violência contra crianças e adolescentes: realidade versus tratamento jurídico*. [Trabalho de Conclusão de Curso], Centro Universitário Eurípides de Marília, Marília.
- Oliveira, N. F. de, Moraes, C. L. de; Junger, W. L., & Reichenheim, M. E. (2020). *Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29[1], 1-20.
<http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000100012>.
- Oliveira, I. T. de. (2002). Critérios de indicação para psicoterapia breve de crianças e pais. *Psicologia: Teoria e Prática*, 4(1), 39- 48.
- _____. (2006). *O planejamento da psicoterapia breve infantil a partir do referencial do desenvolvimento*. [Tese de Doutorado]. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- _____. (2007). *Psicoterapia breve infantil: revisão da literatura e delineamento de modelos de intervenção*. *Revista de Psicologia*, 11[16], 49-74.
- _____. (2021). *Psicoterapia Breve Infantil: planejamento do processo*. (3rd ed.). Belo Horizonte: Artesã.
- Organização das Nações Unidas (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>.
- Oliveira, R. B. S. de, & MOURA, R. H. de.,(2016). *Contribuição da perspectiva sócio-histórica para a produção da práxis psicológica no contexto hospitalar*. Anais do Encontro Anual de Iniciação Científica. Paraná.
<http://www.eaic.uem.br/eaic2016/anais/artigos/1330.pdf>.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde* (OMS), Geneva.
- Pinheiro, Â. A. A. (2001). *A criança e o adolescente no cenário da redemocratização: representações sociais em disputa*. [Tese de doutorado], Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 438 f.
- Platt, V. B.; Guedert, J. M.; & Coelho, E. B. S. (2020). Violência contra crianças e adolescentes: notificações e alerta em tempos de pandemia. *Revista Paulista de Pediatria*, [s. l], 39(1), 1-7.
- Priotto, E. M. T. P. (2013). *Violência envolvendo adolescentes estudantes na tríplice fronteira: Brasil – Paraguai – Argentina*. [Tese de Doutorado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Pelisoli, C.; Pires, J. P. M.; Almeida, M. E. de A.; & Dell’Aglío, D. D. (2010). Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência. *Temas em Psicologia*, Porto Alegre, 18(1), 85-97.
- Padilha, M. da G. S.; & Gomide, P. I. C. (2004). Descrição de um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 53-61.

- Reis, E. A., & Reis, I. A. (2002). *Análise Descritiva de Dados*. Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG. Minas Gerais.
- Rezende, E. A. de. (2016). *Consequências da violência na infância ao longo da vida: uma revisão narrativa*. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Universidade de Brasília, Brasília.
- Rocha, A. P. R. (2022). Da escravidão à pandemia: racismo estrutural e desproteção de crianças e adolescentes. *Revista Em Pauta: Teoria Social E Realidade Contemporânea*, 20(50)248–264.
- Silva, R. L. da. (2009). *Violência sexual contra crianças e adolescentes: estudo a partir da psicologia histórico-cultural*. [Monografia]. Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Silva, E. P. da, & Barbosa, L. dos S. (2009). *As entrelinhas do atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual intrafamiliar*. In: Seminário de estudos em análise do discurso 1969-2009: Memória e história na/da Análise do Discurso.
<https://www.ufrgs.br/analisedodiscurso/anaisdosead/4SEAD/POSTERES/ElizangelaPatricio.pdf>
- Souza, M. T. de; Silva, M. D. da; & Carvalho, R. de C. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 8(1),102-6.
- Silva, C. V. M. da. (2023a). Psicoterapia breve infantil com enfoque histórico-cultural: experiência de estágio em serviço escola de psicologia. *Revista Humanidades e Inovação*, Palmas, 10(02).
- _____. (2023b). Significações da Psicologia Clínica Infantil: enfoque Histórico-Cultural. In: SILVA, Carmem Virginia Moraes da (Org.). *Psicologia clínica infantil: enfoque histórico-cultural*, Vitória da Conquista: Edições UESB.
- Sauaia, A. da S. e S.; Arruda, M. de A. L. B. de; & MELO, J. W. F. (2011). Seguimento psicológico para agressores domésticos de crianças: protocolo de atendimento psicoterápico breve. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Florianópolis, 6(21), 264-270.
- Santos, S. S. dos; Pelisoli, C. da L.; & Dell’aglio, D. D. (2012). Desvendando segredos: padrões e dinâmicas familiares no abuso sexual infantil. In: Habigzang, L. F.; Koller, S. H. (Orgs.). *Violência contra crianças e adolescentes: Teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed, 55-68.
- Santos, B. R. dos; Lima, M. F. A.; Oliveira, J. S.; & Gonçalves, I. B. [org.]. (2023a). *Manual do Fluxo de Atendimento Integrado a Crianças e Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência de Vitória da Conquista-Bahia*. Vitória da Conquista e São Paulo: Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista: Childhood – Instituto WCF-Brasil.
- _____. (2023b). *Protocolo unificado de atendimento integrado a crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência*. Vitória da Conquista e São Paulo: Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista: Childhood – Instituto WCF-Brasil.
- Saffioti, H. I. B. (2015). *Gênero, patriarcado, violência*. 2 ed. São Paulo: Expressão Popular-Fundação Perseu Abramo.

