



## **Escuta E Atendimento Multiprofissional De Crianças E Adolescentes Vítimas De Violência Sexual: Notas De Uma Experiência Hospitalar**

Listening And Multidisciplinary Care For Children And Adolescents Victims Of Sexual  
Violence: Notes From A Hospital Experience

Escucha Y Atención Multidisciplinaria A Niños Y Adolescentes Víctimas De Violencia Sexual:  
Apuntes De Una Experiencia Hospitalaria

**Giovana Donassolo Fernandes Albornoz**

**Vera Lúcia Pasini**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

**Angela Ester Ruschel**

Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), Porto Alegre, RS, Brasil

---

### **Resumo:**

Esta escrita pretende compartilhar vivências no contexto da saúde pública, ao escutar crianças e adolescentes com suspeita de violência sexual, atendidas em uma emergência pediátrica de um hospital público no estado do Rio Grande do Sul (RS). Objetiva-se, a partir da escrita da experiência e de narrativas ficcionais, analisar como se tecem os atendimentos realizados por equipes multiprofissionais. O encontro com o campo produziu questionamentos e reflexões sobre o fazer clínico e a oferta de cuidado às crianças e aos adolescentes que chegam ao hospital de referência para esse cuidado. A experiência nos mostra que transformar as vivências em palavra escrita e compartilhada é uma forma de produzir brechas, onde habitam possibilidades de práticas inventivas de cuidado, e que a composição do trabalho multiprofissional e a educação permanente são fundamentais para a qualificação do cuidado integral de crianças e adolescentes vítimas de violência.

**Palavras-chave:** Violência Sexual; Proteção à Criança e ao Adolescente; Multidisciplinaridade.

### **Resumen:**

Este escrito tiene como objetivo compartir experiencias en el contexto de la salud pública, al escuchar a niños y adolescentes sospechosos de violencia sexual, atendidos en una emergencia pediátrica en un hospital público del estado de Rio Grande do Sul (RS). El

objetivo, a partir de la escritura de experiencias y narrativas de ficción, es analizar cómo se teje la atención brindada por equipos multidisciplinares. El encuentro con el campo produjo preguntas y reflexiones sobre el trabajo clínico y la prestación de cuidados a niños y adolescentes que llegan al hospital de referencia para esa atención. La experiencia nos muestra que transformar experiencias en palabras escritas y compartidas es una forma de producir vacíos, donde residen posibilidades de prácticas inventivas de cuidado, y que la composición del trabajo multidisciplinario y la educación permanente son fundamentales para la calificación de la atención integral a niños y adolescentes víctimas de violencia.

**Palabras clave:** Violencia Sexual; Protección Infantil y Adolescente; Multidisciplinario.

**Abstract:**

This writing aims to share experiences in the context of public health, when listening to children and adolescents suspected of sexual violence, treated in a pediatric emergency at a public hospital in the state of Rio Grande do Sul (RS). The objective, from the writing of experience and fictional narratives, is to analyze how care provided by multidisciplinary teams is woven. The encounter with the field produced questions and reflections about clinical work and the provision of care to children and adolescents who arrive at the reference hospital for this care. Experience shows us that transforming experiences into written and shared words is a way of producing gaps, where possibilities for inventive care practices reside, and that the composition of multidisciplinary work and ongoing education are fundamental for the qualification of comprehensive care for children and adolescent victims of violence.

**Keywords:** Sexual Violence; Child and Adolescent Protection; Multidisciplinary.

---

*Notas Iniciais*

O cotidiano no trabalho em hospitais, lugar onde vida e morte pulsam, se torna urgente ao nos depararmos com situações de violência, vulnerabilidade e violação de direitos. É diante desse contexto que partimos, cada uma de nós na singularidade de suas vivências e atravessamentos com o tema. Buscamos, a partir da escrita da experiência e de

narrativas ficcionais, dar visibilidade a como se tecem os atendimentos realizados pelas equipes multiprofissionais aos casos suspeitos de violência sexual contra crianças e adolescentes em um hospital público.

Nosso ponto de partida situa-se no espaço-tempo de uma residência multiprofissional em saúde no ano de 2022, cujo cenário é um hospital 100% SUS na capital do Rio Grande do Sul. A

## Escuta E Atendimento Multiprofissional De Crianças E Adolescentes Vítimas De Violência Sexual: Notas De Uma Experiência Hospitalar

---

vivência da rotina desse serviço, que oferece atendimento especializado e de referência em situações de violência sexual, motivou o desenho desse processo. Enquanto exercício crítico e reflexivo, interrogamo-nos: o que se escuta da violência sexual contra crianças e adolescentes em um serviço de urgência? Quais as itinerâncias e os caminhos possíveis para o cuidado, dentro e fora do hospital?

Do cotidiano urgente que pede passagem, algo ganha relevo, destaque. O registro dos estranhamentos e das inquietudes do dia a dia passou a ser uma forma de documentar, em um diário de campo, a experiência de formação. Posteriormente, essas anotações foram transformadas em narrativas ficcionais, produzidas de fragmentos das diferentes histórias escutadas, como em um mosaico de restos de memória. Nos debruçamos à invenção, e nos encontramos com o que diz Barthes (2011), de que a narrativa cria um universo simbólico a partir de um sistema de signos que transmite significados, com seus elementos linguísticos, culturais e históricos.

“A narrativa está aí, como a vida”, insiste em nos dizer Barthes (2011, p. 19).

Nesse sentido, a produção e análise desse mosaico em forma de narrativa se apresentam como ferramenta para dar contorno ao vivido e sustentação à possibilidade de que outros se encontrem com as experiências, por meio de nossas palavras.

Apresentaremos duas narrativas ficcionais, que se entrelaçam a reflexões teóricas sobre a escuta da violência sexual e à compreensão dos fluxos de atendimento em saúde preconizados pelo Ministério da Saúde (2014). Fazemos com isso um convite a transitar de uma experiência singular a uma experiência comum, que pode se reproduzir em diferentes cenários clínicos e institucionais. As narrativas disparam questões que, embora localizadas na realidade de um serviço, não se restringem a ele, tencionando o fazer em rede. Cabe destacar também que elas transmitem as marcas do seu tempo, tendo sido escritas durante a pandemia de covid-19, sob os efeitos de uma gestão de governo tomada de retrocessos políticos, econômicos, sociais e de direitos. Em um período marcado pelo adoecimento, violência e morte, propusemo-nos a transformar a

experiência em palavras, enlaçadas pelo desejo de produzir algo vivo.

No processo de escrita, fomos conduzidas e encorajadas por autores como Jorge Larrosa Bondía, Walter Benjamin e Jeanne Marie Gagnebin, que nos convocam à reflexão de temas como o saber da experiência, a narrativa, a memória e o testemunho. Utilizaremos esses conceitos como fios condutores da aproximação à experiência de escuta de crianças e adolescentes com suspeita de violência sexual. Buscamos, nessa via, mais do que encontrar respostas para as questões com as quais nos lançamos na escrita, refazer perguntas, reorganizar proposições, deslocar fundamentos e nos recolocar na cena do cuidado produzindo outras possibilidades de olhar e escutar.

### *Notas Sobre a Narrativa*

Jorge Larrosa Bondía (2002), em “Notas sobre a experiência e o saber de experiência”, fala sobre sua crença no poder e na força das palavras, e enuncia que fazemos coisas com as palavras, tal como as palavras fazem coisas conosco. Segundo Bondía (2002), “a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que

acontece, ou o que toca” (p. 21). Assim, para ele, o saber da experiência é o que se conquista no modo como respondemos ao que acontece e no modo como vamos dando sentido ao acontecer do que nos acontece, tendo como componente fundamental da experiência a sua capacidade de formar e transformar. Para o autor,

... a experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço. (Bondía, 2002, p. 24)

## Escuta E Atendimento Multiprofissional De Crianças E Adolescentes Vítimas De Violência Sexual: Notas De Uma Experiência Hospitalar

---

Sustentamos o convite de Bondía (2002), no fragmento citado, ao apresentar sua concepção de experiência. Neste percurso, também valemo-nos do que diz Walter Benjamin (1936/1987) sobre a narrativa, inerente à experiência, como uma arte de caráter artesanal que acontece no encontro, a partir do intercâmbio de experiências na coletividade, tendo como fio condutor a memória.

Ainda, Jeanne Marie Gagnebin (2006), em *Lembrar, escrever, esquecer*, conceitua a testemunha não somente como aquela que vê com os próprios olhos, mas também como aquela que não vai embora, que consegue escutar a narração do insuportável do outro e aceita que as palavras levem adiante sua história. Nesse fio da “transmissão simbólica, assumida apesar e por causa do sofrimento indizível, somente essa retomada reflexiva do passado pode nos ajudar a não repeti-lo infinitamente, mas a ousar esboçar uma outra história, a inventar o presente” (Gagnebin, 2006, p. 57).

Tomando como fio condutor a experiência e o testemunho buscamos, a partir do narrar das experiências, dar nome aos fragmentos do dia a dia vivido por entre os corredores da alta complexidade

em saúde, ao escutar sujeitos em situação de violência. Colocamos as trocas de experiências do cotidiano em questão, deixando emergir os processos coletivos de subjetivação, e apostamos nas repetições, nas resistências e nas ambivalências como motor dessa análise, buscando um deslocamento na direção de práticas inventivas de cuidado.

### *Notas Sobre o Atendimento à Violência*

Respaldada pelos princípios orientadores do Sistema Único de Saúde (Lei n. 8.080, 1990) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8.069, 1990), a “Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de Violência” é um documento elaborado pelo Ministério da Saúde (2014) para orientar gestores e profissionais da saúde. Apresenta-se como uma estratégia para dar suporte à integralidade da atenção, fortalecendo a responsabilização dos serviços e o envolvimento dos profissionais em uma cadeia de produção de cuidado em saúde e de proteção social no território (Ministério da Saúde, 2014). Entre as orientações, propõe-se um fluxo de atendimentos e

encaminhamentos que preconiza quatro dimensões: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidados e de proteção social.

O acolhimento se dá no serviço em que a criança ou adolescente faz o primeiro contato, independentemente do âmbito de atenção ao qual está vinculado (atenção básica, média ou alta complexidade). No que diz respeito ao atendimento, orienta-se realizar consulta clínica: anamnese, exame físico e planejamento de conduta para cada caso. Ressalta-se que a notificação é obrigatória nos casos de suspeita de violência e deve ser realizada por meio de comunicação com o Conselho Tutelar, Ministério Público, e preenchimento da ficha de notificação para a Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva/Sinan). Já o encaminhamento deve ser planejado em equipe, acionando a rede intersetorial<sup>1</sup> do território, de acordo com a necessidade de cuidados e de proteção.

Neste trabalho, utilizamos a definição de violência sexual como “qualquer conduta que constranja a criança ou adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo

em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não, que compreenda abuso sexual, exploração sexual comercial e tráfico de pessoas” (Lei n. 13.431, 2017, art. 4º, inciso III).

A Lei n. 13.431 (2017) estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e define a escuta especializada como o procedimento realizado pelos profissionais da rede de proteção com objetivo de acolhimento. Já o depoimento especial, caracterizado como o procedimento de oitiva perante a autoridade policial ou judiciária, serve para subsidiar processos ou investigação, com a finalidade de produção de prova para condenação.

O Conselho Federal de Psicologia (2018), em nota técnica, faz alguns apontamentos em relação aos impactos dessa lei, também chamada de Lei da Escuta Protegida, no sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes, e na atuação de psicólogas (os) na rede de proteção. Ressaltam-se alguns avanços, mas também as omissões e contradições da lei, criticando sua centralidade na produção de provas, e não na garantia da proteção e do acolhimento das vítimas. Sendo assim, reforça à categoria

## Escuta E Atendimento Multiprofissional De Crianças E Adolescentes Vítimas De Violência Sexual: Notas De Uma Experiência Hospitalar

---

profissional sua posição de escuta e não de inquirição de crianças e adolescentes, orientando que sua prática deve estar fundamentada no princípio da proteção integral e referenciada no Código de Ética Profissional da Psicóloga e do Psicólogo.

No contexto de onde emerge este relato de experiência, o acolhimento das crianças, adolescentes e suas famílias se dá pelo setor de emergência onde são avaliadas demandas clínicas, sociais, psicológicas e de proteção. A equipe é composta por médicas (os), enfermeiras (os), psicólogas (os) e assistentes sociais contratadas (os), e residentes<sup>2</sup> em formação, com suporte de outras especialidades, caso necessário. Ressaltamos que os programas de residência em saúde têm papel importante no cotidiano do SUS, pois ocupam lugar privilegiado de intersecção entre ensino e serviço e entre os estabelecimentos de saúde e as universidades. Com sua presença temporária em diferentes cenários de práticas, os residentes alteram a ordem instituída, abrindo espaço para transformações institucionais.

### ***O Que Se Escuta da Violência Sexual?***

*Lívia é uma adolescente de 12 anos, de cor de pele branca, que reside em Porto Alegre, onde vive com três irmãs, sua mãe e seu padrasto. Está no sétimo ano da escola, tem dois cachorros de estimação, gosta de ler e de escutar música. Outra atividade que a entretém é cozinhar com sua avó, que mora na casa aos fundos da sua. Em quase todos os finais de tarde, Lívia vai até lá e assiste à avó cozinhar. As irmãs de Lívia são filhas biológicas do seu padrasto com sua mãe. Ela, por sua vez, tem pouco contato com seu pai, que tem uma presença preenchida de ausências em sua vida.*

*Em uma noite de terça-feira a menina chegou ao hospital, acompanhada pela mãe e pelo conselheiro tutelar, após uma denúncia anônima de que Lívia estaria sofrendo abuso sexual pelo padrasto. Já na manhã seguinte, durante a escuta num dos consultórios da emergência, a menina narra a violência sexual sofrida, perpetrada pelo padrasto, ao longo de anos.*

*Não sabe dizer quando iniciou, suas primeiras lembranças com ele já são de violência. Só foi entender que aquilo se chamava abuso sexual na escola, quando a professora ensinou sobre educação*

sexual. Pensou em denunciar e por diversas vezes começou a contar para a mãe, quando, ao se arrepender, mudava de assunto e contava outra coisa. Passou a se isolar cada vez mais, exceto quando ia para casa da avó, sobre quem fala com carinho. Tentou também contar para ela, mas não conseguiu – não queria deixá-la triste.

Na última semana chegou ao seu limite e contou para duas amigas da escola. Pediu segredo, mas acha que foi assim que seu relato virou denúncia anônima. Quando o conselho tutelar procurou a família, decidiu contar tudo para a mãe. Chora ao repetir o que ouviu: “Tem certeza de que tu não entendeste errado?”, “Ele jamais faria isso.”, “Não era só carinho?”, “Imagina o que os outros vão dizer!”.

Enquanto fala, expressa agitação, com pernas trêmulas e mãos inquietas. Olha para o chão, mas, por vezes, seu olhar vai ao encontro do meu. Vejo seus braços, onde há cicatrizes que denunciam as rupturas de uma história de vida e de um corpo atravessados pela violência. Marcas que escancaram algo do vivido, ainda que se trate de um fenômeno tão invisibilizado e silenciado.

Sendo este um serviço da alta complexidade no setor da saúde, que acolhe os casos de violência e, em seguida, encaminha-os para acompanhamento nos serviços disponíveis no território de moradia, o atendimento psicológico é pontual e acontece apenas enquanto a adolescente permanece no hospital. Assim, pergunto-me, o que se escuta da violência sexual? Como, enquanto profissional e enquanto instituição, podemos nos responsabilizar pelo que escutamos de uma adolescente, que chega ao serviço e se põe a falar, como forma de resistir à morte em vida? Qual o destino das palavras ditas por Lívia?

### **O Testemunho Como Resistência**

Colocarmo-nos em posição de escuta perante a violência sexual é sustentar o lugar de testemunho diante do outro, em seu processo singular de significação. A escuta se propõe a romper o silêncio e possibilitar que algo do indizível possa ser alcançado, nomeando aspectos da experiência subjetiva e atribuindo a ela sentidos. No caso das crianças, trata-se de propiciar um espaço onde possam dizer de si, explorando o

## Escuta E Atendimento Multiprofissional De Crianças E Adolescentes Vítimas De Violência Sexual: Notas De Uma Experiência Hospitalar

---

mundo por meio do brincar, num intercâmbio entre as fronteiras da fantasia e da realidade.

Karina Acosta Camargo (2016) propõe uma cartografia sobre o abuso sexual infantil, na qual nos apresenta um testemunho da sua experiência, ou, em suas palavras, dos próprios dilaceramentos decorrentes da violência sexual que sofreu durante a infância: “Senti as estatísticas do abuso sexual na carne viva. Ao me expor, novos pontos começaram a surgir dessa rede invisível. Vozes outras, silenciamentos outros” (Camargo, 2016, p. 11).

Sabemos que a maior parte das situações de abuso sexual contra crianças e adolescentes ocorre no ambiente intrafamiliar (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023; Camargo, 2016). Nele, habitam diferentes dinâmicas e relações de poder, as quais, frequentemente, provocam o silenciamento e a continuidade da violência, como nos conta Karina:

Os abusos corriam pelos cantos, participavam de linhas invisíveis. Enquanto a família fingia a inexistência daquilo que parecia

intolerável a ela, os pontos se intensificavam, e esta rede de silenciamento se fortalecia. Linhas invisíveis, pois dentro do âmbito familiar, atravessado por múltiplas forças que se movimentam por relações de poder, algumas linhas ganham presença e legitimidade, enquanto outras permanecem invisíveis, silenciadas, por dispositivos que soterram sua existência. (Camargo, 2016, p. 25)

Cabe dizer que, durante a pandemia de covid-19, as medidas de distanciamento social estabelecidas para prevenir a propagação do vírus puderam ser percebidas como um fator de risco (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023), uma vez que crianças e adolescentes permaneceram por mais tempo dentro de casa, sendo mais expostos às violências, entre elas o abuso sexual. Nessa mesma via, devido ao fechamento ou a medidas de restrição de muitos espaços, como escolas, unidades básicas de saúde, serviços de convivência e fortalecimento de vínculos, entre outros onde muitas vezes a violência é percebida e denunciada, circunscreve-se ainda mais a violência ao ambiente

familiar, e a comunidade e o Estado passaram a ter participação menos ativa na proteção.

Ao chegar como demanda nos serviços de saúde, a escuta dos casos suspeitos de violência sexual consiste, fundamentalmente, no acolhimento e na articulação da rede de proteção. Para tanto, o atendimento realizado deve ser pautado nesses dois principais objetivos, compreendendo a oferta do cuidado em saúde como prioritária. Os diálogos e as interfaces com a justiça devem acontecer tendo em vista a necessidade de responsabilização, porém não podemos esquecer que a demanda por saber a verdade sobre o abuso sexual não deve ser endereçada ao profissional de saúde, tampouco à escuta psicológica.

Sustentar a escuta como dispositivo de acolhimento e não como processo investigativo para determinar a verdade dos fatos, tem sido o desafio dos profissionais da psicologia junto às equipes multiprofissionais e à rede intersetorial. Ressalta-se que a realização de registro de Boletim de Ocorrência e de perícias não condiciona a conduta de cuidado em saúde, pois esse atendimento deve ser realizado prioritária e independentemente daqueles.

O que se escuta da violência sexual? Retomamos o questionamento para apontar a direção da clínica que apostamos. A escuta deve se fazer no singular, caso a caso, havendo tempo e espaço para tal, reforçando a responsabilidade do Estado pela proteção e pela garantia de direitos das crianças e dos adolescentes, e, não menos importante, o compromisso ético-político dos profissionais de saúde para com os sujeitos que nos procuram para atendimento e nos contam suas histórias. O espaço de escuta, onde há uma brecha para se dizer do sujeito para além das estatísticas, nos situa em um lugar de testemunho diante do outro, numa perspectiva de alteridade.

Nesse sentido, a escuta se faz testemunho, como uma resposta singular ao acontecimento (Camargo, 2016). Ao situarmos esses processos de escuta na esfera pública, revelam-se possibilidades de reinvenção, uma vez que se instauram “transformações políticas e de recomposição do laço social” (2016, p. 37). Por outro lado, quando a escuta não se faz acolhedora, uma nova violência pode ser instaurada e legitimada, pela instituição de saúde e pelo Estado.

***Itinerâncias: Dentro (e Fora) do Hospital***

## Escuta E Atendimento Multiprofissional De Crianças E Adolescentes Vítimas De Violência Sexual: Notas De Uma Experiência Hospitalar

---

*Estamos no mês de agosto, um dos meses que compõem a chamada “Operação Inverno”, quando há um aumento de atendimentos em decorrência de infecções respiratórias (nos últimos anos, a situação se agravou ainda mais pela crise sanitária vivida durante a pandemia de covid-19). Nesse período, cresce significativamente a quantidade de leitos ocupados nos diferentes setores do hospital, bem como a procura por atendimento de urgência na Emergência Pediátrica.*

*Sendo a emergência, também, uma das portas de entrada para o atendimento à violência sexual contra crianças e adolescentes nesse serviço, tendemos a nos deparar com mais impasses e limitações, seja de espaço físico, recursos humanos e/ou disponibilidade da equipe para a construção de um trabalho em conjunto.*

*Durante um plantão de sábado à tarde, recebo uma solicitação de avaliação para um caso de suspeita de abuso sexual que havia chegado. Encontro minha colega assistente social e caminhamos juntas até a Emergência Pediátrica – no atendimento à violência, compartilhar os caminhos do cuidado torna esse fluxo mais possível.*

*Emergência lotada. No salão, crianças ocupam todos os leitos. Olho brevemente e percebo que todas elas são acompanhadas por mulheres. No leito 3 estava Pedro, que, com seus 5 anos, movimentava-se de forma enérgica, brincando com sua mãe, Rita. Pedro é uma criança negra, filho de uma mulher negra.*

*Rita se mostra assustada, com afeto entristecido, ainda assim parecendo se esforçar para retribuir as investidas da criança. Receptiva ao convite do atendimento, informa ao filho que já voltaria, e deixa o menino aos cuidados da enfermeira. Tentamos achar uma sala na emergência, no entanto todos os consultórios se encontram ocupados, e todos os leitos de isolamento também. Não há uma sala livre para o atendimento. Falta espaço.*

*Ao encontrarmos uma sala em outro espaço do hospital, Rita nos acompanha parecendo, a cada passo, mais frágil. Em seu relato, diz que é mãe solo, cria seus filhos sozinha. “Eles não têm pai”, diz ela, embora sejam filhos de um. Trabalha em uma empresa de higienização, seis dias por semana. Pedro e Antônia, esta última com 8 anos,*

*frequentam uma escola próxima à casa dos avós.*

*Rita conta sobre a rotina da família. Leva os filhos à escola cedo da manhã; ao fim do turno, a avó materna os busca e os leva para sua casa até que ela volte do trabalho. De noite, acumulam-se as tarefas de casa e do cuidado com os filhos. Falta tempo para ela.*

*No dia anterior, durante os cuidados de higiene, Pedro contou que o avô vinha abusando sexualmente dele. Rita diz, demonstrando desconforto e vergonha, que sabe bem o que é, sofreu da mesma violência na infância, por um tio. Nervosa, diz que perguntou logo a Antônia, que respondeu não ter acontecido com ela. Chorando, repete não saber o que fazer. Sente-se sozinha, sobrecarregada, cansada.*

*Voltamos à emergência. Pedro se encontrava de pé no leito, demonstrando impaciência. Convido-o para brincar, e sugiro que possamos ir até alguma sala, torcendo para que agora alguma esteja livre. Por sorte, recém haviam liberado o consultório 1. Mostra-se tímido inicialmente, parecendo desconfiado. Percebo que o ambiente não passava despercebido pela criança, com profissionais de jaleco branco circulando*

*com movimentos apressados, crianças chorando nos leitos, burburinhos vindos de todos os lados de uma emergência que, embora pediátrica, pouco transmite o lúdico e o infantil. Ainda assim, Rita tenta incentivá-lo: “Vá brincar, filho!”.*

*Pedro vem andando, com passos curtos e lentos, vez ou outra olhando para trás, em busca da mãe. Entramos na sala. É um consultório médico, com características de um ambulatório público: maca, mesa, computador e cadeiras. Os únicos brinquedos estão na bolsa que eu carrego, e proponho a Pedro uma brincadeira. Assim, juntos, descobrimos uma maneira de fazer dessa sala cinza um mundo colorido para se habitar. Aos poucos, Pedro vai encontrando formas para dizer de si, com brinquedos que, às vezes lenta, outras apressadamente, são retirados da sacola que lhe apresentei. É preciso tempo e espaço para que a escuta aconteça.*

*Durante a reunião de equipe, questionamentos às voltas com a verdade sobre a violência, endereçados a mim e, repetidamente, a Pedro. Eu repito também que nosso atendimento não é investigativo. Não há objetivo de extrair a verdade sobre o abuso sexual. Há a necessidade de proteção e de cuidado.*

## Escuta E Atendimento Multiprofissional De Crianças E Adolescentes Vítimas De Violência Sexual: Notas De Uma Experiência Hospitalar

---

*Ao fim da reunião, um profissional exclama: “Atendimento concluído!”*

*(a sensação não é essa).*

*Próximo caso.*

### ***Tecendo Caminhos Possíveis***

Ao longo da narrativa apresentada, acompanhamos uma criança com sua mãe, que buscam a emergência de um hospital público para atendimento em saúde por situação de violência sexual. Registram-se as particularidades do atendimento nesse espaço, cuja dinâmica é atravessada pelas contingências de uma emergência pediátrica hospitalar em um mês de inverno. Nessa direção, apontam-se lacunas na oferta do cuidado e no trabalho em equipe, que interrogam cotidianamente o nosso fazer em saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada pelo Ministério da Saúde (MS), busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Na PNH, a diretriz da ambiência refere-se à criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no

processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas (Ministério da Saúde, 2006). Para o MS, a ambiência é a diretriz referente ao “ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana” (p. 35), apontando um duplo desafio que é o de sintonizar “o que fazer” com o “como fazer” (Ministério da Saúde, 2017).

Ao analisarmos o contexto dos atendimentos à violência sexual contra crianças e adolescentes nessa emergência hospitalar, evidenciou-se a necessidade de algumas mudanças institucionais. Primeiramente, uma reorganização do espaço físico para que o serviço dê conta da demanda de atendimento. A existência de uma sala destinada aos atendimentos multiprofissionais poderia ser uma alternativa para qualificar o cuidado ofertado, garantindo o acolhimento e o sigilo, e diminuindo as chances de revitimização ou de produção de novas violências. Do mesmo modo, a necessidade de sensibilização da escuta para além do campo psi, com a oferta de educação permanente para todos os profissionais da equipe multidisciplinar.

É imperativo apontar que o trabalho em saúde, em um modelo assistencial centrado no usuário, deve ser estruturado de modo coletivo, em equipe multiprofissional e interdisciplinar, utilizando tecnologias leves dependentes (Merhy, 1998). Assim, “todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha, como produtor de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado, e deve ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos” (Merhy, 1998, p. 18).

Um dos entraves para essa qualificação do trabalho são os diferentes vínculos institucionais advindos da terceirização da contratação dos trabalhadores da saúde. O crescente processo de “empresariamento” da saúde (Miranda, 2017), com transferência de recursos financeiros ao setor privado, para fins de organização e gerenciamento dos estabelecimentos de saúde, evidencia a precarização das condições de trabalho e a sobrecarga das equipes, que, adoecidas, apresentam alta rotatividade. Em vista disso, é um desafio garantir uma atenção em saúde de qualidade, realizada por profissionais habilitados e em constante

processo de aprimoramento, com a garantia de um cronograma de atividades de ensino a serem realizadas regularmente para todos os participantes das equipes.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria n. 198, 2004) foi criada como forma de promover transformações nas práticas de trabalho e classifica a educação permanente como a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Ao falar sobre Educação Permanente em Saúde, Ceccim (2005) insere o conceito de “Quadrilátero da Formação”, apontando a importância da interação entre ensino, serviço, gestão e controle social para a integralidade do cuidado, aumentando a resolubilidade e a eficiência do sistema de saúde.

Ceccim (2005) aponta que a educação permanente é um desafio ambicioso porém necessário. Enquanto atores ativos das cenas de formação e trabalho, somos produtos e produtores das cenas, em ato, diz o autor, e, assim sendo, “os eventos em cena nos produzem diferença, nos afetam, nos modificam, produzindo abalos em nosso ‘ser sujeito’, colocando-nos em permanente produção. O permanente é o aqui-e-agora, diante de

## Escuta E Atendimento Multiprofissional De Crianças E Adolescentes Vítimas De Violência Sexual: Notas De Uma Experiência Hospitalar

---

problemas reais, pessoas reais e equipes reais” (Ceccim, 2005, p. 167).

Sendo a Residência em Saúde uma proposta de educação em serviço, os residentes, preceptores e tutores envolvidos no processo de formação são protagonistas da experiência de transmissão de saberes e produção de tecnologias de cuidado no trabalho no SUS. Por isso, atores que somos dessa proposta de formação, não podemos nos furtar de problematizar os modos de ser e fazer o trabalho na saúde, como nos propomos nesta escrita. Há que escutar o mal-estar, e não calá-lo, como disse Eliane Brum (2016), e, ainda, experimentá-lo “como um motor de movimento, carregando limites, sem confundi-los com paralisia”.

### *Notas Finais*

Ao longo do período em que se produz a experiência vertida em texto neste artigo, experimentamos as particularidades do atendimento às situações de violência sexual num hospital público. Nesse ambiente, deparamo-nos com estruturas frias e endurecidas pelo ritmo de trabalho acelerado, pelas

demandas urgentes que chegam, pela fragmentação do cuidado e pelo quantitativo insuficiente de profissionais disponíveis para o atendimento – muitas vezes com pouca ou nenhuma formação para a escuta e o trabalho com situações de violência.

Com o evidente avanço do desmonte do SUS, revelam-se dificuldades e obstáculos na estruturação desse fazer clínico, no processo de aprendizagem com a própria experiência e no investimento das instituições numa educação permanente que garanta a qualidade do atendimento prestado. Sustentamos a posição de que psicólogas e psicólogos, assim como toda a equipe de saúde, tenham a escuta como direção do acolhimento, em detrimento de uma inquirição em busca de uma verdade sobre os fatos.

Ressaltamos que, para além das demandas assistenciais, os trabalhadores da saúde também estão envolvidos no processo de formação de novos profissionais, por meio das residências médicas e multiprofissionais. Como, ainda, produzir uma experiência formativa em um contexto com essas características? Nossa experiência na vinculação com a

residência multiprofissional em saúde aponta-nos os riscos que uma relação precarizada pode produzir nos vínculos entre usuários e trabalhadores, e entre os próprios trabalhadores. Lembremos que, como diz Merhy (2007), o trabalho em saúde é um “trabalho vivo em ato” (p. 1954), que se estabelece no encontro entre seus diferentes atores.

Outro elemento relevante para essa discussão refere-se à fragilidade na articulação da rede de proteção intersetorial, que tem como efeito a desassistência e a descontinuidade do acompanhamento após a alta hospitalar. Nesse sentido, indicamos a importância de retomar a gestão em linhas de cuidado, organizadas a partir das necessidades dos usuários, como perspectiva para qualificação da rede de atendimento.

Em nosso percurso, aprendemos que a escuta não se faz sozinha: é preciso uma equipe, que se ponha em questão. Como aponta Bondía (2002), o saber da experiência requer tempo, espaço, atenção e delicadeza. A partir do inquietar-se com a realidade, no encontro com as trilhas de violências escancaradas nos corredores da alta complexidade em saúde, vislumbramos a necessidade de suscitar brechas, fissuras no instituído, produzindo,

assim, novas possibilidades de cuidado. Transformar a experiência em palavra compartilhada e encontrar ressonância em tantos profissionais que, diante de tamanha violência, não recuam, e juntos persistir na luta por um atendimento de qualidade, é o que nos move nesta escrita.

As notas aqui trazidas apresentam a experiência de escuta da violência sexual como um testemunho produtor de um mal-estar que exige ser vivido. Apesar da aridez desse cotidiano, os encontros com Lívias, Pedros, Ritas e tantos outros, reforçam a importância da escuta como acolhimento e do compartilhamento do cuidado multiprofissional. Revisitar fluxos e adequar a estrutura mostrou-se fundamental, mas é a educação permanente dos profissionais o dispositivo primordial para a qualificação desse fazer em saúde.

## Referências

- Barthes, R. (2011). Introdução à Análise Estrutural da Narrativa. In Barthes, R. et al., *Análise Estrutural da Narrativa*. 7. ed. Petrópolis: Vozes. (Trabalho original publicado em 1966)
- Benjamin, W. (1987). O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In W. Benjamin, *Magia e técnica, arte e política*:

## Escuta E Atendimento Multiprofissional De Crianças E Adolescentes Vítimas De Violência Sexual: Notas De Uma Experiência Hospitalar

- ensaios sobre literatura e história da cultura* (pp. 197-221). São Paulo: Brasiliense. (Trabalho original publicado em 1936)
- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, 19, 20-28, 2002. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxC/?format=pdf&lang=pt>
- Brum, E. (2016, 4 de julho). Exaustos, correndo e dopados. *Jornal El País*. Recuperado de [https://brasil.elpais.com/brasil/2016/07/04/politica/1467642464\\_246482.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2016/07/04/politica/1467642464_246482.html)
- Camargo, K. A. (2016). *Abuso sexual infantil – uma cartografia: silenciamento, testemunho, ressentimento, esquecimento*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil). Recuperado de <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/18910>
- Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 16, 161-168. Recuperado de <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/129275/000507549.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Conselho Federal de Psicologia (2018). Nota Técnica no 1/2018/Gtec/Cg. Nota técnica sobre os impactos da Lei No 13.431/2017 na atuação das psicólogas e dos psicólogos. Brasília, DF. Recuperado de [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/NOTA-TECNICA-N%C2%BA-1\\_2018\\_GTEC\\_CG.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/NOTA-TECNICA-N%C2%BA-1_2018_GTEC_CG.pdf)
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2023). *17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Recuperado de <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>
- Gagnebin, M. J. (2006). *Lembrar, escrever, esquecer*. São Paulo: Editora 34.
- Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. (1990). Recuperado de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 e suas alterações posteriores. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. (1990). Recuperado de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)
- Lei n. 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantias de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei 8069 de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Presidência da

- República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. (2017). Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2017/lei/L13431.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/L13431.htm)
- Merhy, E. E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In C. R. Campos et al., *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. (pp. 103-120). São Paulo: Editora Xamã.
- Merhy, E. E. (2007). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2006). *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_base.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf)
- Ministério da Saúde. (2014). *Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientações para gestores e profissionais da saúde*. Brasília, DF. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/linha-de-cuidado-para-a-atencao-integral-a-saude-de-criancas-adolescentes-e-suas-familias-em-situacao-de-violencias-orientacao-para-gestores-e-profissionais-de-saude/view>
- Ministério da Saúde. (2017). *A experiência da diretriz de ambiência na Política Nacional de Humanização – PNH*. Brasília, DF. Recuperado de [https://redehumanizaus.net/wp-content/uploads/2017/09/experiencia\\_diretriz\\_ambiencia\\_humanizacao\\_pnh.pdf](https://redehumanizaus.net/wp-content/uploads/2017/09/experiencia_diretriz_ambiencia_humanizacao_pnh.pdf)
- Miranda, A. S. (2017). Institucionalidades jurídicas e administrativas de estabelecimentos de saúde nas regiões do Brasil. *Novos Caminhos*, 16. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Recuperado de: [www.regiaoeredes.com.br](http://www.regiaoeredes.com.br)
- Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. (2004). Recuperado de <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>

#### Notas de Fim

1. Composta por diferentes equipamentos que dialogam entre si, sendo eles da saúde, proteção social, justiça, direitos humanos, segurança pública, educação, entre outras políticas públicas.

2. Residentes são profissionais de saúde inscritos nos programas de residência em saúde, acompanhados por preceptores (responsáveis por conduzir e supervisionar os residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa) e tutores (docentes responsáveis pela discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas).

---

**Giovana Donassolo Fernandes Albornoz:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Psicóloga, graduada pela Universidade Federal do

## Escuta E Atendimento Multiprofissional De Crianças E Adolescentes Vítimas De Violência Sexual: Notas De Uma Experiência Hospitalar

---

Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Saúde da Criança pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança, da UFRGS, em parceria com o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV).

**ORCID:** <https://orcid.org/0009-0006-9427-8813>

**E-mail:** giovana.dfalbornoz@gmail.com

**Vera Lúcia Pasini:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Profa. Adjunta do Departamento de Psicanálise e Psicopatologia (UFRGS).

Endereço para correspondência: Ramiro Barcelos, 2600. Instituto de Psicologia

UFRGS, 90035003. Porto Alegre/RS

**ORCID:** : <https://orcid.org/0000-0002-4579-8525>

**E-mail:** verapasini@gmail.com

**Angela Ester Ruschel:** Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV). Psicóloga, Graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Psicologia Clínica com ênfase em Psicanálise pela UFRGS. Especialista em Violência Doméstica pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Saúde Coletiva pela UFRGS.

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-9549-8336>

**E-mail:** angelaer@gmail.com

Redação do manuscrito:

G.D.F.A.V.L.P.A.E.R

Análise dos dados: G.D.F.A.V.L.P.A.E.R

Revisão e edição: G.D.F.A.V.L.P.A.E.R

---

**Financiamento:** Não há fontes de financiamento senão a dos próprios autores.

---

**Submetido em:** 10/09/2024

**1ª Rodada:** 12/09/2024

**Aceito em:** 27/12/2024

---

**Contribuição dos autores:**

Conceitualização: G.D.F.A.V.L.P.A.E.R