- Stürmer, A. (2009). As origens da psicoterapia de crianças e adolescentes na psicanálise. In: Castro, M. da G. K.; Stürmer, A. Garcia, A. A. C (org.). *Crianças e adolescentes em psicoterapia: a abordagem psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed, 29-41.
- Stürmer, A.; Ruaro, C. K.; & Saraiva; L. A. (2009) O lugar dos pais na psicoterapia de crianças e adolescentes. In: Castro, M. da G. K.; Stürmer, A. Garcia, A. A. C (org.). *Crianças e adolescentes em psicoterapia: a abordagem psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed, 116-140.
- Tanamachi, E. de R.; Ferreira, F. da S.; Ferreira, A.; & Bernardes, M. E. M. (2019). Teoria, método e pesquisa na psicologia histórico-cultural. In: Beatón, G. A.; Souza, M. P. R. de; Barroco, S. M. S.; Brasileiro, S. A. (org.). *Temas escolhidos na psicologia histórico-cultural interfaces*. Editora: Eduem.
- Torres, L. R. de L. (2023). *A importância da dinâmica e do trabalho em grupo para o ensino e aprendizagem*. Revistaft, [S.L.], 21 jan. 2023. Zenodo. <http://dx.doi.org/10.5281/ZENODO.7557206>.
- Trindade, I.; & Teixeira, J. A. C. (2002). Psicologia em serviços de saúde: Intervenção em centros de saúde e hospitais. *Análise Psicológica*, [S.L.], 20(1), 171-174.
- Vasconcelos, M. G. O. M. (2009). *Avanços e desafios na rede de atenção às situações de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes: a experiência de São José dos Campos [Mestrado]*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.
- Vygotsky, L. (1933/2008). A brincadeira e o seu papel no desenvolvimento psíquico da criança. *Revista Virtual de Gestão de Iniciativas Sociais*, 23-36.
- Vygotsky, L. S. (1991). *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (1996). *Obras Escolhidas – Tomo IV*. Madrid: Visor Distribuidora S.A.
- _____. (2018). *Imaginação e criação na infância*. 1. ed. São Paulo: Editora Expressão Popular, 128 p. ISBN 978-8577433483.
- Waksman, R. D.; & Hirschheimer, M. R. (org.). (2011). *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*. Brasília.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Proposta de Psicoterapia Breve a partir de um estudo sobre crianças e adolescentes vítimas de violência**”. Nesta pesquisa, o objetivo é investigar o processo da violência contra crianças e adolescentes em Vitória da Conquista, Bahia, com vistas a construir uma proposta de Psicoterapia Breve para essa população. Para esta pesquisa, adotaremos a análise documental e entrevista semiestruturada enquanto procedimentos metodológicos. Assim, este documento refere-se a etapa de entrevista na qual precisará ser gravada e transcrita. Acreditamos que esta pesquisa seja importante, para que se compreenda a dinâmica e especificidades da temática ocorridas no município, como meio de contribuir com as propostas de políticas públicas de saúde mental infantojuvenil na cidade. Estima-se que a entrevista tenha uma duração aproximada de 1 hora.

Com relação aos riscos envolvidos na participação da pesquisa, deve-se considerar a possibilidade do(da) participante apresentar algum desconforto no momento de responder às perguntas durante a entrevista, devido à sensibilidade da temática. Como benefício, pode-se destacar a contribuição para uma melhoria do atendimento a essa população por meio de uma tomada de decisão contextualizada à realidade local, além da reflexão do profissional acerca de sua própria prática.

Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou repreensão por parte dos setores envolvidos.

Caso você tenha alguma dúvida ou necessite de qualquer esclarecimento ou ainda deseje retirar-se da pesquisa, por favor, entre em contato com os seguintes pesquisadores a qualquer tempo: Francielly Neves Nascimento – telefone: (77) 99995-2759 (Whatsapp); Carmem Virgínia Moraes da Silva - telefone: (77) 98804-9095 (Whatsapp); Endereço: Estrada Bem Querer, km-04, 3293, Bairro Candeias, Colegiado de psicologia, módulo V. CEP: 45.083-900. Vitória da Conquista - BA.

Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa. Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Candeias, Vitória da Conquista- BA. Telefone: (77)3429-2720; e-mail: cepims@ufba.br.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Iremos manter o sigilo profissional das informações prestadas, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), e utilizaremos as informações somente para fins científicos. Não iremos expor na pesquisa informações específicas que permitam a sua identificação e você não será mencionado(a) em nenhuma publicação. Os dados coletados também serão devidamente armazenados em Nuvem, para garantia da segurança dos dados.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, as quais serão assinadas você ou por seu representante legal, assim como pela pesquisadora responsável, sendo uma cópia fornecida a todos. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de cinco (5) anos e, após esse tempo, serão destruídos.

Eu, ____, portador(a) do documento de Identidade __ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“Proposta de Psicoterapia Breve a partir de um estudo sobre crianças e adolescentes vítimas de violência”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Além disso, com relação a coleta e divulgação da minha imagem e/ou voz:

“sim, eu autorizo a coleta e divulgação da minha imagem e/ou voz”.

“não, eu não autorizo a coleta e divulgação da minha imagem e/ou voz”.

Vitória da Conquista, ____ de ____ de 2022.

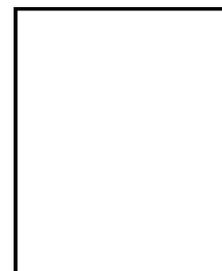
Nome completo (participante)

Data

Nome completo (pesquisadora responsável)

Data

Impressão do dedo polegar caso não saiba assinar.



**APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA A
COORDENADORA RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA DE EXTENSÃO**

Data da Coleta: _____ Horário de Início: _____ Horário de Término: _____

Informação Sociodemográfica

Idade: _____ Gênero: _____
 Raça/cor: _____
 Nível de escolaridade: _____ Profissão: _____
 –

1. Há quanto tempo se encontra na _____?
2. Poderia falar um pouco sobre as atribuições do cargo?
3. Qual a função/participação do(a) _____ com relação às crianças e adolescentes vítimas de violência no município?
4. Existe uma articulação entre a Coordenação de Saúde Mental e Programa de extensão com relação aos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência no município?
5. (Em caso afirmativo à questão 4) Como observa as articulações estabelecidas entre a rede de assistência social e de saúde mental do município?
6. Existem políticas públicas voltadas a saúde mental de crianças e adolescentes vítimas de violência no município? Caso existam, poderia falar um pouco mais sobre isso?
7. Como ocorrem os encaminhamentos dos casos de crianças e adolescente vítimas de violência dentro da rede?
8. Existe algum órgão/setor responsável pelo atendimento psicológico (psicoterapia) das crianças e adolescentes vítimas de violência no município?
9. O(a) _____ é responsável por acompanhar se as crianças e adolescentes estão recebendo atendimento psicológico continuado?
10. Como você observa o acesso ao acompanhamento psicológico de crianças e adolescentes vítimas de violência no município?
11. Como você observa a questão das políticas públicas de saúde mental infantojuvenil no município?

APÊNDICE C - AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, _____, ocupante do cargo de _____ do(a) _____,

AUTORIZO a coleta de dados do projeto (**Proposta de Psicoterapia Breve a partir de um estudo sobre crianças e adolescentes vítimas de violência**) dos pesquisadores (Francielly Neves Nascimento e Carmem Virgínia Moraes da Silva) após a aprovação do referido projeto pelo CEP-SERES HUMANOS - IMS/CAT - UFBA.

Estou ciente de que haverá parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente. Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa (conforme CARTA Nº 0212 CONEP/CNS), e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Vitória da Conquista, ____ de _____ de _____

ASSINATURA: _____

CARIMBO: