

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

LUCIANA FERREIRA CHAGAS

AFINAL, SEGREDO DE QUÊ?  
UMA LEITURA METAPSICOLÓGICA DA FUNÇÃO DO  
SEGREDO NA VIOLÊNCIA SEXUAL E O ATENDIMENTO  
EM INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

SÃO PAULO  
MAIO/2014

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

LUCIANA FERREIRA CHAGAS

AFINAL, SEGREDO DE QUÊ?  
UMA LEITURA METAPSICOLÓGICA DA FUNÇÃO DO  
SEGREDO NA VIOLÊNCIA SEXUAL E O ATENDIMENTO  
EM INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

(Versão Original)

Dissertação apresentada ao Instituto de  
Psicologia da Universidade de São Paulo  
para Obtenção do Título de Mestre em  
Psicologia Clínica

Área de Concentração: Psicologia Clínica  
Orientadora: Profa. Dra. Maria Lívia  
Tourinho Moretto

SÃO PAULO  
MAIO/2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Chagas, Luciana Ferreira.

Afinal, segredo de quê? Uma leitura metapsicológica da função do segredo na violência sexual e o atendimento em instituição de saúde / Luciana Ferreira Chagas; orientadora Maria Livia Tourinho Moretto. -- São Paulo, 2014.

111 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Abuso sexual 2. Psicanálise 3. Violência contra mulher 4. Tratamento 5. Serviços de Saúde Pública I. Título.

RC560.S4

**CHAGAS, L.F. Afinal, segredo de quê? Uma leitura metapsicológica da função do segredo na violência sexual e o atendimento em instituição de saúde.** Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Aprovado em: \_\_\_\_\_

### **Banca Examinadora**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Esse é um presente...

Um presente aos meus pais, porque sem vocês não seria possível a minha existência;

Um presente a todos que eu conheço, aos que ainda vou conhecer, aos que nunca conhecerei;

Um presente a mim mesma.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Profa. Dra. Maria Livia Tourinho Moretto, sem a qual esse trabalho jamais seria o mesmo. Minha orientadora, supervisora, mestra e amiga querida, que viu meus primeiros passos em Psicanálise e tem me acompanhado durante toda minha trajetória.

À Profa. Dra. Miriam Debieux Rosa, que tive o prazer de conhecer pessoalmente e que muito me ajudou direta e indiretamente, por seus estudos e pesquisas que me trazem tanta reflexão, pelas aulas ministradas, pela participação ativa e carinhosa na minha qualificação e defesa.

À Profa. Dra. Ana Maria Medeiros da Costa, que surgiu inesperadamente, mas a quem confiei o meu trabalho. Agradeço imensamente a disposição e interesse em trazer contribuições brilhantes na minha qualificação.

À Profa. Dra. Michele Roman Faria, por aceitar o meu convite e por arguir esse trabalho de mestrado que tanto tenho me dedicado.

Ao Prof. Dr. Christian Dunker, pelo seu carinho, apoio e disponibilidade em momentos sempre tão importantes.

Aos Professores Léia Prizskulnik e Rinaldo Voltolini, pela leitura de meu texto e presença marcante na minha formação.

Ao Dr. Odorico Degani Jr. (in memoriam), amigo Dico, médico ginecologista e membro do CREMESP, pelo apoio e admiração ao meu trabalho clínico e aos meus escritos, desde o momento da monografia na especialização do Hospital das Clínicas em São Paulo.

Ao Hospital das Clínicas de São Paulo, em especial ao departamento de ginecologia.

À USP e aos funcionários da Pós e da Psicologia Clínica. À Cláudia, Ana Maria e Moisés, que me acolheram e me deram a oportunidade de desenvolver minha potencialidade, realizando essa pesquisa aqui.

Ao CAPES, pelo financiamento parcial desta pesquisa.

À nossa equipe de mestrandos e doutorandos, aos colegas e aos amigos da USP, das horas de trabalho ou lazer, que muito contribuíram para que eu chegasse até aqui. À Cris e ao Marcos, que desde o primeiro dia foram amigos verdadeiros e muito me ensinam sobre Psicanálise. À Mayra e à Cláudia que tive o prazer em conhecer desde o tempo de hospital. Aos queridos Ivan, José Eduardo, Elton e Cláudio, pelas pontuações precisas.

Aos meus colegas Psi, à nossa equipe de Laboratório, ao Fórum Lacaniano de São Paulo e à Bia Oliveira, supervisora atenta e querida quando eu ainda era estagiária, à todos os professores que fizeram e fazem parte do meu percurso me ensinando a todo momento, aos colegas da Universidade Anhanguera e aos meus alunos de graduação que me fazem pensar ainda mais.

À minha analista e a todos os terapeutas que fazem parte da minha jornada de vida.

Aos pacientes e às mulheres escutadas, sem as quais esse trabalho não seria possível.

À Fê, minha amiga e parceira de pesquisa na Graduação, que representa os amigos da época de São Marcos. À Mel, amiga e companheira de trabalho sempre. À Heli, amiga que representa todos do grupo de estudos de Freud e Lacan. À Camila, Gui e Luiz, que muito contribuíram no meu projeto de mestrado com suas presenças.

Aos colegas e amigos que estão aqui hoje para me dar uma força ou para conhecer um pouco mais do meu trabalho, e que de alguma forma fazem parte desse percurso.

Ao Gabriel, meu companheiro de jornada, pelo seu carinho e paciência, e por estar sempre tão disposto a me ajudar no que for preciso para que eu realize meu trabalho da melhor maneira possível.

Aos meus pais Celso e Maria Lucia pelo amor, dedicação e suporte em todos os sentidos, por me transmitirem como acreditar nos meus sonhos; à minha irmã Cris e sua família, pela amizade, companheirismo e “help in English”, ao meu irmão Beto, pela união, paciência e torcida sempre; e à toda minha família Macedo Ferreira Merbach Chagas e Vianna Vecchi pelo apoio sempre, e por fazerem de mim um Ser Humano muito melhor.

A todos que de algumas forma contribuíram para que eu chegasse até aqui.

A mim mesma, pela vontade em pesquisar, aprender e transmitir; pela dedicação e amor que tenho por minha clínica e meu trabalho científico acadêmico.

E ao Universo, pelo privilégio de poder viver esse momento..... assim.

## RESUMO

CHAGAS, L.F. **Afinal, segredo de quê? Uma leitura metapsicológica da função do segredo na violência sexual e o atendimento em instituição de saúde.** Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2014.

A violência sexual provoca sofrimento e produz consequências de ordem física e psicológica que se fazem escutar no espaço clínico. É preconizado pelo Ministério da Saúde que a assistência se faça por meio de abordagem interdisciplinar capacitada, porém, nota-se que existe uma carência na literatura a respeito de atendimentos psicológicos realizados e seus resultados, principalmente na abordagem psicanalítica. É dado clínico que a violência sexual se repete em muitos casos, que mulheres adultas que relatam ter vivido essa experiência na infância mantenham segredo, e que a manutenção desse segredo resulta em consequências, muitas vezes sobrecarregando os serviços públicos de saúde. Temos percebido que o segredo vem sendo justificado em função do vínculo afetivo existente entre agredido e agressor, entretanto a clínica nos mostra que apesar da presença dessas características, nem sempre esse silenciamento se dá em função disso e que frequentemente o segredo vem ocupar uma função de possível manutenção de uma posição subjetiva que talvez não possa ser revelada. Assim, essa “justificativa engessada” poderia impossibilitar que essas mulheres fossem tratadas. Acreditando na relevância da compreensão clínica da função do segredo no tratamento psíquico de cada mulher, tanto do ponto de vista conceitual quanto da manutenção de uma posição subjetiva, apresentamos uma investigação teórica a respeito da violência sexual e do conceito de segredo nas obras de Freud e de Lacan, bem como uma revisão da literatura científica especializada. Abordamos também conceitos psicanalíticos como silêncio, não-dito, complexo de Édipo e constituição de sujeito, trauma, repetição e fantasia, para discutir questões relacionadas às articulações da violência sexual e o segredo com a psicanálise, enfatizando a “escolha” pelo segredo como algo que tem a função de resguardar a fantasia. Refletimos também a importância de serviços à violência sexual para o sistema de saúde brasileiro no que se refere a possível contribuição para a diminuição da sobrecarga nas instituições públicas, bem como caminhos para que psicólogos que trabalhem ou pretendam trabalhar em instituições de saúde e/ou consultórios particulares com pacientes que apresentam histórico de violência sexual, possam pensar em possibilidades de prevenção, direção de tratamento do sofrimento psíquico e interlocução com os demais saberes da área da saúde, corroborando para novos projetos de serviços interdisciplinares e novas pesquisas.

Palavras-chave: Abuso sexual; Psicanálise; Violência contra mulher; Tratamento; Serviços de Saúde Pública.



## ABSTRACT

CHAGAS, L.F. **What is the secrecy after all? A metapsychological reading of the function of secrecy in sexual violence and the clinical treatment at the health institutions.** Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2014.

The Sexual violence causes suffering and produces physical and psychological consequences that can be listened in the clinical space. The Brazilian health department recommends that social assistance should be provided by specialized interdisciplinary approach; however, there is a lack of literature about psychological services and results performed, especially in the psychoanalytic approach. The clinical observation testifies that sexual violence can be a repetition in many cases, that the adult women who have suffered abuse during their childhood keep the that as a secret, and that the maintenance of such secrecy results in consequences, that often overload the public health services. We realized along the studies that the secret has been justified by the emotional connection between the abused and the abuser, however the clinic experience shows us that despite the presence of these characteristics, this silencing is not always related to the emotional relationship described above but is often related to the possibility of maintaining a subjective position which may not be revealed. Therefore, this "assumed" reason could make it impossible for these women to be treated. Based on the belief that clinically the secrecy has its function on the way we can conduct the treatment of each women – from the theoretical point of view as well as the maintenance of a subjective position – we present a theoretical research about sexual violence and the concept of secrecy in the Freud and Lacan literature, as well as review of the specialized scientific researches. We analyzed psychoanalytic concepts such as silence, the unsaid, the Oedipus complex and the psychic constitution, trauma, repetition and fantasy. We discussed the issues related to the links of sexual violence and secrecy with the psychoanalysis, emphasizing the "choice" for the secrecy as something that has the function of protecting the fantasy. We also considered the importance of multidisciplinary services supporting treatments of sexual violence victims in the Brazilian health system in order to reduce the overload on public institutions, as well as, the possibility of finding ways for psychologists to work with patients who have sexual violence history. At last, we discussed the possibilities of prevention, the treatment of psychological suffering and the dialogue among the health fields such as medical and social services, corroborating for new projects of interdisciplinary services and new researches.

Key Words: Sexual Abuse; Psychoanalysis; Violence against women; Treatment; Public Health Services.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
1.1 – Nasce uma pesquisa: a emergência do problema e desejo de investigação.....	12
1.2 – Objetivos.....	15
1.3 – Recursos Metodológicos.....	16
1.4 – Da clínica à teoria: da pesquisa teórica ao momento da escrita.....	17
<b>2. VIOLÊNCIA SEXUAL.....</b>	<b>18</b>
2.1 – A respeito de nossa clínica com mulheres vítimas de violência sexual.....	18
2.2 – Violência Sexual: aspectos históricos e definições.....	23
2.3 – Prováveis consequências psicológicas da violência sexual em mulheres.....	25
2.4 – Assistência psicológica a mulheres vítimas de violência sexual.....	26
2.5 – A violência sexual como segredo.....	30
<b>3. A VIOLÊNCIA SEXUAL E A PSICANÁLISE: TRAUMA, REPETIÇÃO E FANTASIA.....</b>	<b>33</b>
3.1 – Complexo de Édipo e constituição subjetiva: diferentes caminhos para o menino e a menina.....	34
3.2 – Fantasia Fundamental.....	56
<b>4. O SEGREDO E A PSICANÁLISE.....</b>	<b>64</b>
4.1 – O silêncio em Freud e Lacan.....	66
4.2 – O segredo e o não-dito.....	73
4.2.1 – Os segredos de família e a transmissão psíquica entre gerações.....	77
4.2.2 – O não-dito como consequência de experiências recalçadas.....	80
4.2.3 – O segredo consciente e a “escolha” de um sujeito por não querer contar uma determinada experiência vivida.....	81

<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	84
5.1 – A violência sexual e a psicanálise: A constituição do sujeito, trauma, repetição e fantasia.....	85
5.2 – A possibilidade de prevenção.....	92
5.3 – Escolha por guardar segredo: isso que diz da fantasia.....	93
5.4 – A possibilidade de tratamento e novas pesquisas.....	97
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	101
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	103

## 1. INTRODUÇÃO

Muito se diz nos dias de hoje a respeito da violência sexual no Brasil e no mundo. Esse é um tema que vem sendo abordado tanto por pesquisadores científicos, como pela mídia e pela população em geral em nosso país, que vêm se mobilizando com campanhas contra o estupro e os maus tratos, principalmente a mulheres e crianças.

Recentemente, uma pesquisa realizada pelo IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada<sup>1</sup>, causou indignação e perplexidade ao divulgar que 26%<sup>2</sup>, 1 em cada 4 brasileiros(as), consideram que "Mulheres que usam roupas que mostram o corpo merecem ser atacadas.", 58,5% dos brasileiros(as), consideram que "Se as mulheres soubessem como se comportar, haveria menos estupros", bem como 65,1% concordam parcial ou totalmente que "mulher que é agredida e continua com o parceiro gosta de apanhar". (IPEA, 2014)

Acreditamos que esse é um tema que demanda cada vez mais estudos sistematizados e de grande seriedade científica para que possamos pensar em recursos efetivos para tratar tanto do sofrimento de pessoas que tenham vivido essa experiência, como para o desenvolvimento de projetos de prevenção.

---

<sup>1</sup> "O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (**Ipea**) é uma fundação pública federal vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Suas atividades de pesquisa fornecem suporte técnico e institucional às ações governamentais para a formulação e reformulação de políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros" que tem como missão: "Produzir, articular e disseminar conhecimento para aperfeiçoar as políticas públicas e contribuir para o planejamento do desenvolvimento brasileiro". (IPEA, 2014)

<sup>2</sup> Esse foi um segundo resultado, após o IPEA informar o erro da primeira divulgação, onde afirmava que esse percentual era de 65% ao invés de 26% (informação divulgada em 04/04/14 em <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2014/04/ipea-diz-que-sao-26-e-nao-65-os-que-apoiam-ataques-mulheres.html>)

## 1.1 – NASCE UMA PESQUISA: A EMERGÊNCIA DO PROBLEMA E DESEJO DE INVESTIGAÇÃO

Esta pesquisa surgiu a partir do estudo iniciado no “Curso Avançado de Formação Continuada em Psicologia Hospitalar: Saúde, Subjetividade e Instituição”, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), no período entre fevereiro de 2009 e dezembro de 2010, no qual, na qualidade de especializanda, tive a oportunidade de prestar assistência psicológica, sob a supervisão clínica e orientação de pesquisa da Profa. Dra. Maria Livia Tourinho Moretto (na ocasião coordenadora do mesmo curso), a 27 mulheres em tratamento no ambulatório de Ginecologia do Instituto Central do HC-FMUSP, com idade entre 25 e 60 anos, que sofreram violência sexual em algum momento de suas vidas e foram encaminhadas pela equipe médica para avaliação psicológica.

A partir desta experiência foi possível elaborar a monografia de conclusão de curso intitulada “*O segredo que denuncia: um estudo no Hospital Público Universitário sobre o sofrimento psíquico de mulheres acometidas por violência sexual*”, que teve como objetivo apresentar a sistematização de dados obtidos no trabalho clínico de assistência psicológica oferecido a estas pacientes mulheres adultas, vítimas de violência sexual, em especial no que diz respeito aos seguintes itens investigados, a partir do discurso das mesmas:

1. Idade em que ocorreu pela primeira vez o ato de violência sexual, identidade do agressor e natureza do ato de violência sexual;
2. Se o ato de violência foi ou é tomado como segredo;

3. Existência de afeto que se apresenta quando evocada a lembrança do evento, consequências e/ou dificuldades decorrentes do evento em sua vida, do ponto de vista da paciente e presença de quadro psicopatológico atual;
4. Tipo de vínculo afetivo que estabelece na atualidade e vida sexual atual;
5. A passagem anterior por psicoterapia e a necessidade atual de psicoterapia, segundo as pacientes.

Neste trabalho, notamos que a existência de algumas dificuldades na qualidade do vínculo afetivo que essas mulheres adultas estabelecem na vida atual e sexual podem se dar como consequência da manutenção do segredo sobre a violência sexual sofrida no passado, uma vez que o “segredo não denunciado na época do episódio vivido, pode retornar mais tarde em suas vidas em forma de sintoma, seja ele físico ou psíquico, denunciando o que não pôde ser dito” (Chagas, Moretto & Lucia, 2010).

Dados relevantes neste estudo foram a frequência com que os episódios da violência sexual se repetem ao longo da vida dessas mulheres agredidas na infância e a frequência com que o sentimento de culpa pelo ato de um outro (o dito agressor) aparece no discurso das pacientes. Essas mulheres, quando questionadas, revelaram “lembrança de sentimento de prazer no momento anterior ao episódio, seguido de culpa, vergonha e remorso e muitas vezes relataram o não interesse pela denúncia por medo de que fossem julgadas culpadas pelo comportamento do agressor” (Chagas, Moretto & Lucia, 2010).

O trabalho nos permitiu concluir que a qualidade da assistência psicológica oferecida a estas mulheres está diretamente relacionada com a compreensão clínica da função do segredo para cada mulher, a partir da experiência da violência sexual, tanto

do ponto de vista conceitual quanto da manutenção de uma posição subjetiva que talvez não possa ser revelada.

Também consideramos a possibilidade de pensar em caminhos para prevenção da violência sexual em gerações futuras, já que é sabido que a transmissão entre gerações pode se dar como repetição, de forma inconsciente, pela insistência da cadeia significativa de conteúdos não-ditos (mantidos em segredo) ou de experiências traumáticas (Inglez-Mazzarella, 2006).

Isso foi o que motivou nosso interesse em dar continuidade, agora na pesquisa de Mestrado, à investigação a respeito da função do segredo, uma vez que a violência sexual provoca sofrimento para suas vítimas e produz consequências de ordem física e psicológica, que se fazem escutar no espaço clínico oferecido a essas pessoas, inclusive nos serviços públicos de saúde.

No Brasil, é preconizado pelo Ministério da Saúde que a assistência a essas pacientes se faça por meio de abordagem interdisciplinar capacitada e a que a equipe de saúde permaneça livre de julgamentos ou valores morais. Entretanto, apesar dessa temática vir sendo pauta frequente nas reuniões clínicas entre psicólogos em Instituições de Saúde com discussões a respeito de métodos diagnósticos e interventivos, nota-se que existe uma carência de literatura a respeito de atendimentos psicológicos realizados e que os profissionais de saúde ainda apresentam uma certa “miopia” com relação à questão.

É dado clínico que a violência sexual se repete em muitos casos, que mulheres adultas mantenham a experiência como segredo, e que a manutenção desse segredo também não se faz sem consequências de ordem psicológica.

Cabe-nos, portanto, indicar, respeitando a singularidade de cada caso, que a relevância do entendimento da função do segredo no tratamento psíquico dessas

mulheres acometidas pela violência sexual será de grande valia para a implantação e oferta de serviços de saúde mais eficazes e de melhor qualidade, tanto no que diz respeito à saúde física e ao tratamento do sofrimento delas, e para o sistema de saúde brasileiro no que se refere à possibilidade de contribuição efetiva à assistência prestada no campo da saúde da mulher nas instituições públicas.

## 1.2 – OBJETIVOS

Acreditando que a qualidade da assistência psicológica oferecida está diretamente relacionada com a compreensão clínica da função do segredo para cada mulher, especialmente naquilo que se refere à manutenção de uma posição subjetiva que talvez não possa ser revelada, o presente trabalho tem como objetivo geral: Investigar e fundamentar teoricamente a função do segredo na vida de mulheres com histórico de violência sexual em algum momento de sua vida e o que o segredo pode dizer da posição subjetiva/funcionamento psíquico dessas mulheres.

São objetivos específicos: a) Investigar e fundamentar teoricamente a possível relação da violência sexual como segredo e as teorias de trauma, fantasia e repetição na Psicanálise; e b) Ampliar o escopo teórico-clínico a respeito do tema, de modo a contribuir teoricamente para a construção de projetos terapêuticos e mais eficazes no atendimento a mulheres na situação de violência sexual.



### 1.3 – RECURSOS METODOLÓGICOS

Tratou-se de uma investigação teórica que consistiu no mapeamento do conceito de segredo nas obras de Freud e de Lacan, numa tentativa de esclarecer a função do segredo na vida psíquica de mulheres adultas que relatam terem sido vítimas de violência sexual em algum momento de suas vidas, mais frequentemente na infância.

A partir daí, fizemos uma revisão da literatura científica especializada, em busca de trabalhos que abordavam a temática que estava sendo investigada, tanto em livros quanto em artigos científicos localizados em bases de dados como BVS-PSI e MEDLINE/PUBMED, preferencialmente publicados nos últimos dez anos, por meio de descritores tais como: segredo; psicanálise, psicologia, violência sexual, mulheres, trauma, fantasia, repetição, tratamento, serviços especializados e projetos terapêuticos, respeitando cruzamentos que favoreceram a localização de trabalhos que pudessem atender ao objetivo da pesquisa.

Por fim, os resultados encontrados nortearam a discussão procurando responder à lógica da função do segredo na vida de uma mulher a partir da experiência da violência sexual, de modo a enfatizar o que é fundamental, do ponto de vista teórico, que seja considerado tanto na formação continuada de profissionais psicólogos que atuam/atuarão na área da saúde, quanto na construção de projetos terapêuticos que atendem a mulheres envolvidas nesta problemática, especialmente em serviços que compõem a rede pública de saúde.

## 1.4 – DA CLÍNICA À TEORIA: DA PESQUISA TEÓRICA AO MOMENTO DA ESCRITA

Tendo sempre em vista as mulheres adultas que revelam pela primeira vez, em consulta psicológica, a experiência da violência sexual, partimos da clínica rumo à teoria a fim de investigar a função do segredo em Freud e Lacan.

Nos deparando com a escassez de trabalhos nessa linha de pesquisa, fizemos uma pesquisa sobre o segredo, os ditos e não ditos, e movemo-nos para um estudo sobre o estatuto do silêncio.

Neste primeiro momento, ainda antes da qualificação, procurávamos já pesquisar as questões sobre “os segredos de família e a transmissão psíquica entre gerações”; “o não-dito como consequência de experiências recalçadas”; e “o segredo consciente e a ‘escolha’ de um sujeito por não querer contar uma determinada experiência vivida”; bem como a relação da violência sexual e conceitos como trauma, repetição e fantasia.

Levantamos hipóteses sobre “possibilidade de prevenção”, “a ‘escolha’ por guardar segredo: isso que diz da fantasia”, e “a possibilidade de tratamento e novas pesquisas”. E assim fomos para a qualificação.

Desta forma, levantamos questões como “o segredo é não-dito”? “o segredo é silêncio”? “segredo é escolha ou é impossível de dizer”? Em seguida, pensando na relação segredo e psicanálise, percebemos a necessidade de um estudo mais aprofundado na constituição do sujeito e a fantasia fundamental.

Na ocasião da qualificação, tivemos a avaliação de nossas hipóteses e o apoio para que seguíssemos o caminho previamente traçado. A contribuição da banca foi de

importância crucial para que continuássemos nossos pensamentos e nossa pesquisa e pudéssemos pensar numa nova questão. Afinal, segredo de que? A banca nos ajudou a pensar que o segredo por “escolha”, esse que diz da fantasia, diz de um funcionamento psíquico, diz de uma matriz fantasmática construída desde a constituição do sujeito, até uma possível reconstrução, sob transferência, num processo analítico. Afinal, segredo de que? O segredo da própria fantasia, o segredo de uma posição frente ao desejo, o segredo de uma posição de mulher.

## 2. VIOLÊNCIA SEXUAL

### 2.1 – A RESPEITO DE NOSSA CLÍNICA COM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Partimos da experiência em um hospital público universitário da cidade de São Paulo que presta assistência à saúde da mulher, onde foram realizados atendimentos psicológicos a mulheres adultas acometidas por violência sexual na infância, que mantiveram a experiência como segredo por muito tempo, e que se apresentaram na instituição de saúde com algum tipo de adoecimento.

Acreditando que o tema da violência sexual pode ser um evento que marca a subjetividade de uma pessoa, nosso objetivo foi a sistematização dos dados obtidos a partir das entrevistas com as pacientes em questão. Isso permitiu que construíssemos, de modo a facilitar a ideia que norteia esta pesquisa, a seguinte sequência discursiva,

para tentarmos entender a sua lógica: “ato / segredo / consequências – dificuldades/emergência de psicopatologia / busca por tratamento”.

Naquela ocasião foram atendidas 27 pacientes, com idade entre 25 e 60 anos, no período de março de 2009 a dezembro de 2010, encaminhadas pela equipe médica para avaliação psicológica, e que ao chegar para atendimento psicológico, eram informadas que deveriam falar sobre o que julgassem importante. Ao longo da primeira entrevista, todas as questões que se pretendia investigar foram colocadas, na ordem que fosse mais adequada ao encaminhamento da fala do paciente e as pacientes que demandaram a continuidade das sessões passaram a ser atendidas em processo psicoterápico, pela mesma psicóloga.

Apenas 3 (11%) das 27 pacientes escutadas já haviam passado por atendimento psicológico anterior, entretanto a maioria (24 mulheres, 67% do total) demonstrou interesse e motivação para falar com a psicóloga, acreditando ser um momento importante para tratar do sofrimento e dificuldades atuais, de modo que 6 mulheres (22%) permaneceram em psicoterapia por período superior a 4 meses.

A respeito da ocorrência do evento da violência sexual pela primeira vez, verificamos que 24 mulheres (89%) vivenciaram a experiência na infância (entre 4 e 10 anos), cometida por um parente (pai, tio, avô, irmão e primo) ou homem muito próximo em 96% dos casos (26 mulheres), por meio de atos obscenos, sedução, carícias em genitálias e voyeurismo, sem chegar ao ato sexual com penetração, por 25 mulheres (93%).

Aquele momento da consulta foi revelado por grande parte das mulheres (21 pacientes - 78% do total) como sendo a primeira vez que estavam falando sobre a violência sofrida, que até então havia sido um segredo “muito bem guardado”, possivelmente motivados por afetos que variaram entre “vergonha”, “medo”, “culpa”,

“sufocamento” e “prazer”, e que apareciam também quando evocada a lembrança do episódio.

Foi constatado ainda que 25 mulheres (93%) apresentavam quadro psicopatológico atual, com sintomas que variavam em “depressão”, “síndrome de pânico”, “ausência de libido” e “compulsão”, sendo que 67% (18 pacientes) atribuíam essa situação a dificuldades decorrentes do ato de violência sexual vivenciado.

Muitas pacientes foram encaminhadas à psicologia por médicos que puderam perceber a existência de violência física no histórico de suas vidas. Foi a “checagem médica” a respeito de quadros psicopatológicos ou da presença da violência doméstica que lhes permitiu o encaminhamento ao psicólogo, e assim puderam revelar pela primeira vez seu segredo em relação a violência sexual em atendimento psicológico, algumas vezes resultando no caminho facilitador para o início de um tratamento psicoterápico.

A grande maioria das pacientes que apresentaram quadros psicopatológicos na atualidade não estabeleceu, num primeiro momento, relação consciente entre o ato de violência e os sintomas atuais, entretanto, passou a fazer relações importantes ao longo dos atendimentos. Em alguns casos pôde-se notar que os sintomas aparecem como meios de manifestação do “segredo”, denunciando na atualidade aquilo que ainda não pôde ser falado (Freud, 1996[1894]).

A concepção freudiana de sintoma pôde nos ajudar a compreender que, por meio dele, a “experiência” traumática do ato da violência sexual é, ao mesmo tempo, denunciada e revivida. Sabendo que a sexualidade adulta é uma extensão da sexualidade infantil (Freud, 1996[1923]), entendemos que na tentativa de impedir a angústia causada pela experiência vivida no passado, o conteúdo inconsciente estaria

retornando ao consciente de forma distorcida e disfarçada por meio de um representante, o sintoma.

Entretanto, foi na consulta com o psicólogo que, muitas delas, ao falar do segredo, puderam também relacionar o “segredo” com as consequências e/ou dificuldades decorrentes do evento em sua vida atual e o tipo de vínculo afetivo que estabelecem na atualidade e vida sexual, com a presença de quadros psicopatológicos.

Muitas mulheres que sofreram violência sexual na infância, apresentaram episódios recorrentes ao longo de suas vidas, sendo nesse segundo momento, ato sexual com penetração, normalmente cometido por seus parceiros fixos. É frequente que ocorra a repetição, o que pode ser entendido como resultante de complicações na saúde psíquica causada pelo trauma vivido, bem como, mais um dos sintomas que estariam denunciando o “segredo”.

Tanto na literatura especializada quanto com as pacientes de nossa clínica, nota-se que o processo psicoterápico tem efeitos positivos no tratamento de mulheres vítimas de violência. A psicoterapia permite, por meio da linguagem, o tratamento dos sintomas decorridos da violência sexual, tornando possível tanto a remissão de sintomas psíquicos quanto a mudança de posição subjetiva com relação às dificuldades relacionadas à vida sexual atual. Entretanto, acreditamos que a qualidade da assistência psicológica oferecida a essas mulheres está diretamente relacionada com a compreensão clínica da função do segredo para cada mulher.

Aqui vale ressaltar que a manutenção do segredo em si carece de ser bem entendida, não apenas pela frequência com que ocorre, mas porque nota-se que o que não é dito, também não é nem esquecido nem apagado, muitas vezes fazendo valer a proposição freudiana, que nos evidencia a hipótese de que acontecimentos

traumáticos pudessem retornar como sintoma corporal e que o sofrimento psíquico decorreria de reminiscências.

No trabalho com uma das pacientes, encaminhada com diagnóstico de violência doméstica e síndrome do pânico, foi possível que o “segredo” em relação à violência sexual fosse revelado. Neste sentido, a paciente iniciou um processo intenso de associação livre em relação aos seus medos e foi lembrando de episódios passados, importantes para o seu processo, inclusive o episódio de violência sexual ocorrido na infância. Sendo assim, pôde trabalhar questões psíquicas sobre a sua sexualidade e a sua relação conjugal, bem como conseguiu identificar relações entre a violência e dificuldades atuais, mostrando-se bastante implicada em querer entender sua história e as consequências do trauma causado pela violência sexual. Nesse caso, pareceu-nos bastante plausível a hipótese de que a síndrome do pânico e a compulsão por comer doces e comprar/gastar tenha ocorrido em decorrência do trauma causado pela violência sexual. Esses sintomas atuais estariam denunciando hoje o que não pôde ser denunciado no passado, o sintoma como formação de compromisso, uma possível tentativa em simbolizar conteúdos inconscientes, e de dar conta do que nunca foi falado. A paciente adulta descreve o dia do estupro, ocorrido na adolescência, uma repetição da violência sexual da infância, como sendo a primeira vez em que pôde comprar o que quisesse, seguido de um passeio agradável onde dançou, comeu e tomou algumas “bebidas docinhas” (*sic*). Tudo era muito prazeroso até que no momento em que foi levada para casa ocorreu a violência sexual dentro do carro, na beira da estrada, onde os carros em sentido contrário sugeriam um túnel com luzes ao fundo. No decorrer dos meses de atendimento a paciente foi relacionando a sensação de “túnel sem saída” (*sic*) com situações atuais de pânico e o dia prazeroso seguido de estupro, vivenciado como uma “sensação de prazer” (*sic*) seguida de “remorso”

(sic) e desprazer, percebido como sendo a mesma coisa que sente atualmente com o ato de comer doces e comprar/gastar compulsivamente. Assim, passou a relacionar cada vez mais a sensação de prazer/desprazer sentida no dia do estupro com o prazer/desprazer atual, pensando na hipótese de que esse seria o “preço que estaria pagando” (sic).

Em outro caso, em atendimentos realizados a uma paciente encaminhada com diagnóstico de “ausência de libido”, a escuta clínica possibilitou a lembrança de um episódio de violência sexual ocorrido na infância, até então totalmente esquecido. Ao longo do tratamento, a paciente foi percebendo que a aversão que sentia em relação ao marido e a falta de desejo, estavam relacionadas ao cheiro do perfume do parceiro, que provocava a lembrança de um tio que a acariciara na infância. Após aproximadamente 40 sessões, a paciente reconhecia que podia ver a si mesma de forma bastante diferente da anterior aos atendimentos e apresentava-se mais tranquila em relação a sua sexualidade e seus antigos medos, o que possibilitou que voltasse a sentir desejo pelo marido e que vivenciasse a sua primeira experiência de orgasmo, sem culpa.

## 2.2 – VIOLÊNCIA SEXUAL: ASPECTOS HISTÓRICOS E DEFINIÇÕES

Desde as primeiras civilizações, os papéis do homem e da mulher na sociedade foram se definindo e se diferenciando também em função do contexto ambiental e econômico ao qual pertencem. Isso contribuiu, sobremaneira, para que o papel do homem, inclusive pela sua condição física geralmente mais vantajosa em relação às mulheres, se associasse ao poder, à autoridade e à dominação, e o papel da



mulher se associasse ao de cuidadora, submissa à autoridade, dando consistência ao que veio a se constituir como sistema patriarcal dominante nas organizações sociais mais complexas.

A consolidação do sexo feminino definido como submisso, fraco e inferior – ainda que as mudanças de paradigma na contemporaneidade abalem essa consolidação – não deve estar desvinculada da constatação de que o que se define na atualidade como violência sexual atinja, numericamente, muito mais mulheres e meninas do que pessoas do sexo masculino (Lucânia, Miyazaki & Domingos, 2008).

Alguns estudos na área revelam que cerca de um milhão de crianças no mundo são vítimas de episódios de violência sexual a cada ano, sendo em sua grande maioria do sexo feminino (Lucânia, Miyazaki & Domingos, 2008). Estima-se cerca de 12 milhões de vítimas do sexo feminino anualmente (Ribeiro, Ferriani & Reis, 2004 e OMS, 2003), sendo que menos de 10% chegam às delegacias (Aded, Dalcin, Moraes & Cavalcanti, 2006). Ainda, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS/WHO (2003), 1 em cada 3 meninas em diversas parte do mundo já sofreram violência sexual.

Nesse momento, vale ressaltar que entendemos por violência sexual o estupro, tentativa de estupro, sedução, atentado ao pudor, atos obscenos e assédio que podem ou não ocorrer em conjunto com outros tipos de violência física (Oliveira, Barbosa, Moura, Kossel, Morelli, Botelho & Stoianov, 2005), não decorrente de desejo sexual ou amoroso, tomando o corpo do(a) agredido(a) como objeto, numa demonstração de poder, mais frequentemente do homem sobre a mulher (Oliveira, 2007).

Do ponto de vista jurídico, o ato de violência sexual é considerado ato criminoso e, de acordo com o artigo 214 do Código Penal (Delmanto et al., 2010), é definido como “atentado violento ao pudor: constranger alguém, mediante violência

ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal”, incluindo-se aqui, todo e qualquer crime contra a liberdade sexual.

### 2.3 – PROVÁVEIS CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES

A violência sexual, também considerada como violência de gênero em razão de basear-se na desigualdade entre homens e mulheres, é uma realidade que provoca consequências e sofrimento para suas vítimas. Estudos confirmam que adultos que sofreram violência sexual na infância permanecem com dificuldades psicológicas durante toda a vida, apresentando uma possível existência de ciclo de repetição do fenômeno da agressão, bem como evidenciando que a passagem do tempo não contribui para remissão dos sintomas, fazendo-se necessário a assistência psicológica a esse grupo de pessoas (Cloitre, M., Cohen, L.R., Koenen, K. & Han, H., 2002; Habigzang, L.F., Hatzenberger, R., Dala Corte, F., Stroehrer, F. & Koller, S., 2008; Lanktree, C.B. & Briere, J., 1995 e Sant’Anna, P.A., Baima, A.P.S., 2008).

Segundo Talbot, Conwell, O’Hara, Stuart, Ward, Gamble, Watts & Tu (2005), essas mulheres apresentam traumas e têm sua saúde comprometida em função da violência sexual, que pode acarretar em depressão, além de altos riscos de apresentarem recursos psicológicos pobres e saúde fragilizada, bem como problemas neurológicos, respiratórios, cardiovascular, gastrointestinal, músculo-ósseo e metabólicos (Wegman & Stetler, 2009).

No que tange ao desenvolvimento físico e psicossocial de pessoas que tenham sofrido esse tipo de violência em algum momento de suas vidas, segundo a literatura especializada, as consequências podem se manifestar por meio de uma complexidade de sentimentos, tais como, “cicatrizes” deixadas na vida sexual, afetiva, social e profissional, que não se reduzem a consequências imediatas, podendo implicar em complicações na saúde reprodutiva, física e mental, causando possível aumento na procura dos serviços públicos de saúde (Oliveira, Barbosa, Moura, Kossel, Morelli, Botelho & Stoianov, 2005 e Porto, 2006).

Além disso, dados apresentados pelo Ministério da Saúde (2010), revelam como a violência sexual repercute na saúde física e mental das pacientes, sobrecarregando o sistema brasileiro de saúde pública no que se refere a recursos econômicos e humanos.

#### 2.4 – ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

De acordo com a última edição do manual de Normas Técnicas de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (2010), o Ministério da Saúde reconhece a violência sexual como sendo grave questão de saúde pública e apresenta normas gerais de atendimento psicossocial e procedimentos de profilaxia, pretendendo qualificar e expandir as redes municipais e estaduais para que tenham uma atuação mais preparada e eficaz.

É preconizado pelo Ministério da Saúde (2010) que a assistência prestada se faça por meio de abordagem interdisciplinar capacitada e a equipe permaneça livre de

juízos ou valores morais. É ideal que uma equipe de saúde seja composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

Faz-se importante que unidades de saúde tenham serviço de ginecologia e obstetrícia, permitindo oferecer medidas de profilaxias das doenças sexualmente transmissíveis, anticoncepção de emergência e, em caso de gravidez, encaminhamento à assistência pré-natal, bem como atenção ao possível abortamento ou entrega da criança para adoção, lembrando da necessidade de privacidade das pacientes desde o momento de entrevistas e exames, bem como encaminhamento à segurança pública e jurídica, assistência psicológica e social (Ministério da Saúde, 2010).

Fica evidente a importância do psicólogo: “As mulheres e adolescentes agredidas vivenciam situações de medo, pânico, baixa auto-estima, perda da autonomia e, muitas vezes, fragilidade emocional, que abrem margem para quadros clínicos como depressão, síndrome do pânico, entre outros. (...) Deve-se oferecer atendimento psicológico e medidas de fortalecimento à mulher e à adolescente, ajudando-as a enfrentar os conflitos e os problemas inerentes à situação vivida. O atendimento psicológico deve ser iniciado o mais breve possível, de preferência desde a primeira consulta, mantido durante todo o período de atendimento e pelo tempo que for necessário” (Ministério da Saúde, 2010). Entretanto, muitas vezes os atendimentos são realizados apenas por médicos, por falta de recursos humanos nas unidades de saúde.

Alguns estudos indicam a importância e a necessidade da implantação e manutenção de uma rede interdisciplinar de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, os quais existem atualmente em apenas algumas instituições de saúde pública (Aded, Dalcin, Moraes & Cavalcanti, 2006), onde poderia ser oferecido

o acolhimento, assistência médica com exames especializados, medicamentos, assistência jurídica e social, bem como atendimento psicológico (Sei, Oliveira, Cabrera & Kodato, 2003; Oliveira, Barbosa, Moura, Kossel, Morelli, Botelho & Stoianov, 2005).

Para Porto (2006) os profissionais de saúde ainda apresentam certa “miopia” com relação à questão da violência sexual, e haveria, então, uma espécie de invisibilidade por parte dos profissionais de saúde, os quais apresentam dificuldade em falar e escutar sobre esse assunto (Oliveira, 2007).

Na visão de Oliveira, Barbosa, Moura, Kossel, Morelli, Botelho & Stoianov (2005) e de Porto (2006), isso pode estar relacionado às dificuldades apresentadas por profissionais de saúde no acolhimento de vítimas de abuso sexual, em decorrência do preconceito, de valores culturais e morais, e da própria natureza da questão, o que dificultaria a “escuta” deste tipo de sofrimento.

De acordo com o trabalho realizado por Oliveira (2007), o atendimento psicológico a essas mulheres, possui características próprias e demanda que os profissionais tenham formação continuada e específica. Faz-se necessárias supervisões e discussões com seus pares em decorrência do alto grau de estresse causado aos profissionais atuantes nesse segmento (Lucânia, Miyazaki & Domingos, 2008).

Segundo Porto (2006) no artigo sobre o que pensam os gestores do SUS a respeito de atendimento psicológico a mulheres vítimas de violência sexual, os aspectos subjetivos e intervenção psicológica ainda são considerados secundários nos estudos sobre políticas públicas de saúde, já que o que está em questão é algo mais objetivo e imediato como exames clínicos, a profilaxia em relação a doenças

sexualmente transmissíveis, contracepção de emergência, bem como auxílio jurídico e legais (Oliveira, 2007).

É importante que consideremos sobre a habitualidade nos serviços de saúde, onde a demanda de intervenção psicológica se faz de forma pontual, dissociada da Política de Saúde Mental, e a expectativa é quase sempre de que o psicólogo apresente uma resolução para aquilo que os demais membros da equipe multiprofissional ainda não conseguiram solucionar, considerando o profissional de psicologia como sendo aquele que “entende de problemas da cabeça de mulheres problemáticas” (Porto, 2006).

Apesar disso, a temática da violência sexual tem sido pauta frequente nas reuniões clínicas entre psicólogos em Instituições de Saúde, posto que a prática clínica com estes pacientes não só inspira questões de pesquisa, mas também discussões a respeito de métodos diagnósticos e interventivos pertinentes e eficazes nestas situações. Todos os esforços destes profissionais precisam caminhar na direção de tentar mostrar que o seu trabalho não deve ser um procedimento clínico desvinculado das políticas públicas de saúde que abordam a complexa problemática e o enfrentamento do problema da violência sexual (Porto, 2006)

Nestes casos, a assistência psicológica é de fundamental importância e necessidade, não apenas para as mulheres agredidas, mas também para a família da vítima e, se possível, ao agressor. Nos atendimentos psicológicos às vítimas é frequente que a temática da violência sexual apareça “por trás” de sintomas evidentes tais como depressão e ansiedade, e se faça revelada com muita dificuldade (Porto, 2006).

Contudo, estudos recentes no Brasil e no mundo comprovam a carência de literatura a respeito de atendimentos psicológicos realizados, evidenciando apenas a

incidência e prevalência de casos (Lucânia, Miyazaki & Domingos, 2008). Outra dificuldade para tal estudo é a ausência de instrumentos psicológicos validados e eficazes, em língua portuguesa, que permitam avaliação clínica específica para as vítimas (Habigzang, Hatzenberger, Corte, Stroehrer & Koller, 2008).

Grande parte deles apresenta resultados da avaliação de sintomas de depressão, ansiedade, estresse e transtornos de estresse pós-traumático (Habigzang, Hatzenberger, Corte, Stroehrer & Koller, 2008) nesta população, e descreve intervenções psicoterapêuticas, sustentadas pela teoria cognitivo-comportamental, sugerindo uma abordagem diretiva e estruturada (Lucânia, Miyazaki & Domingos, 2008), permitindo o tratamento dos sintomas decorridos da violência sexual, e apresentando resultados significativos em relação à redução dos sintomas inicialmente diagnosticados.

O estudo realizado por Sant'Anna & Baima (2008), com mulheres acometidas por violência sexual que foram atendidas em psicoterapia breve de orientação psicanalítica ou fenomenológica na clínica escola de Psicologia de uma Universidade na cidade de São Paulo, confirma a teoria de que essas mulheres mantêm segredo em relação à violência sofrida, relatando-o pela primeira vez em atendimento psicológico, e demonstra que, mesmo em atendimentos breves, questões referentes ao abuso puderam ser trabalhadas, acarretando diminuição de sintomas decorrentes do trauma vivido.

## 2.5 – A VIOLÊNCIA SEXUAL COMO SEGREDO

Então, na medida em que estes acontecimentos são notificados às autoridades públicas, tanto no que diz respeito à Segurança Pública quanto à Saúde Pública, os

números evidenciam que a violência sexual vem sendo considerada um grave problema de saúde pública, o que exige dos profissionais da saúde posições urgentes no que diz respeito à prevenção, diagnóstico e tratamento desta causa (Schraiber, D'Oliveira, Franca, Strake & Oliveira, 2000). Além de “grave problema de saúde”, é importante que pensemos também na vertente dos “direitos da mulher”. Cabe-nos assim, como profissionais da saúde mental, a preocupação em oferecer a escuta para que essas mulheres possam falar e tratar de seu sofrimento.

No entanto, este sofrimento nem sempre é denunciado no mesmo tempo em que ocorre. É em um momento tardio, que algumas mulheres conseguem expressar seu sofrimento, cada uma ao seu modo.

É justamente este silenciamento do sofrimento das vítimas, segundo Faúndes, Rosas, Bedone & Orozco (2006), que torna muito difícil avaliar a verdadeira incidência e prevalência da violência sexual e obter dados estatísticos junto aos serviços públicos devido ao fato da baixa denúncia e procura por atendimento, ocorrendo uma variabilidade muito grande entre diferentes estudos fundamentados em inquéritos populacionais.

Numa tentativa de compreender o silenciamento, Azevedo (2001) verifica que grande parte dos abusos sexuais contra crianças são cometidos por familiares ou pessoas próximas da vítima, utilizando-se de ameaças e/ou conquistas de confiança e afeto das mesmas, bem como gratificações em forma de dinheiro ou presentes, o que pode aumentar a probabilidade de não haver denúncia.

Para Oliveira, Barbosa, Moura, Kossel, Morelli, Botelho & Stoianov (2005), mulheres violentadas resistem à busca por atendimento por acreditarem na necessidade de boletim de ocorrência e exame pericial junto ao Instituto Médico Legal (IML), temendo constrangimentos associados a suas presenças nesses serviços.



Como poderíamos então pensar a complexidade da problemática a respeito da denúncia e/ou do segredo sobre a violência sexual, que resultam em um comprometimento tanto na vida física e psíquica dessas mulheres, causando-lhe extremo sofrimento, como também na sobrecarga do sistema de saúde? Parece-nos que o segredo vem sendo justificado em função do vínculo afetivo existente entre agredido e agressor, bem como a vergonha e/ou medos vividos por essas mulheres.

O que temos percebido na clínica é que, apesar de constatarmos a presença dessas características acima citadas, nem sempre esse silenciamento se dá em função delas. Muitas vezes notamos que o segredo vem ocupar uma função de possível manutenção de uma posição subjetiva que talvez não possa ser revelada. Sendo assim, acreditamos que essa “justificativa engessada” poderá impossibilitar que o “segredo e/ou denúncia” possa ser abordado, ou seja, a função disso na vida dessas mulheres não será tratada.

E por que não tratar o segredo? Por que excluir o segredo do tratamento psicológico? Que “olhar míope” é esse do psicólogo frente às pacientes com histórico de violência sexual?

De todo modo, tanto as consequências da violência sexual como sofrimento psíquico, como o silenciamento a seu respeito são alvo de nosso interesse enquanto objetos de investigação desta pesquisa: Por que as mulheres violentadas sexualmente sofrem em silêncio? O que não se denuncia (o não-dito, o não-revelado) se denunciará de outras formas, *a posteriori*? Qual a função deste segredo na vida psíquica destas mulheres? Qual a relação entre o estatuto do segredo e a teoria do trauma, da fantasia e da repetição na Psicanálise? Como podemos pensar em possibilidades para a prevenção da violência sexual?

### 3 – A VIOLÊNCIA SEXUAL E A PSICANÁLISE: TRAUMA, REPETIÇÃO E FANTASIA.

Após algumas considerações iniciais sobre o tema estudado, confiamos na importância em abordar a questão da violência sexual e sua relação com a psicanálise. Assim, tentaremos desenvolver uma breve reflexão a esse respeito, apostando na articulação com o trauma, a repetição e a fantasia.

Primeiramente, enfatizamos mais uma vez a complexa situação, priorizando o que entendemos como violência sexual, acordando com Cromberg (2001) ao dizer:

Por violência sexual entendo uma situação complexa, desencadeada por um ato sexual, não necessariamente o coito, no qual uma pessoa estranha ou familiar utiliza-se do corpo de uma outra pessoa, ou ameaça fazê-lo, sem seu consentimento consciente. (p.53)

Falaremos aqui da violência sexual, na qual se conste um sujeito castrado como vítima da experiência, ou seja, uma mulher cuja estrutura clínica caracterize-se como a da neurose<sup>3</sup>. Trataremos a violência sexual também no contexto do incesto, principalmente em função desta ocorrer frequentemente nas relações familiares.

Não podemos nos esquecer de que a psicanálise nasce quando Freud iniciava seu percurso com as histéricas, enfatizando num primeiro momento a teoria da sedução, direcionando para a teoria da fantasia somente após algum tempo. Assim, a psicanálise dá seus primeiros passos, percorrendo uma trilha muito próxima à questão

---

<sup>3</sup> Escolhemos, nessa pesquisa, privilegiar a neurose em função da estrutura apresentada pelas mulheres acometidas pela violência sexual que frequentaram nossa clínica, e, por acreditar que o caminho da investigação sobre a questão do segredo dar-se-ia de diferentes maneiras em estruturas diversas.

do incesto, a caminho da sexualidade infantil e do aparelho psíquico, para que fosse possível o reconhecimento do inconsciente.

Esse primeiro momento na constituição subjetiva – o complexo de Édipo e a proibição à realização de desejos incestuosos – evidencia sua relevância na construção da fantasia<sup>4</sup> de cada indivíduo. A partir daí, quando a curiosidade da criança se apresenta de forma intensa em relação a sua própria existência e o mundo ao seu redor, entra em contato com os limites para a realização de seus próprios desejos.

Assim, como pensarmos em possíveis atravessamentos na constituição subjetiva de uma criança que vivenciou a experiência da violência sexual, seja ela incestuosa ou não, nesse período da infância quando o indivíduo ainda se encontra na fase de constituição psíquica? Escolhemos aqui, discorrer um pouco mais sobre o complexo de Édipo e a constituição da subjetividade de uma pessoa.

### 3.1 - COMPLEXO DE ÉDIPO E CONSTITUIÇÃO SUBJETIVA: DIFERENTES CAMINHOS PARA O MENINO E A MENINA.

Freud desde muito cedo já dava pistas de sua hipótese de que o desenvolvimento da função sexual era extremamente importante na constituição subjetiva de cada indivíduo.

Entretanto, foi no texto “Os Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”<sup>5</sup> que Freud (1905), surpreendeu a comunidade científica da época, ao publicar um

---

<sup>4</sup> Nesse momento, é importante considerarmos que o termo “fantasia” refere-se tanto à questão “fantasia x realidade”, como à “fantasia fundamental” como eixo ou matriz que irá nortear a vida psíquica de alguém.

<sup>5</sup> A partir desse momento, faremos referência ao texto “Os três ensaios sobre a sexualidade infantil” (Freud 1905), como “três ensaios”.

de seus escritos mais importantes e mais polêmicos, quando “contradissem todas as opiniões populares sobre a sexualidade” (Freud, 1940[1938]; p.165).

Foi nesse momento que Freud (1905) anunciou que a vida sexual era iniciada pouco tempo após o nascimento dos bebês e que seria necessário fazer uma distinção importante entre sexual e genital, afirmando que sexual é o “conceito mais amplo e inclui muitas atividades que nada tem que ver com os órgãos genitais” (Freud, 1940[1938]; p.165).

O autor acreditava nas consequências da sexualidade infantil na vida sexual adulta e logo após seus escritos sobre os “três ensaios”, Freud (1907) enfatizou mais uma vez essa questão em uma carta aberta ao Dr. M. Fürst, sobre “O esclarecimento sexual das crianças”, afirmando “considerar a constituição psicosexual e certos males da vida sexual como as causas primordiais das perturbações neuróticas” (p.123). Achava que muitas coisas relacionadas à curiosidade infantil em relação ao sexo eram encobertas de maneira excessiva e que isso não impediria que a busca pelo mistério do sexo continuasse presente nas investigações infantis, ao contrário, fortalecia o desejo.

Nesse surpreendente escrito dos “três ensaios”, Freud (1905) indica também que o conceito de sexual diz de obtenção de prazer em diferentes partes do corpo, nomeando-as como zonas erógenas e que futuramente, quando em um momento de maturidade sexual de uma pessoa, essa função de busca por prazer caminharia na direção da função da reprodução. Dizia, entretanto que essas funções – obtenção de prazer em diferentes partes do corpo e função da reprodução – podem falhar em coincidir-se.

Assim, Freud (1905) sustenta que os sinais de atividade sexual corporal iniciados na tenra infância – fases oral, anal e fálica – ligar-se-ão com fenômenos psíquicos e que num momento mais adiante poderão se manifestar na vida erótica adulta de maneira tanto positiva como negativa. Sobretudo, assegura que esse funcionamento, próprio do desenvolvimento infantil, atinge o seu auge perto do final dos cinco anos de idade. A partir daí, segue um período de latência, e a vida sexual terá uma segunda eflorescência na puberdade, quando os genitais revelam-se como a mais intensa de todas as fontes de prazer, “forçando o erotismo a colocar-se a serviço da função reprodutora” (Freud, 1907; p.125). Vale lembrar que esse período primitivo de desenvolvimento, pelo qual todos passamos e no qual a criança já é capaz de manifestações psíquicas de amor, sofre de *amnésia infantil*.

Ao descrever o desenvolvimento da função sexual, Freud (1905) apontou para fases distintas – oral, anal, fálica e genital – sendo o período de latência, um intervalo entre as fases fálica e genital.

A primeira zona erógena descrita por Freud (1905) foi a oral, revelando-se imediatamente após o nascimento do bebê, localizada na região da boca, referente às primeiras sensações de prazer e caracterizando o início do período de auto-erotismo. Nessa primeira fase, “toda a atividade psíquica se concentra em fornecer satisfação às necessidades dessa zona” (Freud, 1940[1938]; p.166), à disposição da auto-preservação por meio da nutrição no primeiro momento. Entretanto, desde muito cedo o bebê já evidencia a sua busca de prazer independente da alimentação, quando da satisfação do sugar, inicialmente o seio, desloca-se para o chuchar o dedo ou a chupeta, denotando assim o sexual. Freud (1905) evidencia então a mãe como o primeiro objeto de amor de uma criança. Em suas palavras:

O primeiro objeto erótico de uma criança é o seio da mãe que a alimenta; a origem do amor está ligada à necessidade satisfeita de nutrição (...) a criança não distingue entre o seio e o próprio corpo; quando o seio tem de ser separado do corpo é deslocado para o ‘*exterior*’, porque a criança tão frequentemente o encontra ausente, ele carrega consigo, como um ‘*objeto*’, uma parte das catexias libidinais narcísicas originais. Esse primeiro objeto é depois completado na pessoa da mãe da criança, que não apenas a alimenta, mas também cuida dela e, assim, desperta-lhe um certo número de outras sensações físicas, agradáveis e desagradáveis. Através dos cuidados com o corpo da criança, ela se torna seu primeiro sedutor (...) o primeiro e mais forte objeto amoroso e como protótipo de todas as relações amorosas posteriores (Freud, 1940[1938]; p.202).

O autor complementa ainda seu pensamento assinalando que, não necessariamente a mãe, mas quem executa essa função. Em suas palavras:

não faz diferença que uma criança tenha realmente sugado o seio ou sido criada com mamadeira e nunca desfrutado da ternura do cuidado de uma mãe (Freud, 1940[1938]; p.202).

Em seguida, Freud (1905) avança dizendo que ainda nessa fase oral, podemos perceber esporadicamente, os primeiros estímulos sádicos, o que será visivelmente ampliado na fase seguinte – fase anal-sádica. Nesse período, inicia-se a busca por satisfação nos impulsos agressivos e na função excretória, entretanto, nunca abandonando totalmente a zona erógena que se antecede.

A terceira fase apontada pelo autor – a fase fálica – é “uma precursora da forma final assumida pela vida sexual e já se assemelha muito a ela” (Freud, 1940[1938]; p.167). Sobretudo, é apenas o órgão genital masculino (o falo) que desempenha um papel decisivo nesse momento, enquanto o órgão genital feminino permanecerá desconhecido por certo tempo.

É justamente nessa fase fálica que podemos apreciar o período edipiano e o complexo de castração. “A sexualidade da tenra infância atinge seu apogeu e aproxima-se de sua dissolução” (Freud, 1940[1938]; p.167). A partir desse momento a sexualidade revelar-se-á de modo diferente no menino e na menina. Foi em seu texto “Sobre a teoria sexual das crianças”, que Freud (1908) explicita pela primeira vez o complexo de castração, ao discorrer sobre as investigações infantis em busca de respostas para a questão “*De onde vêm os bebês?*”.

Num primeiro momento da teoria sexual, as crianças não possuem conhecimento das diferenças anatômicas entre os sexos e, mesmo diante da visão do órgão genital feminino, meninas e meninos acreditam ser possuidores de um pênis, confiando que o pênis na menina ainda está por crescer – “O dela é muito pequeno, mas vai aumentar quando ela crescer” (Freud, 1908; p.196). Sendo esse, um momento de atividade masturbatória intensa, meninos manipulam o pênis enquanto meninas estimulam o clítoris. Daí para frente, muitas coisas serão diferentes em meninos e meninas.

Podemos dizer que o desenvolvimento da função sexual no menino dar-se-á de maneira mais simples. Nesse período, é frequente que os meninos que já vivenciam o complexo de Édipo, tendo como objeto de amor o primeiro de seus objetos de amor – a mãe – sejam reprimidos e ameaçados em perder o pênis, anunciando assim o complexo de castração. Em seguida, diante da visão do órgão genital feminino, esse é visto como tendo sido mutilado, remetendo mais uma vez à castração.

É nessa ocasião, acreditando na presença universal do pênis, que as crianças iniciam suas pesquisas sexuais. O menino na fase edipiana e no período de manipulação do pênis, inicia um ciclo de descobertas e fantasias em relação a mãe, “até que, devido ao efeito combinado de uma ameaça de castração<sup>6</sup> e da visão da

ausência de pênis nas pessoas do sexo feminino, vivencia o maior trauma de sua vida e este dá início ao período de latência, com todas as suas consequências” (Freud, 1940[1938]; p.167), consolidando assim a dissolução do complexo de Édipo em função do complexo de castração, e possibilitando que o menino possa direcionar-se às escolhas de novos objetos de amor.

Freud (1923) diz acreditar que essa ameaça de castração é o que “ocasiona a destruição da organização genital fálica na criança” (p.195) e a ratificação da castração impossibilita a satisfação do complexo de Édipo, destituindo-o no menino. Assim, na criança de sexo masculino, “a destruição do complexo de Édipo é ocasionada pela ameaça de castração” (p.197).

Foi somente nos estudos sobre a dissolução do complexo de Édipo que Freud (1924) enfatizou pela primeira vez essa diferenciação do desenvolvimento da sexualidade em meninas e meninos. Destaca que o complexo de Édipo determina o eixo da sexualidade da primeira infância e que tempos depois cumpre a sua dissolução e inicia o período de latência<sup>7</sup>. Entretanto, na menina, o desenvolvimento sexual é mais complexo, já que as meninas, que possuem também a mãe como o seu primeiro objeto de amor, terão que substituir a mãe pelo pai para que possam vivenciar seu complexo de Édipo.

---

<sup>6</sup> A ameaça de castração nos meninos, dá-se em função do prenúncio de que poderiam perder o pênis como castigo pelo amor incestuoso à mãe.

<sup>7</sup> Mais adiante, em seus escritos sobre a Feminilidade, Freud (1933[1932]) vai dizer (como numa retrospectiva aos achados de suas pesquisas) que, num primeiro momento de seus estudos sobre os traumas sexuais infantis, foi levado a reconhecer que as meninas não eram necessariamente seduzidas por seus pais e que seus relatos derivavam de fantasias. Eram essas fantasias que o auxiliaram a identificar “*a expressão do típico complexo de Édipo nas mulheres*” (p.121). Entretanto, Freud (1933[1932]) revela que essas fantasias já estariam presentes desde o período pré-ediapiano, na pré-história da menina, onde o sedutor era sua mãe, que em função dos estímulos causados pelos cuidados de higiene, provocava-lhe sensações prazerosas. Assim, as fantasias de ser seduzida pelo pai, ocorrem como deslocamento da relação já existente originalmente com sua mãe.



Após a tentativa fracassada de fazer a mesma coisa que os meninos, ao vivenciar a manipulação do clítoris, hão de admitir a ausência de pênis em si mesma, bem como a inferioridade de seu clítoris em relação ao pênis na figura masculina. Sobretudo, num primeiro momento, a menina ainda não tem consciência que esta é uma característica do sexo feminino, acreditando que perdeu o pênis por castração, mas que este voltará a crescer, considerando que mulheres adultas o possuem. Mais adiante, perceberão que mulheres adultas, bem como sua mãe, também não o possuem. Assim, a menina poderá desenvolver também uma convicção de inferioridade (Freud, 1924).

Nas meninas, o desenvolvimento sexual se dá de maneira diferente e a castração é justamente o que permite que a menina ingresse em seu período edípiano. “Enquanto, nos meninos, o complexo de Édipo é destruído pelo complexo de castração<sup>8</sup>, nas meninas ele se faz possível e é introduzido através do complexo de castração<sup>9</sup>” (Freud, 1925; p. 285). O complexo de castração “inibe e limita a masculinidade e incentiva a feminilidade (Freud, 1925; p. 285).

Crianças do sexo feminino manipulam o clítoris, “e sua excitabilidade confere à atividade sexual da menina um caráter masculino, sendo necessária uma vaga de repressão nos anos da puberdade para que desapareça essa sexualidade masculina e surja a mulher” (Freud, 1908; p.197). Essas por sua vez, se interessam pelo órgão genital masculino, surgindo assim a inveja do pênis, considerando-se prejudicadas e “a falta de um pênis é vista como resultado da castração” (Freud, 1923; p.159), a qual corroborará para que a menina vá desinvestindo na relação afetiva com a mãe, por considerá-la culpada. Nas palavras de Freud (1940[1938]):

---

<sup>8</sup> No menino, complexo de castração como ameaça da perda.

<sup>9</sup> Na menina, complexo de castração como comprovação da falta.

a filha, sob a influência de sua inveja do pênis, não pode perdoar à mãe havê-la trazido ao mundo tão insuficientemente aparelhada. Em seu ressentimento por isto, abandona a mãe e coloca em lugar dela outra pessoa, como objeto de seu amor – o pai (p.206).

Diferentemente dos meninos que estão ameaçados pela castração, as meninas, apesar de num primeiro momento acreditarem que o pênis ainda poderá crescer, não enfrentam o pavor da castração, já que nunca o tiveram. Assim, meninas renunciam ao pênis, em troca de um desejo de ter um bebê com seu pai, desprezando a mãe – sua rival – e ingressando em seu complexo de Édipo. Este perderá forças progressivamente, em função de que seu desejo jamais será realizado e abrirá caminho para a sexualidade feminina e a possibilidade da menina dirigir-se às escolhas de outros objetos de amor. “Os dois desejos – possuir um pênis e um filho – permanecem fortemente catexizados no inconsciente e ajudam a preparar a criatura do sexo feminino para seu papel posterior” (Freud, 1924; p.198). É frequente que nessa fase a menina desvie seu interesse sexual como consequência dessa desilusão (Freud, 1908).

E assim o autor continua sua pesquisa a respeito de “*O que quer uma mulher?*”. Freud (1925) diz que desde os “três ensaios”, já era sabido que “uma onda de repressão na puberdade é exigida antes que o clítoris ceda lugar à vagina e a masculinidade à feminilidade” (p.276).

Em seu estudo sobre o feminino, Freud (1931) assinala o desenvolvimento da sexualidade feminina como muito complicado, evidenciando algumas características próprias. Assim, aponta para a substituição de seu objeto de amor – a mãe – pelo pai (transferindo para esse uma relação semelhante a que mantinha originalmente com sua mãe); a “tarefa de abandonar o que originalmente constitui sua principal zona genital – o clítoris – em favor de outra, nova, a vagina” (p.233); e, a “intensidade e

longa duração da ligação pré-edipiana da menina à mãe” (p.231), que até então não havia recebido tal importância e que “está especialmente relacionada à etiologia da histeria” (p.235). Aqui, nessa ligação pré-edipiana da menina com a mãe, vemos claramente o gérmen do desejo histérico insatisfeito, revisitado futuramente por Jacques Lacan.

Mas afinal, como seria essa primeira relação de amor da menina com a mãe? Como a menina vivenciara sua sexualidade nessa relação? Freud (1931) afirma que “os objetivos sexuais da menina em relação à mãe são tanto ativos quanto passivos e determinados pelas fases libidinais através das quais a criança passa” (p.244) e que “em todo campo de experiência mental, não simplesmente no da sexualidade, quando uma criança recebe uma impressão passiva, ela tende a reproduzir uma reação ativa” (p.244), como por exemplo a passagem da amamentação imposta pelo cuidador – em função da nutrição – para o movimento ativo de sugar por prazer. Assim, podemos entender que ambos os procedimentos – da menina para com a mãe, bem como da mãe para com a menina – influenciam na constituição subjetiva da criança em desenvolvimento e que esse comportamento oscilatório entre atividade e passividade afetará de algum modo o posicionamento futuro do indivíduo em relação a masculinidade e a feminilidade.

Assim, Freud (1931) também nos chama a atenção para a bissexualidade – descrita desde os “três ensaios” como existente na organização inata dos seres humanos – ser na menina mais correntemente vivenciada, já que possuem duas zonas sexuais, a vagina (órgão genital feminino) e o clítoris (análogo ao órgão masculino) e, portanto, experimentando uma vida sexual dividida, sendo a masculina no início e a feminina somente no período mais avançado do desenvolvimento de sua sexualidade, porém não abandonando por completo a excitabilidade clitoriana.

Ao retomar o tema da bissexualidade, Freud (1933[1932]) relata que “a proporção em que masculino e feminino se misturam num indivíduo, está sujeita a flutuações muito amplas” (p. 115) e que “aquilo que constitui a masculinidade ou a feminilidade é uma característica desconhecida que foge do alcance da anatomia” (p.115). Além disso, suplementa enunciando que a noção de masculino e feminino, e portanto a noção de bissexualidade, são com frequência empregados também como qualidades mentais.

Freud (1933[1932]) finaliza referindo-nos algumas particularidades psíquicas da feminilidade adulta, assinalando que nem sempre é fácil distinguir quando e quanto atribuir de influencia à função sexual e à educação social. Entretanto, marca que “assim, atribuímos à feminilidade maior quantidade de narcisismo, que também afeta a escolha objetal da mulher, de modo que, para ela, ser amada é uma necessidade mais forte que amar” (p.131) e que, muitas vezes, a escolha objetal da mulher poderá acontecer “em conformidade com o ideal narcisista do homem que a menina quisera tornar-se” (p.132).

Nesse momento nos parece interessante pensar no artigo “uma criança é espancada”, onde Freud (1919) relaciona essa fantasia de espancamento ao desenvolvimento da função sexual da criança, ao complexo de Édipo e às condições sádicas e masoquistas da criança. De acordo com Carreira (2006), esse texto nos possibilita perceber uma particularidade essencial da fantasia, “ela realiza, sem realizar, um desejo” (p.161)

Freud (1919) adentra ao estudo de sua teoria sobre a fantasia “uma criança é espancada”<sup>10</sup>, surpreso com a frequência em que esta aparece na clínica da neurose.

---

<sup>10</sup> Nesse artigo, Freud (1919) vai fazer uma importante relação entre o sadismo (como atividade e prazer) e o masoquismo (como passividade e desprazer), proferindo que essa fantasia “uma criança é espancada” dá-se a partir da fantasia de um adulto batendo numa criança, e assim, uma relação onde se insere tanto o sadismo quanto o masoquismo.

O autor vai dizer da relação entre essa fantasia e o sentimento de prazer, afirmando que “o clímax da situação imaginária, há quase invariavelmente uma satisfação masturbatória” (p.225), ocorrendo de maneira voluntária no início, mas posteriormente, passa a acontecer contra a vontade e, trazendo consigo um sentimento de culpa. Em suas palavras:

Essa fantasia – “uma criança é espancada”, – era invariavelmente catexizada com um alto grau de prazer e tinha a sua descarga num ato de agradável satisfação auto-erótica (p.226).

No primeiro momento da fantasia de espancamento na menina<sup>11</sup>, sua fala é a de que “*O meu pai está batendo na criança*”, para mais adiante dizer “*O meu pai está batendo na criança que eu odeio*”, denotando nesse segundo momento, um alto alcance de prazer e, nos remetendo à condição sádica. Entre essas duas fases, muitas mudanças poderão acontecer e sua fala seria então, “*Estou sendo espancada pelo meu pai*”, apontando à condição masoquista. No terceiro momento, ela não mais seria o alvo do espancamento, e sim um grupo de várias crianças, normalmente meninos, podendo também o espancamento ser substituído por humilhações e castigos, retornando – a menina e sua fantasia – à condição sádica. Ao refletirmos sobre as três fases da fantasia de espancamento, é importante ressaltarmos que “a primeira e a terceira são lembrada conscientemente, ao passo que a do meio permanece inconsciente” (Freud, 1919; p.243).

---

<sup>11</sup> Freud (1919) restringe-se num primeiro momento, a falar da fantasia de espancamento nas meninas, dizendo que “fantasias de espancamento nos homens estão ligadas a outra questão”, provavelmente referindo “outra questão” à “base especificamente feminina das fantasias” (p.231). Freud discorrerá sobre essa fantasia no menino, localizando-a como passiva desde o início, entretanto não a referenciaremos nesse trabalho.

Freud (1919) tangencia essa fantasia ao ciúme e à onipotência imaginária da criança em relação a inabalável afeição dos pais, que é assim derrubada, e dizendo que “a ideia de o pai batendo nessa criança odiosa é, portanto, agradável, independente de ter visto agindo assim. Significa: ‘*O meu pai não ama essa outra criança, ama apenas a mim*’ ” (p.234), aferindo a essa “a fantasia do período do amor incestuoso” (p.236) e atribuindo ao segundo período – “*Estou sendo espancada pelo meu pai*” – o sentimento de culpa da menina em função do desejo incestuoso, e que juntamente ao impulso de amor, “converte o sadismo em masoquismo” (p.236). Freud acrescenta que “a transformação do sadismo em masoquismo parece dever-se à influência do sentimento de culpa que participa do ato de repressão” (p.242).

Freud (1919) aponta também a relação desse sentimento de culpa com a masturbação da tenra infância. Em suas palavras:

Há muito presumimos que esse sentimento de culpa se relaciona com a masturbação da primitiva infância, e não com a da puberdade; e que, no essencial, deve-se ligá-lo não com o ato da masturbação, mas sim com a fantasia que, embora inconsciente, está na sua raiz – ou seja, com o complexo de Édipo (p.243).

Nesse artigo, Freud (1919) confere mais uma vez o complexo de Édipo como o núcleo das neuroses, acrescentando a fantasia de espancamento, e dizendo:

Desta forma, a fantasia de espancamento e outras fixações perversas análogas também seriam apenas resíduos do complexo de Édipo, cicatrizes, por assim dizer, deixadas pelo processo que terminou, tal como o notório ‘sentimento de inferioridade’ corresponde a uma cicatriz narcísica do mesmo tipo (p.241).

Assim, poderíamos pensar que a relação da fantasia de espancamento reforça o que já vínhamos discorrendo em relação ao Complexo de Édipo e o Complexo de

Castração. A fantasia de espancamento na menina poderia ser pensada como um acréscimo à teoria do complexo de Édipo. Ademais, a passagem da primeira fase (onde uma outra menina é espancada) para a terceira fase (onde meninos são espancados) representaria um deslocamento da “raiva” da castração e o sentir-se inferiorizada em relação aos meninos, ao perceber-se sem o falo, e assim, a sensação de prazer sádico – portanto ativa – ao fantasiar meninos sendo castigados.

Após esse breve percurso sobre complexo de Édipo, constituição subjetiva e os diferentes caminhos para o menino e a menina, voltemos então a nossa articulação entre a violência sexual e a psicanálise.

Assim, continuando nossa articulação teórica a respeito da violência sexual e a psicanálise: trauma, repetição e fantasia, o que levaria afinal, uma mulher adulta a guardar segredo a respeito de uma possível violência sexual ocorrida na infância? O que esse segredo encobre a respeito da fantasia da menininha, e portanto, da mulher? E ainda mais! O que leva uma mulher adulta à “escolha” pela permanência numa relação violenta implicada por sofrimento? O que esse segredo diz da posição psíquica dessa mulher em relação às suas escolhas objetais, suas escolhas por objetos de amor?

De acordo com Descartes apud Nasio (2012), “amamos nosso amado não pelo que ele é, mas por ele ser portador de um traço que o torna desejável a nossos olhos” (p.34). Nas palavras do filósofo:

Assim, quando somos impelidos a gostar de alguém, sem que saibamos a causa, sabemos que isso resulta do fato de existir alguma coisa nele semelhante ao que existiu num outro objeto que amamos antes, ainda que não saibamos o que é (p.34).

Retomando o desenvolvimento da função sexual, Freud (1940[1938]) dizia que as três primeiras fases – oral, anal e fálica – “podem sobrepor-se e podem estar presentes lado a lado”, sobretudo, “na fase fálica, há os primórdios de uma organização que subordina os outros impulsos à primazia dos órgãos genitais e determina o começo de uma coordenação do impulso geral em direção ao prazer na função sexual” (p.168). A latência refere-se a esse período de intervalo entre as três primeiras fases e a fase genital, que só termina na puberdade quando se dá por completa a organização do desenvolvimento da função sexual.

Ao pensarmos o período da constituição da subjetividade na criança e a idade com que maior frequência a violência sexual se dá na infância, temos que nos atentar à coincidência do período com que ambas acontecem. Segundo Freud (1931),

não devemos desprezar o fato de os primeiros impulsos libidinais possuírem uma intensidade que lhes é própria, superior a qualquer outra que surja depois, e que pode ser verdadeiramente chamada de incomensurável (p.251).

Independentemente da violência sexual ocorrer ou não de maneira incestuosa, o que poderia levar-nos a uma questão em relação à possível realização de algo que seria apenas parte da fantasia, não podemos negligenciar que de qualquer forma, a violência se dá no período de desenvolvimento da função sexual. Como isso poderia influenciar na futura lógica das escolhas afetivas, na escolha objetal do sujeito, na construção da fantasia fundamental<sup>12</sup>?

Freud (1931) evidencia a relação da fantasia feminina com a excitação do clitóris e os primeiros cuidados de higiene ao dizer que “as meninas geralmente

---

<sup>12</sup> Usamos aqui o conceito de fantasia fundamental utilizado por Jacques Lacan para pensarmos a fantasia no sentido de construção da matriz do funcionamento psíquico. Esse conceito está melhor explicado no sub-item 3.2, a seguir.



descobrem por si próprias sua atividade fálica característica, a masturbação do clitóris, e, de início, isso sem dúvida não se faz acompanhar pela fantasia. O papel desempenhado, em seu começo, pela higiene infantil reflete-se na fantasia muito comum que transforma a mãe ou a babá em sedutora” (p.240), sofisticando assim a fantasia da menina. Ao pensarmos a violência sexual na infância, consideramo-la como um possível episódio onde a fantasia da menina passa a valer como uma sedução real, e, em anuidade com Freud (1931), acreditamos que poderá trazer consequências futuras, marcando a subjetividade de uma criança. Em suas palavras:

A sedução real também é bastante comum; é iniciada quer por outras crianças, quer por alguém encarregado da criança que deseja acalmá-la, pô-la para dormir ou torna-las dependente dele. Onde intervém, a sedução invariavelmente perturba o curso natural dos processos de desenvolvimento e com frequência deixa atrás de si consequências amplas e duradouras (p.240).

Freud (1940[1938]) ainda mencionará:

Nossa atenção é atraída primeiro pelos efeitos de certas influências que não se aplicam a todas as crianças, embora sejam bastante comum – tais como abuso sexual de crianças por adultos, sua sedução por outras crianças (irmãos ou irmãs) ligeiramente mais velhas que elas e, o que não esperaríamos, ficarem elas profundamente excitadas por ver ou ouvir, em primeira mão, um comportamento sexual entre adultos (seus pais), principalmente numa época em que não se pensaria que pudessem interessar-se por tais impressões ou compreendê-las, ou serem capazes de recordá-las mais tarde. É fácil confirmar até onde essas experiências despertam a suscetibilidade de uma criança e forcem os seus próprios impulsos sexuais para certos canais dos quais depois não se podem safar (p.200-1).

Segundo Bollas (1992), a violência sexual incestuosa interfere de forma negativa e danosa na capacidade de uma criança em fantasiar. Para ele, a figura alvo de fantasias

sexuais da menina – o pai – que se apresenta como objeto sexual real, é experimentado como um despir da própria fantasia e uma irrupção do seu mundo psíquico.

Faiman (2004) ilustra ao dizer:

Deparar-se com situações que representam a realização de desejos, sexuais ou agressivos, reprimidos no inconsciente constitui-se numa experiência extremamente bizarra, geradora de intenso sofrimento psíquico. Essa experiência ameaça o sentimento de existir enquanto unidade psíquica autônoma. (p.31)

A autora aponta uma possível sensação vivenciada pela menina, onde uma situação é sentida ao mesmo tempo como nova e “estranhamente familiar”, revelando que trata-se de “uma experiência que torna manifesto o que deveria ficar oculto e secreto.” (p.66)

Faiman (2004), nos chama também a atenção para a importância em se lembrar dos efeitos na constituição do superego quando da experiência da violência sexual incestuosa, já que “o ideal do ego (a base para o superego) é o herdeiro do complexo de Édipo” (p.48). A autora aponta para a questão de que um superego excessivamente atravessado – neste caso, atravessado pela violência sexual – poderia corroborar para o sentimento de culpa na criança, levando-nos a pensar que futuramente, também na mulher adulta. Em suas palavras:

O estudo do incesto traz inúmeras questões a respeito do superego, tanto no que diz respeito ao desenvolvimento psicológico de uma criança que passa por essa experiência, de ter um relacionamento sexual incestuoso, e portanto ilícito, exatamente com quem desempenharia para ela a função de transmitir parâmetros de conduta. (p.48)

Faiman (2004) nos menciona ainda o fato de que muitas seriam as saídas futuras desse indivíduo, muitas seriam as maneiras de lidar com sua angústia. É frequente que a resposta seja na direção da vergonha, depressão, entre outras. Entretanto o recurso pode apresentar-se de formas opostas como o sentir-se especial, “a escolhida”. A autora diz que:

O que pode alimentar tais sentimentos é a satisfação de natureza narcísica que a menina pode experimentar por ser “a escolhida” pelo seu pai e por ter com ele acesso a um prazer proibido. (p.59)

Na época em que Freud (1905) desenvolvia sua teoria sobre a sexualidade infantil, mais precisamente no texto "Os três ensaios", ainda acreditava que a pulsão deveria seguir um curso dito normal, que levaria o sujeito à sexualidade adulta. Entretanto, com o passar do tempo, entende que a sexualidade é sempre infantil, diferenciando o que é infantil e da infância.

Desde essa época é sabido que a sexualidade não é dada, mas sim construída. O modo como um sujeito busca satisfação em sua vida vai sendo construído na relação com o outro. Deste modo, apesar da universalidade do desenvolvimento da função sexual, não podemos falar em universalidade ao mencionarmos a sexualidade particular de cada pessoa, já que esta foi constituída na relação singular de cada indivíduo com outro, na experiência vivida em sua própria história. Sendo assim, a experiência de cada pessoa o tornará um ser singular e individual, na construção de sua própria fantasia<sup>13</sup> e diferentes modos de satisfação de seus desejos. Segundo Freud (1940[1938]):

---

<sup>13</sup> Aqui consideramos do termo “fantasia” a partir da referência Lacaniana de “Fantasia Fundamental”. Trataremos do conceito “Fantasia Fundamental”, em sub-item 3.2, a seguir.

aquilo que é passível de ser manejado pela constituição de uma pessoa pode ser uma tarefa impossível para outra (p.197).

E mais:

Parece que as neuroses são adquiridas somente na tenra infância (até a idade de seis anos), ainda que seus sintomas possam não aparecer até muito mais tarde (...) As neurose são, como sabemos, distúrbios do ego e não é de admirar que o ego, enquanto é débil, imaturo e incapaz de resistência, fracasse em lidar com tarefas que, posteriormente, seria capaz de enfrentar com a máxima facilidade (p.198)

É de grande relevância nesse momento considerarmos que experiências sexuais traumáticas vividas na infância, podem causar consequências psíquicas na vida adulta de uma mulher. A clínica nos evidencia que, frequentemente, uma mulher adulta com histórico de violência sexual na infância, vivencia a repetição da experiência ao longo de sua vida, muitas vezes cometidas por seus parceiros fixos, sem entender a relação disso na sua vida atual. Assim, essas mulheres, ao nos procurar, devem ser escutadas levando em conta essa singularidade, essa fantasia fundamental individual, fruto de sua própria sexualidade constituída a partir de sua história de vida e que pode ser re-construída, sob transferência, na presença do analista.

Ao refletirmos a relação da psicanálise e a violência sexual, essa pode ser analisada como tendo um valor traumático em muitos casos, sendo a cena de sedução, realidade ou fantasia, ao considerarmos que para o inconsciente não há essa distinção definida. Entretanto, esse “valor traumático” só poderá ser confirmado como trauma ou não, a posteriori.

Freud (1905), evidencia que na experiência de uma cena de sedução, na qual um adulto busca satisfação sexual com uma criança, poderá eclodir um traço

mnêmico, que mais tarde em sua vida adulta, diante de uma outra cena que a remeta à primeira, transformar-se-á em trauma, favorecendo o possível aparecimento de sintomas. Sobretudo, o autor nos adverte que, a partir da teoria da fantasia, o desejo da criança poderia também fazer parte na cena de sedução, posto que o desejo já estaria ali presente desde a primitiva infância.

Para Cromberb (2001), sentir o espaço psíquico e corporal penetrado, sem desejo, por uma sexualidade estranha, é um dos maiores horrores que uma mulher pode sentir.

Ela diz que:

Habitualmente, no percurso que a faz aceder à sua sexualidade, a mulher já tem que travar uma longa luta contra a angústia de penetração, esta barreira contra o gozo que a sua versão da fantasia de castração lhe impõe (p.16)

Ao descrever sua clínica a respeito da violência sexual, a autora atenta também para o risco do analista interpretar o sofrimento da paciente em função de suas próprias fantasias, ao perguntar-se:

Quem me garante que o que está se formando enquanto ideia interpretativa do sofrimento da paciente é dela? Não será só meu? E se o analista estiver fabulando a partir de suas próprias fantasias? (p.06).

Nesse ponto, pensamos também ser de grande relevância lembrarmos que, de toda maneira, segundo os ensinamentos de Freud, estaríamos todos submetidos à *amnésia infantil*, e que de alguma forma poderá ser sofrido e custoso o contato com

esse período da vida de alguém, mesmo que não a nossa história, mas a de nossa paciente a quem escutamos.

Em "Organização genital infantil" (Freud, 1923), o autor vai dizer da recusa dos adultos em relação à sexualidade infantil nas crianças, ao dizer de uma amnésia infantil, o que faz com que os adultos, os quais esquecem de sua sexualidade infantil, tendam a lidar mal com a sexualidade nas crianças. Nasio (1995) ilustra bem isso ao dizer:

...as pulsões sexuais remontam a um ponto longínquo em nossa infância. Têm uma história que pontua o desenvolvimento de nosso corpo de criança. Sua evolução começa desde o nascimento e culmina entre os três e cinco anos, com o aparecimento do complexo de Édipo (...) A maioria dos acontecimentos sobrevividos durante esses primeiros anos da vida é atingida pelo esquecimento, um apagamento a que Freud chamou amnésia infantil. (p.39)

É clara a importância da análise pessoal na formação continuada do psicanalista, entretanto, não podemos esquecer de que quando tratamos da sexualidade, mais especificamente da violência sexual, estamos frente a frente com a sexualidade infantil, essa que nenhum ser humano escapa em sua própria constituição subjetiva.

É certa também a posição do analista frente ao analisando. A psicanálise, desde Freud, nos alerta para a importância da escuta caso a caso e a necessidade de que o analista permaneça nesse lugar de quem não sabe, mas quer saber. Só assim será possível a escuta de um saber produzido pelo analisando, só assim será possível a escuta do inconsciente e sua produção singular. Sobretudo, entendemos o setting analítico como um lugar privilegiado para essa escuta singular.

O analista tem, por meio da escuta, a oportunidade de pensar a posição psíquica de cada sujeito, em particular, frente ao seu desejo e fantasia. As fantasias são construídas a partir da infância muito primitiva, mas somente teremos notícia se o sujeito falar, endereçando essa fala ao analista. E esta será a única maneira, já que somente o próprio sujeito é quem pode nos dizer de sua própria fantasia. Quinet (2000), em “A descoberta do Inconsciente”, nos apoia ao dizer que “é na demanda endereçada ao analista que circula o desejo” e assim, “é na modalização da fala que cabe ao analista avaliar a presença do desejo”. (p.100)

De tal modo, há de se ter um cuidado especial com interpretações tendenciosas, além de uma permanente atenção para uma possível construção e desconstrução de hipóteses teóricas que nos permitem o estabelecimento de novos elos entre o conhecido e o desconhecido, os quais temos acesso no discurso dos pacientes. (Cromberg, 2001)

A autora já dizia do cuidado que devemos ter para não reforçar a posição de vítima da mulher que muitas vezes já se apresenta desse lugar, afirmando que isso prejudicaria a direção do tratamento. Entretanto, entende e considera a questão política e social de julgamento do agressor, esse que comete um crime, já que transgride uma lei, bem como a possibilidade da mulher ser escutada e protegida judicialmente do lugar de vítima de um ato violento, não permitindo a ideia preconceituosa de culpabilização dessa mulher. Sobretudo, a autora fala:

... essa ideia de que a mulher participa do ato sexual violento, por mais odiosa que seja no contexto em que é usada, pode dar pistas na procura de parâmetros de escuta do sofrimento psíquico dessas mulheres, quando ela vêm procurar ajuda terapêutica ou institucional. Agora, neste contexto, a vitimização da agredida, pode muito mais atrapalhar do que ajudar. (p.56)

Tomaremos aqui o cuidado em evidenciar nossa atenção em relação à questão da violência sexual como “realidade” e “fantasia”, em função de que o importante nesse trabalho é a investigação da função do segredo que se faz em relação a uma “verdade psíquica” para um sujeito, seja a violência um dado de realidade ou não. É fato que o relato de nossas pacientes nem sempre serão da ordem de um acontecimento de realidade, já que, segundo Freud, lembranças serão sempre encobridoras. Sobretudo, é importante que estejamos advertidos de que alguns relatos no discurso dessas mulheres “vítimas” de violência sexual, poderão ocupar o lugar da “confissão” de uma fantasia, o que muito nos interessa também para o entendimento do segredo e para pensarmos a direção do tratamento.

Ao tocarmos na questão da realidade e fantasia, faz-se importante pensarmos também nas regras básicas sociais imprimidas e alteradas pela cultura e pelo social, uma necessidade para a civilização e que a psicanálise já nos apontava desde muito cedo a relação entre realidade material e realidade psíquica. Foi no final de “A interpretação dos sonhos” que Freud (1905) nos revela:

A realidade psíquica dos desejos inconscientes é uma forma especial de existência que não deve ser confundida com a realidade material. (p. 720)

Cromberg (2001) nos evidencia a fantasia ao dizer que muito há entre realidade simbólica, ou seja, a verdade psíquica do sujeito e a realidade natural (fatos de realidade), quando diz:

... entre o céu da realidade simbólica e a terra da realidade natural, há mais coisas do que se possa suspeitar. Há uma realidade das relações intersubjetivas que não estão pautadas apenas nos códigos sociais ou pela necessidade e que produzem efeitos imaginários que são sócios privilegiados da nossa realidade psíquica. (p.55)



Portanto, ao pensarmos a violência sexual na infância, acreditamos que cada criança viverá a experiência de modo único e singular, a partir de sua maneira em lidar com seu próprio desejo e fantasias, implicando em consequências também diferentes em relação a um possível trauma e a forma com que essa criança estabelecerá seus laços sociais e suas relações afetivas em sua vida adulta.

Talvez esse seja um ponto nodal do segredo da violência sexual, que ao ser revelado, desvelará consigo uma fantasia infantil – a relação da fantasia com a demanda de amor – essa maneira da criança, e futuramente a mulher, em lidar com seu próprio desejo e fantasia. Talvez assim possamos considerar que o segredo não seja propriamente o manter oculto a experiência da violência sexual vivida ou fantasiada, mas sim o segredo da própria fantasia, o segredo da posição psíquica ocupada por essa mulher.

### 3.2 - FANTASIA FUNDAMENTAL

Nesse momento, abordaremos brevemente o conceito Lacaniano de “Fantasia Fundamental” para que possamos ser compreendidos em nossas discussões posteriores nesse trabalho, a respeito da função do segredo.

Prates (2006) relata que o conceito de fantasia fundamental diz da relação do sujeito com o objeto, apontando o raciocínio Lacaniano quando, na tentativa de responder a questão da diferença entre realidade e fantasia, passa da temporalidade cronológica de Freud para a temporalidade lógica e topológica, enfatizando o infantil

como “lugar da Outra cena inconsciente” ao analisar o conceito Freudiano de “realidade psíquica” acima já mencionado. (p.56)

Segundo Carreira (2009), desde o momento em que Freud, ao analisar o discurso das histéricas, percebe que nem sempre as cenas relatadas eram de ordem da realidade, estas não poderiam ser consideradas como inverdades, “mas como ficção que dá estrutura à verdade”. (p.158) Assim, seria fundamental a investigação do modo de funcionamento dessas fantasias que norteavam a vida dessas mulheres.

Prates (2006) aponta para a origem da fantasia inconsciente, dirigindo-se a criação do conceito de “fantasia original ou primária” desenvolvido por Freud em seu texto de 1915 “Um caso de paranoia contrário à teoria psicanalítica” e assim propõe formalizar uma articulação a respeito da “realidade da cena primária e sua relação com a lógica da fantasia”. (p.57) Ela diz:

A partir do ensino de Lacan, pode-se compreender a virada teórica realizada por Freud do trauma à fantasia como a passagem da infância – no nível da cronologia – para o infantil – enquanto topologia. A passagem do infantil à estrutura implica numa operação que deixa um resto inacessível ao saber inconsciente (...) o sujeito pode construir uma ficção sobre a causa de seu desejo. (p.57)

Prates (2006) nos indica que entre duas cenas pode existir um evento traumático que somente será desvelado num momento a posteriori, num momento de ressignificação da cena primária, citando uma discussão realizada por Freud em seu texto de 1918 “História de um caso de neurose infantil”, sobre a possibilidade da cena primária “não ser uma lembrança, mas uma fantasia do sujeito já na fase adulta”. (p.59) Segundo a autora,

A análise visaria, portanto, não a lembrança de uma cena vivida, mas de uma cena fantasiada que, não obstante, já estaria lá para ser encontrada. (p.59)

Nas palavras de Freud (1918):

Essas lembranças, antes inconscientes, não tem sequer que ser reais, podem sê-lo, mas muitas vezes foram deformados com elementos fantasiados, tal como ocorre nas lembranças encobridoras. (Tomo II, p. 1966-7)

Isso nos trás de volta à questão da posição do analista ao pensarmos as reflexões de Prates (2006) quando diz do percurso que Lacan nos aponta para a elaboração de uma lógica da fantasia, onde evidencia construções possíveis em análise. Assim, a autora nos conduz a uma reflexão a respeito de alguns importantes textos no ensino de Lacan, facilitando nossa compreensão.

A autora cita primeiramente o texto “A instância da letra no inconsciente” (Lacan 1957), acenando para a reflexão de que “as articulações lógicas representadas na encenação onírica são homólogas às do discurso”. (p.59) Nas palavras de Lacan,

(...) entre o significante enigmático do trauma sexual e o termo ao qual vem a substituir numa cadeia significante atual, passa a centelha que fixa num sintoma – metáfora em que a carne ou a função são tomadas como elemento significante – a significação, inacessível ao sujeito consciente onde ele pode se resolver. (p.522)

Em seguida, são mencionados os textos “Subversão do sujeito e a dialética do desejo” (Lacan, 1960) e “Função e campo da fala e da linguagem” (Lacan, 1953)

para que possamos refletir sobre o ensinamento de que “o inconsciente freudiano é a cadeia de significantes que se repete numa Outra cena” (Prates, 2006 p. 60).

Prates (2006) nos remete também ao texto de Freud (1919) “Uma criança é espancada” para nos esclarecer mais uma vez que “a construção da fantasia desemboca no Complexo de castração, como irreduzível a qualquer interpretação” (p. 60) e que assim podemos considerar “não mais a história cronológica da neurose na infância, mas os tempos lógicos da construção da fantasia que inclui o infantil como o lugar do que resta de não-falante a partir do encontro traumático do vivo com o significante” (p.60), concluindo assim que não interpretaremos a fantasia, mas que esta poderá ser construída em análise. Nas palavras da autora,

Assim, fica evidente que a Outra cena (cena primária) jamais poderia ser anterior ao significante, pois ela é um efeito de significante. A fantasia é uma produção de linguagem que revela, a um só tempo o assujeitamento estrutural à realidade do significante e a produção do sujeito na tentativa de responder à falta do Outro tomada como demanda endereçada a ele (...) o sujeito cria o objeto, positivando a falta que o constituiu. Daí a dupla vertente do objeto a ao mesmo tempo causa de desejo e mais de gozar. (p.60)

Carreira (2009) também nos trás uma importante contribuição ao dizer:

A reconstrução da fantasia durante uma psicanálise só pode se dar na gramática que predica o sujeito em suas relações com o desejo do Outro, ou seja, enquanto estrutura lógica que subjaz aos ditos do sujeito e aponta para sua posição diante desse desejo. (p.158)

Para nos conduzir à reflexão a respeito da realidade da cena primária e sua relação com a lógica da fantasia, Prates (2006) menciona também o seminário de

Lacan “A lógica da fantasia” proferido em 1966-67, para nos dizer que a associação livre nos encaminha à verdade e para nos mostrar a importância de “indagar a relação da verdade ao significante (...) proporcionada exatamente pela lógica da fantasia”.

(p.61) Nas palavras da autora:

A realidade que faz o quadro da fantasia e que constitui toda a realidade humana é a montagem do simbólico e do imaginário. Não há realidade material a não ser o significante. (p.61)

Assim Prates (2006) conclui:

A fantasia, deste modo, é uma produção de linguagem que mostra, ao mesmo tempo, o assujeitamento à realidade do significante e a produção do sujeito na tentativa de responder à falta do Outro tomada como demanda endereçada a ele. Ela constitui-se, assim, como a referência do sujeito, lá onde não há referência. Nesse sentido, embora seja essa lógica que sustenta o sujeito neurótico, a fantasia é construída na análise, já que a entrada em análise supõe a passagem da linguagem natural a uma linguagem artificial que marca a singularidade da construção fantasmática. A fantasia, nesse sentido é a escrita do impossível: ela escreve a impossibilidade da relação sexual, a impossibilidade da relação de objeto e aponta, inexoravelmente, para aquilo que quer ocultar: a falta estrutural do significante para nomear o ser. (p.62)

Carreira (2009) nos chama a atenção também para o texto “Uma criança é espancada”, onde Freud (1919) aborda a fantasia na neurose. A autora menciona “a presença de uma satisfação auto-erótica, ou seja, a geração de prazer ao próprio sujeito que cria a fantasia”, remetendo essa satisfação a “um traço primário de perversão, ao qual o sujeito está fixado” e que “persiste como resíduo ou cicatriz do Complexo de Édipo.” (p.158)

Nas palavras da autora:

A fantasia que interessa à psicanálise não é da ordem do universal, mas sim do particular. (...) Notamos que nessa instalação da neurose, de poli a uno, o sujeito encontra uma forma fixa de obter prazer auto-erótico, apesar de adentrar ao amor objetal a partir do Édipo. (...) Mas essa fixação também confere ao sujeito uma unicidade, pois esse traço de perversão, só acessível na fantasia, rege o posicionamento do sujeito em todas as suas relações interpessoais, nas quais ele repete o que Freud (1921) chama de clichê estereotípico: a sua forma particular de se conduzir na vida erótica. Trata-se, então, de uma marca desse sujeito, daquilo que o singulariza. (p.159-60)

De acordo com Carreira (2009), mesmo a fantasia sendo estruturante, apresenta-se na neurose de maneira difusa e paradoxal, já que “na fantasia o prazer está articulado ao desprazer” (p.160), nos evidenciando a estranheza e o familiar na relação do neurótico e sua fantasia. Em suas palavras:

É claro que a frase “Uma criança é espancada” é pretensamente enunciada de fora da cena relatada. Ela pode ser lida, porém, como produto de uma construção que evidencia que o sujeito encontra-se espartilhado em cada canto, ou seja, ele está em quem apanha (o que se evidenciou no segundo tempo), em quem bate (o sadismo manifesto do terceiro tempo) e em quem olha (o que se evidencia só agora, de fato, pelo uso do impessoal). (...) Tal encontro permite ao sujeito reconhecer que não há dentro e fora, isto é, que aquele que está lá, apanhando e/ou batendo, está também aqui, olhando. (...) É desse lugar que podemos nos dar conta da cena fantasmática e teorizar sobre o que nos é fundamental. (p.162)

A autora nos indica ainda o texto de Freud (1924) “O problema econômico do masoquismo” para nos dizer da afirmação Freudiana da “existência de um masoquismo erógeno ou primário, em que a dor e o sofrimento são fins em si mesmos (...) concepção já pautada em sua descoberta da pulsão de morte, o

‘Além do princípio do prazer’ ”. (p.162) Assim, a autora afirma ainda que “a fantasia é essencialmente masoquista, envolvendo o corpo do sujeito em uma cena de sofrimento prazeroso e submissão ao desejo do Outro”. (p.162)

Carreira (2009) comenta o seminário de Lacan (1966-67) “A lógica do fantasma”, nos atentando para o fato de Lacan, diferentemente do entendimento comum de que a fantasia seja compreendida como imaginária, seria preciso abordá-la “em relação a uma estrutura, ou seja, em relação à lógica” (p.163), afirmando a existência de uma lógica da fantasia, uma lógica na relação do sujeito “\$” e o objeto causa de desejo (objeto a “a”), onde o “objeto a” somente possui valor em uma relação. Ela diz:

Não se trata, então, do imaginário a respeito do objeto, mas sim daquilo que deve ser situado no campo do Outro como o que lhe falta. (...) é a falta de objeto que interessa à psicanálise, uma vez que ela é a própria mola da relação do sujeito com o mundo. (...) O “objeto a”, como vimos, adquire valor em uma relação com a falta no Outro. Isso porque ele é suposto como objeto que este demanda para satisfazer seu desejo, ou seja, o objeto que poderia completá-lo. (p.164)

Nas palavras de Lacan (1966-67):

nos efeitos que respondem num sujeito a uma determinada demanda, vêm interferir os de uma posição em relação ao outro. (p.164)

Carreira (2009) insiste também na mudança da cronologia para a lógica, a lógica da fantasia Lacaniana. E diz:

Podemos dizer que o necessário, embora condição para, não garante o possível, ou seja, nem sempre uma existência lógica advém onde era uma existência de fato. Porém, pelo contrário, o possível atesta a existência do necessário, o qual é deduzido logicamente, por retroação. Trata-se de uma implicação existencial, em que o necessário aparece como aquilo que teria estado lá, o que remete a um tempo lógico e não cronológico. (p.164)

Assim, a autora nos conduz ao raciocínio clínico na direção do tratamento da neurose, citando Lacan em dois diferentes textos, a saber: “La logique du fantasme”, onde Lacan (1966-67) diz que “un sujet emerge, le sujet barré, comme quelque chose qui vient d’un lieu ou il est supposé inscrit, dans un autre lieu ou il va s’inscrire à nouveau”<sup>14</sup> e em “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” (Lacan, 1958), onde o autor diz:

E, pois, a posição do neurótico em relação ao desejo – digamos, para encurtar, à fantasia – que vem marcar com sua presença a resposta do sujeito à demanda, ou dito de outra maneira, a significação de sua necessidade. Mas essa fantasia nada tem a ver com a significação em que interfere. Essa significação, com efeito, provém do Outro, na medida em que dele depende que a demanda seja atendida. Mas a fantasia só chega a isso por se encontrar na via de retorno de um circuito mais amplo, aquele que, levando a demanda aos limites do ser, faz com que o sujeito se interroge sobre a falta em que ele aparece a si mesmo como desejo. (Lacan 1958 p. 644)

Em suas palavras Carreira (2009) diz:

---

<sup>14</sup> “um sujeito emerge, o sujeito barrado, como qualquer coisa que vem de um lugar onde ele está supostamente inscrito, para outro lugar em que ele vai se inscrever novamente” (Tradução feita, diretamente da edição francesa do seminário de Lacan “La logique du fantasme”, por Carreira (2009) em seu artigo aqui referenciado.)



Embora Lacan (1966-67) nos traga um matema que vale para toda e qualquer fantasia na neurose, é claro que a maneira como o sujeito se doa e se furta, o seu clichê estereotípico ou a sua erótica (Freud, 1912), é da ordem do singular, precisando ser reconstruída em análise, como já apontava Freud (1919a). Entretanto, como afirma Lacan (1966-67), essa escrita se encontra recalcada, ou seja, ela não pode ser lida porque não significa nada para o leitor. Ela se apresenta tal qual os hieróglifos antes de sua decifração. É esse também o trabalho do sujeito em uma psicanálise. Mas, nessa tessitura, nem tudo passa às palavras e ele é fadado insistentemente a dar de encontro com aquilo que não conhece: a teia do real que ninguém tece. (p.169)

Neste momento, refletindo a respeito da violência sexual e o segredo, acreditamos na necessidade de uma revisão teórica a respeito do segredo em psicanálise. De onde podemos partir para pensarmos o segredo em psicanálise? O segredo pode ser pensado como silêncio? Como “não-dito”? Segredo como escolha? Ou impossível de dizer? No capítulo a seguir, tentaremos abordar conceitos como “silêncio”, “não-dito”, entre outros, que nos permitirão sustentar a discussão a que nos propomos.

#### 4. O SEGREDO E A PSICANÁLISE

Desde os primeiros passos de Freud em suas investigações sobre o obscuro a respeito do funcionamento da mente humana, em seus estudos sobre a histeria, a palavra era considerada como algo fundamental no método psicanalítico que acabava

de nascer. Isso nos faz pensar que, de alguma forma, os mistérios a respeito do segredo, o que é falado e/ou calado, já estariam ali presentes.

Lacan (1998[1953]) em seu retorno a Freud, no texto “Função e campo da fala e da linguagem”, nos evidencia que por mais vazio que um discurso possa parecer, ele sempre estará vinculado a sua relação simbólica, trazendo um código que diz respeito ao funcionamento inconsciente do sujeito. Anos mais tarde, em seu texto “Subversão do sujeito e a dialética do desejo”, Lacan (1998[1960]) nos aponta desde Freud, a importância da relação linguagem e o inconsciente, quando diz que “o inconsciente, a partir de Freud, é uma cadeia de significantes que em algum lugar (numa outra cena, escreve ele) se repete e insiste, para interferir nos cortes que lhe oferece o discurso efetivo e na cogitação a que ele dá forma.” (p. 813). Assim, se o inconsciente está onde se fala, está também onde não se fala! Devemos lembrar que sempre há um “não-dito” da ordem do inconsciente. Toda fala traz em si a posição inconsciente da enunciação, um não-dito, porque o sujeito não sabe de onde fala. Da mesma maneira, podemos dizer que o segredo também traz em si uma posição inconsciente da enunciação e que uma possível “escolha” pelo segredo, pode dizer ou encobrir algo da ordem da fantasia. O que o segredo pode então dizer do funcionamento inconsciente de alguém?

Faz-se necessário, para um melhor entendimento de nossa pesquisa, que retomemos o conceito de segredo em psicanálise, passando pelas obras de Freud e Lacan, bem como autores contemporâneos que discutem esse assunto. Escolhemos iniciar nosso percurso teórico recorrendo ao estatuto do silêncio, silêncio como um possível indicador de um segredo, para que a partir daí possamos pensar o segredo, o que é revelado ou não no discurso de uma pessoa, já que entendemos segredo como algo silenciado.

#### 4.1 - O SILÊNCIO EM FREUD E LACAN

Hernandes (2005), em sua generosa pesquisa e mapeamento sobre o silêncio em psicanálise, nos mostra caminhos possíveis nas obras de Freud e Lacan, apontando citações explícitas e implícitas de “silêncio” e discorrendo a respeito de suas implicações teóricas e clínicas. Evidenciaremos aqui nessa pesquisa, não referências gerais em relação ao silêncio, mas pontos específicos onde percebemos uma certa aproximação com o que poderemos refletir a respeito de segredo em psicanálise para a possível articulação “segredo e violência sexual”.

Iniciaremos pela obra de Freud (1996 [1895]), onde segundo a autora, podemos perceber desde o “Projeto para uma psicologia científica”, duas construções possíveis a respeito do silêncio: a ideia de diferença e a noção de coisa (*das ding*).

Para pensar a ideia de diferença, Hernandez (2005) percorreu o Curso de Linguística Geral de Saussure, sublinhando a diferença como uma importante entrada na língua, referindo-se a uma eventual e convencional relação entre significante e significado, indicando que “será pelas relações de diferença que os signos determinarão a estrutura da língua” (p.33). Assim, conclui que é necessário que exista um intervalo e que “o silêncio constitui um espaço possível entre termos e funda a possibilidade da diferença” (p.34), ou seja, como diria Lacan, o silêncio como intervalo, lacuna, um espaço vazio onde nada se diz, a hiância entre dois significantes.

Já no “Projeto”, Freud indicou o que Lacan retomaria mais tarde: a possibilidade do silêncio como uma ação externa, vinda do Outro, para que o sujeito pudesse lidar com suas excitações internas iniciais, introduzindo o sujeito no campo da linguagem. Conforme Hernandez (2005), Lacan em seu retorno a Freud,

“possibilita uma articulação entre o lugar de *das Ding* no aparelho psíquico e o silêncio” (p.35).

Lacan (1997[1959-60]) assinala *das Ding* como “o verdadeiro segredo”, a busca pelo que está perdido e jamais poderá ser reencontrado, “em torno do que se orienta todo o encaminhamento do sujeito” (p.69), e que nesse hiato, o sujeito encontrará substitutos.

Desta maneira, de acordo com Hernandez (2005), ao evocarmos a noção de coisa (*das Ding*) podemos tomar o silêncio como “objeto perdido, sem representação, somente possível de contorno ou recobrimento pela fantasia. Objeto enquanto Outro absoluto.” (p.37). O silêncio como o estranho e mais íntimo do sujeito, “silêncio do irrepresentável, do impronunciável” (p.38). O silêncio que diz o inconsciente.

Na carta 52, datada de Viena, 6 de dezembro de 1896 (Freud, 1896), podemos entender que o autor assinala o silêncio como possível consequência do recalque, como defesa patológica, no momento da falha da tradução do material psíquico, quando um conteúdo se perde na passagem entre os registros da percepção. Algum tempo depois, na *Interpretação dos Sonhos* (Freud, 1900), marcará não como falha, mas como uma impossibilidade da passagem de um registro ao outro. Desta forma, Hernandez (2005) nos indica um silêncio sem representação, um indizível, algo que não tem acesso à palavra.

A partir desse momento, parece-nos que Freud (1900) caminha na direção de refletir sobre a relação entre silêncio e pulsão de morte, evidenciando que pudéssemos pensar, desde a “*Interpretação dos sonhos*” (Freud, 1900), que o calar simbolizava a morte. Em “*Nossa atitude para com a morte*” em seu artigo “*Reflexões para os tempos*

de guerra e morte”, Freud (1915) revela a tendência para eliminarmos a morte de nossa realidade, na tentativa de silenciá-la.

Anos depois, Freud (1920) enfatiza sua reflexão a respeito da relação entre silêncio e pulsão de morte, destacando o recalque como área emudecida. Em “Além do princípio de prazer”, o autor inicia a fase final de suas articulações teóricas e pensa na atuação do significado dos sentimentos de prazer e desprazer como sendo “a região mais obscura e inacessível da mente” (p.18) e que “o aparelho mental se esforça por manter a quantidade de excitação nele presente tão baixa quanto possível, ou, pelo menos, por mantê-la constante” (p.19).

Laplanche e Pontalis (2012[1982]) indicam a pulsão de morte como sendo pulsões que “tendem para a reduções completa das tensões” (p.407), e “o que há de mais fundamental na noção de pulsão, o retorno a um estado anterior e, em última análise, o retorno ao repouso absoluto do inorgânico” (p.412). Assim, o silêncio poderia ser entendido, nesse momento, como uma tentativa de retorno ao princípio de nirvana, onde as tensões estariam o mais próximo possível de nulo.

Ao pensarmos o silêncio como pulsão de morte, imediatamente somos remetidos a refletir a respeito da compulsão a repetição e conseqüentemente o sintoma, já que o sintoma é a repetição, o retorno de modo disfarçado e distorcido, de um conteúdo recalcado, caminhando ao lado da pulsão de morte.

É nessa época que Freud (1920) faz uma reflexão a respeito do comportamento das crianças, associando a brincadeira do *Fort-da* com o carretel (desaparecimento e retorno), aos papéis de atividade e passividade. Foi com essa brincadeira que pudemos vislumbrar que a criança passa do papel passivo (quando ainda é dominada pela experiência), para o papel ativo (mesmo vivenciando a

desagradável repetição do jogo), demonstrando assim o funcionamento de compulsão a repetição, mencionada por Freud, como sendo atribuída ao reprimido inconsciente.

Nesse texto, Freud (1920) trata também da “virada” da psicanálise quando assinala que já não era suficiente o trabalho de trazer um conteúdo inconsciente à consciência. Em suas palavras:

O paciente não pode recordar a totalidade do que nele se acha reprimido, e o que não lhe é possível recordar pode ser exatamente a parte essencial. (...) É obrigado a repetir o material reprimido como se fosse uma experiência contemporânea, em vez de, como o método preferiria ver, recordá-lo como algo pertencente ao passado. (p.29)

A compulsão a repetição atrelada à pulsão de morte há de ser pensada como um mecanismo inconsciente em que o sujeito repete uma cena traumática, como tentativa de dar conta de um conteúdo sem significação, algo sem inscrição. Freud (1893) indicou a cena traumática, lembrando-nos:

Devemos antes presumir que o trauma psíquico – ou, mais precisamente, a lembrança do trauma – age como um corpo estranho que, muito depois de sua entrada, deve continuar a ser considerado como um agente que ainda está em ação (p.42)

Retornando ao percurso de Hernandes (2005), a autora faz referência ao texto “O Estranho” (Freud, 1919), no qual o silêncio é defendido como ponto central na formação da angústia infantil. Em suas palavras:

Esse silêncio gerador de angústia parece ter relação com uma atualização da perda irremediável do objeto de satisfação, *das Ding*, e nesse sentido, trata-se efetivamente da ausência do outro, separação absoluta, em outras palavras, queda no desamparo. (p.46)

O artigo “No início é o silêncio” de Theodor Reik (1926), organizado por Juan-David Nasio (1987) no livro “O silêncio em psicanálise”, no qual o autor faz uma interessante comparação do silêncio em psicanálise e a música, mencionando que assim como a partitura não é o mais importante na música, o dito não é o mais importante no discurso de alguém e que o silêncio pode revelar o que o discurso esconde.

Lacan, em seu retorno a Freud, trouxe novamente à luz, a importância da linguagem como sendo condição do inconsciente, o que nos determina e nos constitui. Fazendo uso de uma das articulações de Hernandes (2005), asseguramos que se Freud já afirmava que o funcionamento inconsciente era regulado por deslocamento e condensação, Lacan ao reaproximar inconsciente e linguagem, enfatizou o mesmo funcionamento da linguagem por meio de metáfora e metonímia, sublinhando que é pela palavra e pela fala que o inconsciente se manifesta, e assim, o analista pode operar.

Já no início de seu ensino, no seminário 1, Lacan (1975 [1953/54]) indicava a palavra como mediação entre um sujeito e outro e retoma o silêncio como resistência, mas diferente da defesa, o apresenta como relacionado à abertura do inconsciente. Diz que “a resistência se produz no momento em que a palavra de revelação não se diz, em que (...) o sujeito não tem mais saída.” (p.62) Poderemos então pensar que o silêncio traz uma enunciação e assim, quanto mais íntimo o discurso para o sujeito, mais este poderá tender ao silêncio nos momentos em que algo desse discurso não puder ser revelado.

Lacan (1995[1966]), em seu texto “Instância da letra no inconsciente”, coloca o desejo inconsciente como sendo inacessível à palavra, um silêncio, impossível de

dizer em função de estar alocado justamente no deslocamento da cadeia significativa, na hiância, no intervalo, no lugar da verdade onde está o sujeito do inconsciente.

Pensemos também o silêncio como objeto a e gozo em Lacan, assim como pensamos o silêncio como recalque e pulsão de morte em Freud. É no seminário 17, em “O avesso da psicanálise” que Lacan (1992[1969/70]) aponta o campo do gozo, nomeando-o como um discurso sem palavras:

(...) discurso como uma estrutura necessária, que ultrapassa em muito a palavra, sempre mais ou menos ocasional. (...) Mediante o instrumento da linguagem instaura-se um certo número de relações estáveis, no interior das quais certamente pode inscrever-se algo bem mais amplo, que vai bem mais longe do que as enunciações efetivas. Não há necessidade destas para que nossa conduta, nossos atos, eventualmente, se inscrevam no âmbito de certos enunciados primordiais. (p.11)

Segundo Hernandez (2005), Lacan define silêncio para a psicanálise demarcando-o como objeto a, traçando-o como um objeto que o sujeito muito deseja, mas que evita “a ponto de ser não representável ou de se tornar um resto não simbolizável”, o silêncio como “um lugar particular, um lugar no discurso”. (p.67)

A autora comenta também o fato de Lacan (2003) assinalar, em seu texto O Aturdido, “as consequências da divisão do sujeito na distância que há entre o dito e o dizer, demarcando que o dizer ex-siste ao dito. (...) o dizer resguarda uma ordem de silêncio. A enunciação, ato de dizer, ex-siste, é pressuposta, a qualquer enunciado, dito.” (p.68) e citando o referido trecho de Lacan (2003[1972]):

(...) o dito não vai sem o dizer. Mas, se o dito sempre se coloca como verdade, nem que seja nunca ultrapassando um meio-dito (como me expresse eu), o dizer só se emparelha com ele por lhe ex-sistir, isto é, por não ser da diz-mensão (dit-mension) da verdade. (p.451)



Lacan (1985[1972/73]), em seu seminário 20 “Mais, ainda”, associa a linguagem como aparelho de gozo no ser falante, marcando a satisfação da fala como uma outra satisfação. Hernandez (2005) aponta a articulação Lacaniana, relacionando o gozo à palavra e apontando que a coisa (o *das ding* de Freud), não simbolizável e impenetrável, trata-se do gozo. Diz que “o silêncio - é o gozo que se trata” e acopla o gozo ao indizível, “o impossível de ser dito, ao que estará sempre subtraído a todo dizer verídico”. (p.69)

A autora, ao pensar o campo do gozo em Lacan, indica também o conceito de pulsão de morte - desenvolvido por Freud para auxiliar no entendimento de satisfação na dor, apego ao sintoma e repetição - como embrião do conceito de gozo, reafirmando a articulação de silêncio com pulsão de morte e conseqüentemente ao gozo, ressaltando também que tanto palavra quanto o silêncio podem “estar a serviço de um gozo”. (p.71)

Menciona ainda que o silêncio pode aparecer como sintoma e que “pelo viés da fixação de gozo em que se consiste (...) silencia algo e configura-se como ponto de acúmulo de gozo.” Assim, o silêncio “do lado do paciente, estará tangível no fantasma, na angústia e também na inibição.” (p.86) Lacan (1992[1969/70]) coloca o silêncio como ponto fundamental na fantasia do sujeito neurótico, ao pensar objeto a como silêncio. É justamente esse inominável, fonte disparadora de angústia, que participa ativamente na construção da fantasia.

Veremos a seguir, algumas articulações de “não-dito” para continuarmos a pensar a questão do segredo e possíveis ligações com a violência sexual.

## 4.2 – O SEGREDO E O NÃO-DITO

Tomamos aqui, algumas reflexões de autores pós Freudianos e Lacanianos que escreveram sobre o não-dito e o segredo para a psicanálise e tentaremos uma aproximação entre silêncio, não-dito e segredo, para que em momento posterior possamos articular a questão da violência sexual.

Aulagnier (1990) acredita na relação entre a possibilidade de pensar e a escolha por guardar segredo, o segredo como condição para o pensamento, e diz:

(...) o direito e a possibilidade de criar pensamentos, e mais simplesmente de pensar, exige que se tenha o direito de escolher os pensamentos que se comunica e aqueles dos quais se guarda segredo. (p.258)

Segundo Reznik & Salem (2010), podemos perceber uma valorização do segredo como sendo um elemento indispensável ao funcionamento psíquico, bem como entender a noção de segredo em psicanálise a partir de duas faces diferentes, porém não excludentes.

Por um lado, é considerado como condição fundamental para a atividade de pensar e para o funcionamento do eu, referindo-se à teoria de Freud (1908) no texto “Sobre as teorias sexuais das crianças”, ao dizer da experiência que uma criança vive no processo de descoberta de sua origem, quando se depara com o silêncio e/ou a mentira como respostas de suas questões, podendo influenciar as percepções e o valor simbólico que adotam, colaborando para o modo de escolha do que querem ou não compartilhar, iniciando uma experiência de privacidade e liberdade. Isso pode

autorizá-las também para a possibilidade de manter as suas investigações futuras e seus pensamentos em segredo e protegidos do olhar do outro – o prazer narcísico do neurótico - que auxilia o fantasiar de modo consciente, o poder criar seus pensamentos.

Por outro lado, o segredo se constitui como uma das expressões do não-dito, o segredo imposto ao sujeito, algo não-dito da história do próprio sujeito - a transmissão psíquica entre as gerações - “cujo efeito inconsciente se faz notar na produção sintomática do sujeito” (p. 93).

Rosa (2003) assinala que o segredo indica duas possíveis funções: alienação e/ou separação. Para a autora, o calar aponta tanto a função de preservar experiências, sejam elas agradáveis e/ou traumáticas, quanto a função de manter essas vivências inacessíveis, protegidas do olhar do outro. Assim, o calar-se aponta a função de alienação por dois lados: “manter-se no refúgio narcísico e por manter-se submetido a uma ordem instituída como condição para pertencer ao grupo” (p.102), bem como a função de separação, “pois calando a criança pode manter a recusa à realidade imposta pelo adulto, uma vez que o calar abre a possibilidade do diálogo interior, diálogo para o outro em nós” (p.102).

Dolto (1980), acredita que “o sintoma se ancora invariavelmente na estrutura familiar, sendo o efeito, no psiquismo da criança, daquilo que é negado no discurso dos pais” (p. 94). Sendo assim, o segredo pode representar um caráter negativo e prejudicial, já que o processo de constituição psíquica de uma criança dar-se-á a partir de uma dinâmica intersubjetiva a respeito do reconhecimento de sua própria história, por meio do Outro.

Rosa(2009[2000]) enfatiza a incidência do discurso na produção do sintoma na criança, principalmente no que diz respeito ao não-dito, dizendo que o sintoma é

atravessado pelo discurso do Outro, no caso de crianças geralmente pais ou cuidadores. Sendo assim, há de se analisar esse discurso para uma melhor compreensão do sintoma. A autora diz:

O não-dito faz parte do discurso que certamente não é a palavra. Na premissa 'há impossibilidade, no discurso, de abarcar uma enunciação exaustiva, completa', entende-se que o não-dito é constituinte do discurso. Acrescenta-se a isso a ideia de que, quando o não-dito está vinculado à interdição da articulação de um significante essencial, produz sintoma. (p.12)

Cesarotto (2009[2000]) aponta para o fato de que as crianças na infância são representadas pelo discurso do Outro e tanto o que se diz, como o que não se diz, constitui-se com uma existência própria. Assim, o que não é dito e não simbolizado pode voltar no real, “motivando inibições, sintomas ou angústias” (p.8). Nas palavras do autor:

As histórias que não são contadas, as palavras censuradas, as verdades caladas, estas e outras espécies de não dito acarretam consequências, nunca benéficas e quase sempre patológicas. Em cada caso, o infantil sujeito sofre e, em razão de tais mudanças, produz sintomas. (p.7)

O autor faz ainda uma reflexão a respeito desse discurso, colocando o enunciado como sendo decorrente de um ato - a enunciação - e apontando esta a dois aspectos a saber: indizível e interdito. Neste ponto, coloca o indizível como algo da ordem do impossível de dizer, da ordem do recalque e o interdito indicando duas

possibilidades: aquilo que é abjeto, abominável e por outro lado um secreto que pode ser guardado ou perdido.

Rosa (2009[2000]) menciona também a relação entre o que Lacan denominou como enunciado e enunciação, dizendo que a psicanálise nos permite averiguar que “o enunciado não contém os elementos principais da transmissão” (p.17) e assim estabelece conceitos como inconsciente e transferência. “Organiza-se em torno do que não é dito no enunciado, mas que está presente e atuante no discurso” (p.18), na enunciação. Vale ressaltar que um enunciado nunca se faz completo, não contendo jamais o todo de um dito, mas que o “não-dito se deduz da escuta do dito” (p.20). Em suas palavras:

(...) é o significante que garante o caráter simbólico da linguagem, pois identifica dois níveis independentes no discurso: o enunciado, intencional, e a enunciação, determinada pela ordem significante que conduz à dimensão da verdade do sujeito, ou seja, à revelação polissêmica do inconsciente. (p.24)

A autora faz uma busca cuidadosa do termo “não-dito” na literatura e organiza-o em 3 grupos: Ditos Possíveis (o mal-entendido; o mal-dito), Ditos Impossíveis (o indizível e o desejo; O impensável e o sagrado) e Não-ditos “voluntários” – relacionados ao Outro (o implícito; as regras sociais e mitos; o segredo).

Neste momento, quando pensamos sobre o segredo na violência sexual (o segredo como uma possível expressão do não-dito), cogitamos abordá-lo em três vertentes: o não-dito entre gerações (segredos de família), o não-dito de algo recalcado (quando nada é dito porque talvez nada se recorde de uma experiência vivida no passado) e o segredo consciente (a “escolha” de alguém por não querer contar um determinado acontecimento).

#### 4.2.1 - OS SEGREDOS DE FAMÍLIA E A TRANSMISSÃO PSÍQUICA ENTRE GERAÇÕES.

Encontramos estudos interessantes em relação a essa vertente, o não-dito entre gerações (segredos de família), na qual o que se presentifica é um segredo imposto.

De acordo com Inglez-Mazzarella (2006), a presença e/ou a ausência do Outro, diz da história e pré-história de cada um de nós, considerando que o lugar de onde alguém é falado ou pensado, decorre do que é transmitido pelo Outro e da relação intersubjetiva que se estabelece. A autora diz:

O ponto de partida da constituição do eu é sempre o Outro, pois o homem é um ser social. Ora, esta noção ajuda inclusive a relativizar a dicotomia radical entre o intrapsíquico e o intersubjetivo, tendo em vista o Outro que sempre está dentro de nós: no lugar no qual fomos ou não pensados, fomos ou não falados, fomos ou não demandados (p. 14)

Segundo a autora, a transmissão se dá pela “positividade” (o que é transmitido pelo que é dito), mas também pela “negatividade” (o que não foi dito, representado ou constituído), “o não-dito, tanto no proibido de dizer quanto do indizível (...) o indizível no qual não há palavra para dizer e o indizível no qual as palavras são insuficientes” (p.15). Interessa-nos nesse trabalho, a transmissão em negativo (ou pela negatividade), já que investigamos o que é mantido em segredo. Assim, o passado marcará, para o bem e/ou para o mal, o presente na existência de alguém.

Para Rosa (2001), pais e familiares escolhem manter segredos não apenas por acreditar que é possível que se construa um futuro livre do passado, mas também como mecanismos de defesa, para que os pais ou cuidadores não precisem novamente entrar em contato com a angústia causada por determinados temas, bem como, supondo que assim irão poupar seus filhos de possíveis traumas. Entretanto, por estarem também submetidos aos seus próprios processos inconscientes, sem a clareza do que os faz silenciar, desconhecem os riscos e consequências que esse segredo poderá ocasionar, “e que a transmissão ocorre apesar do não-dito, dado que fundamentada não nas palavras, mas no desejo do Outro. (...) Repete-se algo do desejo, não elaborado, presente como não-dito no discurso parental.” (p.128). Rosa (2009) diz:

(...) o não-dito dos pais aparece nas fantasias repetidas e/ou nos atos da criança. Ou, melhor dito, a repetição é pôr em ato o mal-dito familiar. A novidade em relação a Freud em Recordar, repetir e elaborar (1914b) é que a repetição não se opera no próprio sujeito, mas no filho, o que põe em jogo a questão da transmissão da história intergeracional. (p. 33)

A autora aponta a relação do não-dito com o sintoma de uma criança, a qual permanece colada em uma única verdade, alienada a antigos sintomas familiares, vivenciando uma contínua repetição, de um lugar onde nem mesmo se reconhecem. Rosa (2001) assinala que:

Pode ser possível observar quando a transmissão não se efetiva ou, pelo menos não da forma pretendida pelos pais; ou, ainda, casos em que o que se transmite é justamente o que, segundo eles, deveria estar excluído (e por isso não é dito), mas retorna, com ênfase, através de sintoma. (p. 124)

Entretanto, como menciona Rosa (2001), é possível fazer algo próprio dessa herança, sem a necessidade de que se permaneça alienado a uma história familiar, a depender de como cada sujeito maneja esse material herdado. Em suas palavras:

A transmissão é útil por permitir servir-se do passado como instrumento, para ver mais claro e agir sem demora; tem função de ensino e exemplo – daquilo que exige um corte para que não se repita. Desta forma, recuperar a história, tomada aqui como as marcas do que deve ser representado, é um processo que inaugura, para cada homem, a possibilidade de ser novo e não mera repetição do luto não elaborado. (p. 133)

Posto que o inconsciente é estruturado como uma linguagem enquanto ordem que organiza o campo de toda possível experiência e laço social, portanto, está onde se fala ou onde não se fala, o sujeito estará autenticando e trazendo por meio de seu discurso, a sua verdade. Lacan (1998[1966]) diz:

O inconsciente é o capítulo de minha história que é marcado por um branco ou ocupado por uma mentira: é o capítulo censurado. Mas a verdade pode ser resgatada; na maioria das vezes, já está escrita em outro lugar. (p.260)



#### 4.2.2 - O NÃO-DITO COMO CONSEQUÊNCIA DE EXPERIÊNCIAS RECALCADAS.

Já no início da psicanálise, era relevante a hipótese de que acontecimentos traumáticos pudessem ser recalcados, eventualmente retornando como sintoma corporal e que o sofrimento psíquico decorreria de reminiscências. Nos estudos de Freud (1996[1894]) fica evidente que, quando da existência de uma representação ou traço relativo à memória intolerável à consciência, o sujeito se defende. Desta forma, qualquer sujeito que tenha passado por um acontecimento traumático, teria gozado de boa saúde mental até que:

(...) houve uma ocorrência de incompatibilidade em sua vida representativa – isto é, até que seu eu se confrontou com uma experiência, uma representação ou um sentimento que suscitaram um afeto tão aflitivo que o sujeito decidiu esquecê-lo, pois não confiava em sua capacidade de resolver a contradição entre a representação incompatível e seu eu por meio da atividade do pensamento. (p.55)

Nessa vertente, podemos pensar o não-dito como um calar sobre um conteúdo que não se tem consciência. O não-dito de algo recalcado, portando inconsciente, que pode retornar como sintoma físico e/ou psíquico. Vale lembrar que, segundo Freud (1996[1914]), a compulsão à repetição impulsiona de forma inconsciente, que um sujeito se coloque repetitivamente, em situações de experiências antigas dolorosas, uma maneira do sujeito, à medida em que resista à lembrança, recorde de um “esquecimento”.

#### 4.2.3 - O SEGREDO CONSCIENTE E A “ESCOLHA” DE UM SUJEITO POR NÃO QUERER CONTAR UMA DETERMINADA EXPERIÊNCIA.

Sabemos que, muitas vezes, o contar ou não contar sobre um determinado acontecimento ou experiência, faz-se de forma consciente, onde um sujeito “escolhe” revelar ou guardar segredo. Também sabemos que essa “escolha”, mesmo ocorrendo de maneira consciente, muitas vezes se dá em função de um funcionamento inconsciente do sujeito que fala. Freud (1920) foi pontual em dizer que nosso inconsciente nos move de alguma maneira, interferindo em nossas escolhas e nossos laços sociais.

Segundo Rosa (2009[2000]), “o segredo é o que se recusa por razões morais” (p.53) como por exemplo o sexo, relações intra e extra-conjugais, a morte, tabus, etc.

Em suas palavras:

Cala-se o que faz sofrer para se esquecer a existência dos males. (...) Cala-se sobre o ódio. E sobre o amor. Há não-ditos tanto para evitar castigo justo como pelo desejo de romper com um passado ultrapassado e trágico. Calam-se as fantasias grandiosas, o narcisismo. (p.53/54)

De acordo com a autora, devemos nos atentar para a relação do dito com o não-dito, lembrando que “o não-dito é um dizer que vem do lugar que se deve calar” (p. 23), remetendo- nos ao calar sobre um conteúdo que talvez não possa ser revelado. Assim, podemos pensar que o não-dito poderá aparecer nas formações do inconsciente, revelando o que jamais pôde ser dito pelo sujeito. Diz ainda a autora que, “o não-dito, mantém o sujeito assujeitado ao silenciamento, mas por outro lado lhe dá a segurança de pertinência no grupo”. (Rosa, 2009[2000] p.25)

Ao pensarmos a “pertinência no grupo”, somos levados a refletir também a respeito de não-ditos compartilhados pela sociedade. Segundo Rosa (2009[2000]):

Há um não-dito necessário, compartilhado pela sociedade, que, compartilhado reforça crenças de segurança ou bem-estar e de valor ao grupo. A sociedade tem normas muito precisas sobre a vida social e a relação entre as pessoas que não são explicitadas, pois são impostas como condições necessárias para manter coesão e preservação do grupo. (...) Em vez de aceitação incondicional, a sociedade tem regras específicas de funcionamento que são reeditadas na família segundo o mito familiar, a célula que inicialmente significou o sujeito. (p.51/52)

Diz ainda que:

O segredo situa-se entre o ideal e o narcisismo e é ligado a moral. O conflito moral pode ser próprio ou de familiares, posto que admite uma comunidade de responsabilidade. (p.54)

É importante pensarmos, segundo Rosa (2009[2000]), nessa possibilidade de manter segredo, no qual este resguarda um lugar necessário ao sujeito, “tanto para acatar os sentidos advindos da articulação significante como para dar ao EU o tempo necessário na elaboração.” (p.47) Assim, o “não-dito não é o não-saber, mas o direito de calar sobre o saber.” (p.47) A autora diz ainda:

(...) se o pensamento lógico preserva-se à custa de evitar conteúdos desprazerosos, muitos dos fatores determinantes do sujeito ficam de fora da sua avaliação e julgamento, portanto colocando em dúvida sua pretensa objetividade que, por vezes, nada mais é do que uma forma de ilusão. (p.48)

Reik (1926) diria que muitos pensamentos e emoções, algo muito íntimo do sujeito, seriam quase impossíveis de serem admitidos pela própria pessoa, e portanto ainda mais custoso confiar-lhes a outros. Nesse sentido, poderíamos pensar a respeito da fantasia, o “che vuoi” e a relação do sujeito com seu próprio desejo.

E quais seriam os motivos do segredo “consciente”? O que levaria um sujeito que viveu uma experiência de violência sexual a “escolher” guardar segredo? Qual seria a posição do sujeito “violentado” no momento da “cena”? Seria essa a posição que talvez não pudesse ser revelada? Desejo? Recusa? Aqui, nos parece abrir um vasto campo de trabalho e a necessidade de respeitar a singularidade de cada sujeito. Reik (1926) ainda sublinharia que tudo que podemos almejar é que o sujeito encontre a “coragem de tornar possível o impossível. O resto é silêncio.” (p.16)

Rosa (2009[2000]), aponta que o segredo pode ser uma escolha com a função de sustentar uma imagem sobre si e o mundo, mencionando que desde Freud “o reconhecimento do desejo faz-se a partir da negação” (p.48) e, sendo assim, “o não-dito registra o desejo e organiza sua negação (...) o sujeito interrompe a busca da verdade pela negação, indicando a resistência a aceitar o recalado”. (p.48)

Deste modo, a autora questiona-se a respeito da “necessidade” de um sujeito em negar seu desejo. E diz:

A resposta passa pelo narcisismo: o reprimido desestabiliza o narcisismo que visa conservar a auto-imagem. Portanto, a consciência recusa certos saberes potenciais que o dizer poderia trazer à tona. (...) Ao decidir e estabelecer motivos para não dizer, o sujeito não sabe o que o determina e pode, como dissemos, esperar o tempo para dizer. (p.48/49)

Adiante retomaremos os recortes clínicos para ilustrar essas questões em nossa discussão, ficando neste momento a reflexão de que aí estaria uma possibilidade da procura pelo profissional “psi”, a partir do momento que um sujeito decidisse por revelar seu segredo, ainda que sob sigilo.

## 5. DISCUSSÃO

Analisando os serviços de atendimento à saúde da mulher, sabemos que é comum que essa queixa muitas vezes acabe se dirigindo de uma instituição a outra sem ter um “acolhimento”. Pensamos que a Psicanálise pode trazer uma contribuição de grande importância porque um possível acolhimento poderá romper com um circuito de repetições, a repetição no sentido da irresolução de uma determinada questão que volta, que retorna, mas que não é escutada como questão.

Como já abordamos em nossa pesquisa, é comum que mulheres que tenham vivido a experiência da violência sexual guardem segredo e mantenham-se nessa posição de “vítima”, repetindo esses episódios com seus parceiros fixos. Assim, quando uma mulher chega na Instituição de saúde com esse discurso, é necessário que a equipe possa escutá-las em sua singularidade, em seu sofrimento particular, em seu funcionamento psíquico próprio que diz de uma forma específica de estabelecimento de laço social.

Acreditamos que nem sempre o profissional da equipe de saúde terá condições técnicas e suporte teórico para escutar atentamente essas questões, mas esse não se tornará necessariamente um problema. O profissional de saúde, seja ele um psi, ou qualquer outro, tem que estar atento e ciente da existência dessas questões singulares de cada uma dessas mulheres, e assim, não generalizá-las na posição de “vítima” e encaminhá-las ao profissional especializado que possibilitará uma escuta minuciosa.

## 5.1 – A VIOLÊNCIA SEXUAL E A PSICANÁLISE: A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO, TRAUMA, REPETIÇÃO E FANTASIA

Recentemente, temos visto com frequência em nosso país, os movimentos contra a violência sexual, principalmente após pesquisas do IPEA já citadas nesse trabalho, as quais trouxeram estatísticas assustadoras e diante das quais não podemos cruzar os braços. Devemos pesquisar, estudar, debater, e juntos construir métodos de tratamento ao sofrimento e a prevenção contra a violência sexual.

O histórico de uma sociedade “machista” ainda predomina e as mulheres continuam sendo vistas muitas vezes como culpadas pelo que lhes acontece. Não estamos aqui para discutir vestimentas e formas de comportamento dessas mulheres, mas é importante pensarmos que vivemos num país onde é cultural o uso de roupas que mostrem parte do corpo em função do clima tropical, o que não significa que mulheres que expõem um pouco mais os seus corpos estejam “pedindo” para serem atacadas. Da mesma maneira, jamais podemos dizer que uma “mulher que é agredida e continua com o parceiro gosta de apanhar”, conforme afirmado por 65,1% dos entrevistados na pesquisa do IPEA.

Temos sim que considerar a existência da pulsão de morte, temos sim que considerar a compulsão à repetição, conceitos psicanalíticos que muito nos auxiliam para a compreensão desse fenômeno. Talvez essa mulher que repete um comportamento de “ser violentada por seu companheiro” tenha um funcionamento de compulsão à repetição pela violência em função de seu funcionamento psíquico, sua fantasia matriz, traumas vivenciados e não elaborados em sua vida, mas não porque

elas “gostam” de apanhar. Estamos cientes de que mulheres que chegam com esse sintoma em nossa clínica, muitas vezes apresentando essa questão da compulsão à repetição pela violência sexual, sofrem com isso, aliás, é esse sofrimento que muitas vezes faz com que elas se dirijam até nós, equipe de saúde. Assim, não podemos jamais dizer que “elas gostam”, muito menos sem antes escutá-las.

Durante o nosso trabalho clínico no Hospital das Clínicas na Universidade de São Paulo, tivemos a oportunidade de escutar algumas dessas mulheres que nos mostravam claramente o funcionamento de repetição em relação não apenas à violência sexual, mas à violência de uma maneira geral. Eram mulheres que apresentavam o discurso da experiência da violência sexual na infância e a repetição ao longo de toda a sua vida. É importante ressaltarmos que hoje, já na fase adulta, algumas mulheres relatavam a violência como tendo sido forçadas ao ato sexual e outras como tendo cedido sem vontade, diante uma pressão de seus parceiros, o que fez com que se sentissem violentadas da mesma maneira, mesmo tendo “concedido”, porém, contra a vontade.

Também tivemos a oportunidade de escutar tanto mulheres que lembravam da experiência vivida na infância e escolhiam pelo segredo (muitas vezes encaminhadas pela equipe médica para avaliação psicológica com diagnóstico de violência doméstica), como mulheres que haviam recalcado a experiência da violência sexual, recordando-a em processo analítico (encaminhadas com sintomas diversos, entretanto, sintomas relacionados à sexualidade, com frequência).

Percebemos que o segredo vem sendo justificado em função do vínculo afetivo existente entre agredido e agressor, bem como a vergonha e/ou medos vividos por essas mulheres. Entretanto, o que percebemos na clínica é que, apesar de constatarmos a presença dessas características acima citadas, nem sempre esse

silenciamento se dá em função disso. Muitas vezes notamos que o segredo vem ocupar uma função de possível manutenção de uma posição subjetiva que talvez não possa ser revelada, o encobrimento de uma matriz fantasmática, o “calar” de um desejo inconsciente. Sendo assim, acreditamos que essa “justificativa engessada” impossibilitaria que o “segredo” pudesse ser abordado, ou seja, a função disso na vida dessas mulheres não poderia ser tratada. E por que não tratar o segredo? Por que excluir o segredo do tratamento psicológico?

O trabalho clínico com essas mulheres que escolheram pelo segredo (a grande maioria de nossa amostra), nos permitiu concluir que a qualidade da assistência psicológica oferecida estava diretamente relacionada com a compreensão clínica da função do segredo para cada mulher, a partir da experiência da violência sexual, tanto do ponto de vista conceitual quanto da manutenção de uma posição subjetiva que talvez não pudesse ser revelada.

Nosso objetivo foi, desde o início, investigar e fundamentar teoricamente a função do segredo na vida dessas mulheres e o que o segredo poderia dizer da posição subjetiva/funcionamento psíquico dessas mulheres; a possível relação da violência sexual como segredo e as teorias de trauma, repetição e fantasia na Psicanálise, bem como ampliar o escopo teórico-clínico a respeito do tema, de modo a contribuir teoricamente para a construção de projetos terapêuticos e mais eficazes no atendimento a mulheres na situação de violência sexual.

Antes de iniciarmos nossas discussões a respeito da violência sexual na infância, retomemos brevemente a importância do complexo de Édipo como elemento fundamental na constituição do sujeito.



Nas palavras de Faria (2003):

O complexo de Édipo consiste num momento organizador do desenvolvimento sexual infantil, que tem lugar quando a região genital adquire importância central no desenvolvimento sexual da criança, durante a fase fálica, por volta dos cinco anos de idade. O complexo de Édipo é portanto o universal que organiza a sexualidade humana, uma sexualidade que Freud demonstrou ser, antes de mais nada, uma construção. (p. 32)

Assim, ao pensarmos a relação da violência sexual na infância e a constituição do sujeito, acreditamos poder abordá-la por dois prismas: a criança “violentada” e o adulto “agressor”. Uma primeira visão, o lado da criança, que neste momento de constituição subjetiva, parte para suas investigações teóricas e práticas sobre a sexualidade, por curiosidade e prazer nas novas sensações físicas, entretanto, sem a menor condição e intenção de contato com o que poderíamos chamar de ato sexual. Freud já dizia desde 1905 que a vida sexual de uma pessoa era iniciada pouco tempo após o nascimento e que certamente as crianças buscariam respostas às suas curiosidades e sensações, mas era necessário a distinção entre sexual e genital, dizendo que sexual é o “conceito mais amplo e inclui muitas atividades que nada tem que ver com os órgãos genitais” (Freud, 1940[1938]; p.165) e que esse conceito de sexual diz de obtenção de prazer em diferentes partes do corpo, nomeando-as como zonas erógenas, as quais futuramente, quando em um momento de maturidade sexual de uma pessoa, essa função de busca por prazer caminharia na direção da função da reprodução. Contudo, numa segunda abordagem, esse processo de investigação da criança é em alguns casos muito mal interpretado, e tomado como se a criança tivesse o interesse de uma aproximação real com o ato sexual, o que não

justifica e nunca justificará a culpabilização dessas crianças, nem tampouco que um adulto tome esse comportamento infantil como desejo de um contato físico, e “abuse” dessa criança.

Como já mencionado em capítulos anteriores, esse contato precoce, e muitas vezes contra a vontade consciente da criança, pode trazer consequências maléficas em sua constituição psicosexual e possíveis perturbações neuróticas na vida de uma pessoa, e que num momento mais adiante poderá se manifestar na vida erótica adulta de maneira tanto positiva como negativa. Cada criança viverá a experiência de modo único e singular, a partir de sua maneira em lidar com seu próprio desejo e fantasias, implicando em consequências também diferentes em relação a um possível trauma e a forma com que essa criança estabelecerá seus laços sociais e suas relações afetivas em sua vida adulta.

Freud (1931) afirma que “em todo campo de experiência mental, não simplesmente no da sexualidade, quando uma criança recebe uma impressão passiva, ela tende a reproduzir uma reação ativa” (p.244), como por exemplo a passagem da amamentação imposta pelo cuidador – em função da nutrição – para o movimento ativo de sugar por prazer. Com isso podemos pensar que a criança, ao caminhar no sentido de suas investigações sexuais e deparar-se com um adulto “agressor” que imponha uma impressão passiva, poderá relacionar esse acontecimento à uma produção ativa de prazer e assim construir futuros modos de estabelecer suas relações de afeto, seguindo esse modelo.

Freud (1933[1932]) dizia também que “atribuímos à feminilidade maior quantidade de narcisismo, que também afeta a escolha objetal da mulher, de modo que, para ela, ser amada é uma necessidade mais forte que amar” (p.131) e que, muitas vezes, a escolha objetal da mulher poderá acontecer “em conformidade com o

ideal narcisista do homem que a menina quisera tornar-se” (p.132). Ao considerarmos que a violência sexual na infância ocorre mais frequentemente em relações onde o afeto está muito presente (relações intrafamiliar, etc.), podemos pensar que esse “modelo de homem agressor” poderá ficar valendo como referência de demanda de amor para essa menina, futura mulher.

Faria (2003) ilustra essa questão ao dizer que “as relações de amor e ódio que a criança estabelece com as figuras parentais constituem um acontecimento universal do início da infância e, segundo Freud, são a base para a ordenação de todo o campo da sexualidade humana” (p. 30). Isso nos leva novamente à reflexão de como essa criança, futura mulher, construirá seu modo singular de laço social, demanda de amor e realização de desejo.

Nesse momento, devemos lembrar também do texto “uma criança é espancada”, no qual Freud (1919) relaciona a fantasia de espancamento ao desenvolvimento da função sexual da criança, ao complexo de Édipo e às condições sádicas e masoquistas da criança, e conseqüentemente, como a criança vivenciará a constituição de sua matriz fantasmática, esse funcionamento do qual a criança se apropriará como sendo seu modo singular de demanda de amor e realização de desejo.

Neste mesmo texto o autor vai reforçar a relação entre a fantasia e o sentimento de prazer, afirmando que “o clímax da situação imaginária, há quase invariavelmente uma satisfação masturbatória” (p.225), ocorrendo de maneira voluntária no início, mas posteriormente, passa a acontecer contra a vontade e, trazendo consigo um sentimento de culpa. Essa reflexão nos remete imediatamente aos relatos escutados na clínica, quando mulheres que viveram a experiência da violência sexual na infância, período de constituição psíquica, apontam para a relação entre prazer e culpa. Vale lembrar ainda a afirmação de Faiman (2004), quando

aponta para a questão de que um superego excessivamente atravessado – neste caso, atravessado pela violência sexual – poderia corroborar para o sentimento de culpa na criança, levando-nos a pensar que futuramente, também na mulher adulta.

Ainda refletindo sobre os ensinamentos de Freud (1919) em seu texto “uma criança é espancada”, é de fundamental importância que ressaltemos que a primeira e a terceira fases da fantasia de espancamento são lembradas conscientemente, ao passo que a do meio, “*Estou sendo espancada pelo meu pai*”, a qual aponta uma condição masoquista, permanece inconsciente. Assim, o masoquismo é o que permanece inconsciente e ao relacionarmos à repetição da violência sexual, somos levados a pensar nesse funcionamento masoquista como forma de realização de desejo, modo de gozar, evidenciando a estranheza e o familiar na relação do neurótico e sua fantasia e corroborando com a afirmação de Carreira (2009) quando diz que “a fantasia é essencialmente masoquista, envolvendo o corpo do sujeito em uma cena de sofrimento prazeroso e submissão ao desejo do Outro”. (p.162)

O que levaria afinal, uma mulher adulta a guardar segredo a respeito de uma possível violência sexual ocorrida na infância? O que esse segredo encobre a respeito da fantasia da menininha, e portanto, da mulher? O que leva uma mulher adulta à “escolha” pela permanência numa relação violenta implicada por sofrimento? O que esse segredo diz da posição psíquica dessa mulher em relação às suas escolhas objetais, suas escolhas por objetos de amor? Esses foram questionamentos que nos levaram a pensar o conceito Lacaniano de Fantasia Fundamental.

Lembremos então que a Fantasia Fundamental diz da relação do sujeito com o objeto, e que nossos laços sociais são estabelecidos na relação com outros que sempre são portadores de nossos traços narcísicos, fazendo-os objeto de desejo a partir de nossas próprias referências, nessa lógica da fantasia articulada com a cena primária.

Uma lógica na relação do sujeito “\$”(sujeito da neurose) e o objeto causa de desejo (objeto a “a”), onde o “objeto a” somente possui valor em uma relação.

Quando Lacan (1997[1959-60]), em seu retorno a Freud, assinala *das Ding* como “o verdadeiro segredo”, a busca pelo que está perdido e jamais poderá ser reencontrado, “em torno do que se orienta todo o encaminhamento do sujeito” (p.69), e que nesse hiato o sujeito encontrará substitutos, temos uma das evidências de que a constituição da fantasia se dá, justamente, no falso encobrimento da falta estrutural, na tentativa do sujeito neurótico tamponar a castração.

Isso posto, e partindo de nossos achados iniciais a respeito do segredo, a saber: “o não-dito entre gerações”, “o não-dito de algo recalçado” e “o segredo consciente (a escolha de alguém por não querer contar uma determinada experiência)”, acreditamos na importância de privilegiar nesse primeiro trabalho, a “escolha” pelo segredo, em razão da estatística de nossa amostra, e nesses casos, a hipótese de que o segredo tem a função de resguardar uma fantasia.

Assim, passamos a discutir três aspectos: “a possibilidade de prevenção”, “escolha por guardar segredo: isso que diz da fantasia” e “a possibilidade de tratamento e novas pesquisas”.

## 5.2 – A POSSIBILIDADE DE PREVENÇÃO

A transmissão entre gerações talvez nos permita pensar na possibilidade de prevenção. Nesse caso, tratando da mulher com histórico de violência sexual, talvez

houvesse uma chance de promover a “interrupção” desse ciclo de repetição e, sendo assim, a prevenção da violência sexual infantil nas gerações futuras.

Nessa direção, concordamos com Rosa (2009[2000]) quando diz que:

É no registro do pensar que se faz a luta decisiva em relação a aceitação ou recusa da mãe de reconhecer a singularidade do novo ser, reconhecer ao filho o direito de não repetir o passado e de dar origem a uma nova aventura, um destino desconhecido e imprevisível. (p.55)

Vale ressaltar ainda, segundo Lacan (1998), que os símbolos remissivos à um homem, códigos que o sujeito carrega em sua vida e, conseqüentemente em sua fala desde a sua constituição como sujeito, já existem antes mesmo que este venha ao mundo, fruto daqueles que irão gera-lo.

Essa é apenas uma discussão inicial, que não teremos tempo para desenvolver nesse momento, mas que deixamos aqui um germen para futuras pesquisas.

### 5.3 – ESCOLHA POR GUARDAR SEGREDO: ISSO QUE DIZ DA FANTASIA

Antes de qualquer discussão a respeito da “escolha” pelo segredo, devemos alertá-los para uma constatação muito importante. Ao levantamos questões como “o segredo é não-dito?”, “o segredo é silêncio?”, “o segredo é escolha?” ou “segredo é impossível de dizer?”, chegamos em algumas conclusões fundamentais para o

prosseguimento de nossa discussão. Não devemos confundir “segredo” com “não-dito”, nem tampouco com “silêncio”.

Segredo não é “não-dito”. Segredo é “calar-se”, a “escolha” por não revelar uma determinada experiência. O “não-dito” há de ser pensado como um conceito psicanalítico, o fato de que o inconsciente é indizível, impossível de dizer, sendo assim, sempre algo ficará de fora.

Quanto ao “silêncio”, podemos pensar que “segredo” e “silêncio” não são a mesma coisa, entretanto, em alguns casos, o “silêncio” pode ser o representante de um “segredo”, já que o silêncio pode revelar o que o discurso esconde. Poderemos então pensar que o silêncio traz uma enunciação e assim, quanto mais íntimo o discurso para o sujeito, mais este poderá tender ao silêncio nos momentos em que algo desse discurso não puder ser revelado.

Sobretudo, não podemos deixar de dizer que a violência sexual aparece algumas vezes não como “segredo”, mas como a lembrança de uma experiência que havia sido recalçada. Neste cenário, retomamos um dos recortes clínicos mencionados nesse trabalho.

A paciente encaminhada com diagnóstico de “ausência de libido”, pôde lembrar, em processo de análise, da experiência da violência sexual recalçada, a partir de uma articulação entre a falta de libido e da aversão que sentia do marido com o perfume do parceiro que provocava lembrança do tio que a acariciara na infância. Sobretudo, essa lembrança retornou a partir de uma sessão onde ocorreu o relato do episódio de uma relação sexual “forçada”. Na verdade, a paciente não havia sido “estuprada”, mas “forçada” a conceder a relação sexual contra sua vontade. Sentindo-se “violentada”, a lembrança da experiência vivida na infância retorna, revelando a repetição da violência sexual.

Neste caso, podemos lembrar os ensinamento de Freud ao dizer que a compulsão a repetição atrelada à pulsão de morte há de ser pensada como um mecanismo inconsciente em que o sujeito repete uma cena traumática, como tentativa de dar conta de um conteúdo sem significação, algo sem inscrição. Assim, há um silêncio, um impossível de dizer em função de estar alocado justamente no deslocamento da cadeia significante, na hiância, no intervalo, no lugar da verdade onde está o sujeito do inconsciente.

Pensemos também o não-dito como um calar sobre um conteúdo que não se tem consciência. O não-dito de algo recalcado, portando inconsciente, que pode retornar como sintoma físico e/ou psíquico. Vale lembrar que segundo Freud (1996[1914]), a compulsão à repetição impulsiona de forma inconsciente, que um sujeito se coloque repetitivamente, em situações de experiências antigas dolorosas, uma maneira do sujeito, à medida em que resista à lembrança, recorde de um “esquecimento”. Por fim, reflitamos o silêncio como recalque em Freud, tão quanto o silêncio como objeto a em Lacan.

Tentaremos refletir, a partir desse momento, a respeito do segredo, onde a “escolha” pelo segredo é a “escolha” por não dizer algo. O segredo também traz em si uma posição inconsciente da enunciação e que, uma possível “escolha” pelo segredo, pode dizer ou encobrir algo da ordem da fantasia. Assim, enunciar ou não a violência sexual, diz de uma fantasia própria do sujeito, já que em todo enunciado há uma enunciação.

Rosa (2009[2000]) diz:

Enunciar supõe a implicação do sujeito no dito; mais do que o conteúdo dito é a posição do sujeito que fala. (p.26)



Nessa discussão, ressaltamos a relação da fantasia e a compulsão à repetição, articulação essa de extrema relevância para o entendimento do fenômeno da repetição da violência sexual. Freud (1920), ao discutir a respeito da relação entre silêncio e pulsão de morte em “Além do princípio de prazer”, articula sentimentos de prazer e desprazer como sendo “a região mais obscura e inacessível da mente” (p.18). Assim, somos remetidos a reflexão a respeito da fantasia, da compulsão a repetição e consequentemente o sintoma. Fica evidente na brincadeira do *Fort-da* a possibilidade da criança passar do papel de passividade para o papel de atividade, mesmo vivenciando uma situação desagradável, revelando o funcionamento de compulsão à repetição. Desta forma, podemos também articular a compulsão à repetição da violência sexual à posição ativo-passivo e a posição masoquista na constituição da fantasia de uma criança que tenha vivido essa experiência. Sobretudo, assim como pensamos o silêncio como pulsão de morte em Freud, podemos também considerar o silêncio como gozo em Lacan.

Desta vez, cenário no qual o segredo é a “escolha” pela não revelação de uma experiência, retomamos outro dos recortes clínicos mencionados em capítulo anterior. Ao pensarmos na “escolha” pelo segredo, podemos relacionar com a “posição que talvez não possa ser revelada”.

No caso clínico no qual a paciente, encaminhada com diagnóstico de violência doméstica e síndrome do pânico, revela o segredo a respeito da violência sexual, fica evidente a compulsão à repetição em seu funcionamento, não apenas em relação à violência sexual, mas também em relação ao funcionamento compulsivo deslocado para outros comportamentos como alimentação e consumo desenfreado. Nesse caso, nos pareceu bastante plausível a hipótese de que a síndrome do pânico e a compulsão por comer doces e comprar/gastar tenha ocorrido em decorrência do trauma causado

pela violência sexual. Esses sintomas atuais estariam denunciando hoje o que não pôde ser denunciado no passado, uma possível tentativa em simbolizar conteúdos inconscientes, e de dar conta do que nunca foi falado.

Este caso clínico demonstra também a relação da fantasia, condições sádicas e masoquistas da criança, e conseqüentemente, como a criança vivenciará a constituição de sua matriz fantasmática, esse funcionamento do qual a criança se apropriará como sendo seu modo singular de demanda de amor e realização de desejo, seu modo de gozar, bem como a relação entre a fantasia e o sentimento de prazer e culpa, evidenciando a estranheza e o familiar na relação do neurótico e sua fantasia.

A paciente adulta ao descrever o dia do estupro ocorrido na adolescência, uma repetição da violência sexual da infância, relacionando o prazer sentido antes do momento da “violência” e o desprazer do estupro, remetendo-a ao remorso e sentimento de culpa. Essa associação é percebida imediatamente pela paciente como sendo o seu funcionamento repetitivo na vida atual, no qual a relação prazer/desprazer/culpa é difícil de ser desarticulada de seu comportamento. Em suas palavras, esse é o “preço que estaria pagando” (sic).

#### 5.4 – A POSSIBILIDADE DE TRATAMENTO E NOVAS PESQUISAS

Nesse momento, acreditamos na importância e necessidade de que o tratamento possa ser oferecido nas instituições de saúde. Sobretudo, confiamos que o atendimento psicológico há de considerar a função do segredo, bem como há de

atentar-se à escuta da fantasia, da posição psíquica dessas mulheres – posição em que ocupam no laço social.

A violência sexual mantida em segredo pode aparecer também por trás de sintomas físicos, assim como já mencionado. O profissional psi, ao se deparar com essa população deve estar preparado para escutar a função do segredo, sobretudo estar receptivo para escutar a fantasia que motiva o segredo em cada uma dessas mulheres, fantasia essa que sustenta um segredo.

É importante que, o profissional psi ao receber uma paciente, a veja como “sujeito desejante”, mesmo que esta se apresente na posição de “objeto do desejo do outro”. Corre-se o risco de não escutar a relação com o segredo (consequentemente a relação com a fantasia e o desejo) e atribuir a essa mulher um lugar de “vítima”, contribuindo para a manutenção da posição de objeto, muitas vezes também sustentada pelo senso comum e algumas áreas da saúde.

Esse trabalho sempre nos motivou a, partindo da experiência clínica, realizar uma pesquisa para formalizar uma fundamentação e articulação teórica, para retornar à clínica a fim de contribuir com a formação e preparação do profissional psi para atender essa demanda, bem como promover a implantação de novos serviços na saúde.

Assim, propomos nova pesquisa. A possibilidade de voltar à clínica após esse percurso teórico, e escutar o que cada uma dessas mulheres têm a dizer, ou não, sobre o “ser mulher”.

Afinal, o segredo é segredo de quê? Seria uma não implicação do sujeito no “acontecimento traumático” em função da fantasia?

Nossa intenção é promover atendimentos, não porque revelar seja bom ou ruim, mas para dar a chance de que mulheres que sofrem em decorrência da violência

sexual tenham um espaço de escuta e tratamento do sofrimento, bem como para que mulheres que tenham o desejo de revelação (após muito tempo de segredo), tenham a possibilidade de encontrar esse espaço de escuta e a possibilidade de resignificar a experiência traumática.

É importante pensarmos, segundo Rosa (2009[2000]), nessa possibilidade de manter segredo, onde o segredo resguarda um lugar necessário ao sujeito, “tanto para acatar os sentidos advindos da articulação significante como para dar ao EU o tempo necessário na elaboração.” (p.47). Assim, entendemos que o segredo é um direito da mulher, a escolha por não contar. Entretanto, a opção de revelar o segredo também poderá ser uma escolha, e que, a possibilidade de oferecermos um espaço analítico, sob sigilo, para tratar do sofrimento dessas mulheres, poderá facilitar a promoção da revelação que, ao mesmo tempo que “revelada sob sigilo”, poderá ser tratada, permanecendo um “segredo”, no caso desta mulher “não querer revelar-se” socialmente. Muitas vezes a fantasia passa pela “necessidade” de um sujeito em negar seu desejo, mas que talvez possa ser revelado e tratado num ambiente sigiloso como o proposto pelo setting analítico.

Para pensar algumas coisas que poderiam influenciar o “revelar o segredo depois de tanto tempo”, compartilhamos do argumento de Rosa (2009[2000]), quando diz:

Pensar secretamente, sem interdição, erro ou culpa, permite um descompromisso transitório, uma trégua, um tempo para criação. Pensar com liberdade é um dos motores para a análise, pois supõe reconhecer e aceitar o desconhecido em si mesmo, sob a forma de um hiato, uma falha, um ato falho que abre para o imprevisível. (p.55)

Assim, pensamos na importância do “tempo” para essa revelação. O segredo pode ter o tempo da elaboração, mas pode ser também o tempo da formação de sintoma. Isso, só a clínica o dirá.

Acreditamos sim na importância da possibilidade de resignificação, já que concordamos com Rosa (2009[2000]) quando diz sobre o poder resignificar:

Dizer, ainda que seja começando pelo já dito, abre possibilidade do enigma do sujeito que enuncia. Dizer é sempre renomear o já dito, é abrir para novos sentidos. (p.28)

Quando pensamos que a mulher que viveu a experiência (ou fantasia) da violência sexual na infância, frequentemente repetindo esse comportamento ao longo de sua vida, pensamos que esse espaço de escuta pode ser a possibilidade de que essa mulher, ao repetir, possa questionar-se a respeito da repetição disso que mantém em segredo e implicar-se com isso. Rosa (2009[2000]) diz:

A repetição convoca o sujeito, para além do eu, a posicionar-se diante do que lhe surge como estranho ou incontrolável, alterando a separação eu-outro; toca tanto na angústia como na identificação. (p.36)

Seja pela palavra ou pela falta desta (o silêncio, um segredo muito bem guardado) que teremos notícias do inconsciente do sujeito, que teremos notícias desse funcionamento psíquico singular de cada sujeito, por assim dizer, da fantasia fundamental. Não interpretaremos a fantasia, mas esta poderá ser construída em análise, já que a associação livre nos encaminha à verdade. A história só será reconstruída em análise, na transferência.

Assim, sustentamos a possibilidade de implantação de um serviço de atendimento clínico e de pesquisa, para que possamos tanto oferecer atendimento e escuta a mulheres que sofrem em decorrência da violência sexual, como avançar em nossos estudos científicos.

## 6 – CONCLUSÃO

Tentamos abordar aqui a relação da violência sexual e a psicanálise, apontando para alguns pontos que consideramos de fundamental importância para a discussão final, entre outros que se fizeram necessários.

Num primeiro momento, abordamos a questão da violência sexual como “realidade” e/ou “fantasia”, em função de que o importante nesse trabalho é o segredo que se faz em relação a uma “verdade psíquica” para um sujeito, sendo a violência um fato de realidade ou não. Sobretudo, é importante que estejamos advertidos de que alguns relatos no discurso dessas mulheres “vítimas” de violência sexual, poderão ocupar o lugar da “confissão” de uma fantasia. Abordamos também a questão do trauma e suas consequências na constituição da subjetividade, construção da fantasia e na repetição.

Ficam aqui essas reflexões para que possamos todos nós, profissionais da saúde, utilizá-las de alguma maneira em nossos atendimentos à essas mulheres, estejam elas em Instituição de Saúde, ou consultórios particulares.

Concluimos dizendo que o segredo não é propriamente o segredo da violência sexual. Talvez esse seja um ponto nodal do segredo da violência sexual, que ao ser revelado, desvelará consigo uma fantasia infantil – a relação da fantasia com a demanda de amor – essa maneira da criança, e futuramente a mulher, em lidar com seu próprio desejo e fantasia.

Talvez assim possamos considerar que o segredo não seja propriamente o manter oculto a experiência da violência sexual vivida ou fantasiada, mas sim o segredo da própria fantasia, o segredo da posição psíquica ocupada por essa mulher, o segredo do “ser mulher”, o segredo sobre uma posição psíquica particular de cada mulher, que diz respeito à sua própria fantasia fundamental, seu modo singular de gozo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aded, N.L.O., Dalcin, B.L.G.S., Moraes, T.M. & Cavalcanti, M.T. (2006). Abuso sexual em crianças e Adolescentes: Revisão de 100 anos de literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(4), 204-213.

Azevedo, E.C. Atendimento psicanalítico a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(4), 66-77, Brasília, dezembro, 2001.

Aulagnier, P. Um intérprete em busca de sentido. São Paulo: Escuta, 1990.

Bollas, C. *O trauma do incesto*. In: *Forças do destino: psicanálise e idioma humano*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

Brasil - Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica – 3<sup>a</sup>. Edição atual. e ampl. *Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

Carreira, A.F. (2009). Algumas considerações sobre a fantasia em Freud e Lacan. *Psicologia USP*, 20(2), 157-172.

Cesarotto, O. (2000). In: Rosa, M.D. *Histórias que não se contam: o não-dito e a psicanálise com crianças e adolescentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

Chagas, L.F., Moretto, M.L.T., Lucia, M.C.S. “O segredo que denuncia: um estudo no Hospital Público Universitário sobre o sofrimento psíquico de mulheres acometidas por violência sexual”. Trabalho de Conclusão do V Curso Avançado de Formação Continuada em Psicologia Hospitalar: Saúde, Subjetividade e Instituição. FMUSP. São Paulo, 2010.



Chagas, L.F., Moretto, M.L.T. “A boca Cala, O corpo fala: Violência sexual, Segredo e Psicanálise. Trabalho apresentado em Comunicação Oral – Mesa Redonda 102 – no V Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental / XI Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental (Dietética/Corpo/Pathos), na cidade de Fortaleza – CE, realizado de 06 a 09 de setembro de 2012. [acesso em 27 out 2013] Disponível em:

[http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/v\\_congresso/mr\\_102\\_-\\_luciana\\_ferreira\\_chagas\\_.pdf](http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/v_congresso/mr_102_-_luciana_ferreira_chagas_.pdf)

Cloitre, M., Cohen, L.R., Koenen, K. & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1067-1074.

Costa, A.M.M. A ficção do si mesmo: Interpretação e ato em psicanálise. Companhia de Freud, 1998.

Cromberg, R.U. *Cena Incestuosa*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Delmanto, C., Delmanto, R., Delmanto, R.J., Delmanto, F.M.A. Código Penal Comentado. 8ª. Edição, Editora Saraiva, São Paulo, 2010.

Dolto, F. *Psicanálise e Pediatria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1980.

Faiman, C.J.S. (2004) *Abuso sexual: a violência do incesto à luz da psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

Faria, M.R. (2004) *Constituição do sujeito e estrutura familiar: O complexo de Édipo de Freud a Lacan*. São Paulo: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2003.

Faúndes, A., Rosas, C.F., Bedone, A.J., Orozco, L.T. (2006) *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(2), 126-35.

Freud, S. (1893-95) *Katharina*. In: Casos Clínicos. E.S.B., vol. II, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1894) *As neuropsicoses de defesa*. E.S.B., vol. III, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1895) *Projeto para uma Psicologia Científica*. E.S.B., vol. III, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1896) *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa*. E.S.B., vol. III, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1896) *Carta 52*. E.S.B., vol. III, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1900) *Interpretação dos Sonhos*. E.S.B., vol. III, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1905) *Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. E.S.B., vol. VII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1907) *O esclarecimento sexual das crianças*. E.S.B., vol. VII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1908) *Sobre as Teorias sexuais das crianças*. E.S.B., vol. IX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1909[1908]) *Romances Familiares*. E.S.B., vol. IX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1914) *Recordar, repetir e elaborar*. E.S.B., vol. XII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1915) *Reflexões para os tempos de guerra e morte*. E.S.B., vol. III, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1918[1914]) *História de uma neurose infantil*. E.S.B., vol. XVII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1919) *O estranho*. E.S.B., vol. III, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1919) *Uma criança é espancada: uma contribuição ao estudo das origens das perversões sexuais*. E.S.B., vol. XVII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1920) *Além do princípio de prazer*. E.S.B., vol. XVIII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1923) *A organização genital infantil*. E.S.B., vol. XIX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1924) *A dissolução do complexo de Édipo*. E.S.B., vol. XIX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1925) *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos*. E.S.B., vol. XIX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1926) *Inibição, sintoma e ansiedade*. E.S.B., vol. XX, Rio de Janeiro: 1996.

\_\_\_\_\_ (1930[1929]) *O mal-estar na civilização*. Cap. IV. E.S.B., vol. XXI, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1931) *Sexualidade Feminina*. E.S.B., vol. XXI, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1933[1932]) *Feminilidade*. Conferência XXXIII E.S.B., vol. XXII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1940[1938]) *Esboço da Psicanálise*. E.S.B., vol. XXXIII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1918). Historia de una neurosis infantil (caso del “hombre de los lobos”). In: *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. Tomo II.

Habigzang, L.F., Hatzenberger, R., Dala Corte, F., Stroehel, F. & Koller, S. Avaliação de um modelo de intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (1), 67-76, Brasília, jan/mar, 2008.

Hernandes, J. O silêncio para a psicanálise: implicações clínicas e teóricas. 120p. Dissertação de Mestrado – IP, Universidade de São Paulo, 2005.

Hetzel-Higgin, M.D., Brausch, A.M. & Montgomery, B.S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse & Neglect*, 31, 125-141.

Inglez-Mazzarella, T. Fazer-se herdeiro: a transmissão psíquica entre gerações. São Paulo: Escuta, 2006.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Brasil, 2014. [acesso em 04 abril 2014]

Disponível em:

[http://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=21907&catid=159&Itemid=75](http://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=21907&catid=159&Itemid=75)

Jorge, M.A.C. *Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan: A clínica da fantasia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2010.

Lacan, J. (1953) *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_ (1958) *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 591-652.

\_\_\_\_\_ (1960) *Subversão do sujeito e a dialética do desejo*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_ (1959-60) Seminário 7. A ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

\_\_\_\_\_ (1953-54) Seminário 1. Os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1975.

\_\_\_\_\_ (1966) *Instância da letra no inconsciente*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. p. 496-533.

\_\_\_\_\_ (1969-70) Seminário 17. O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

\_\_\_\_\_ (1972) *O Aturdido*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

\_\_\_\_\_ (1972-73) Seminário 20. Mais, Ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

Lanktree, C.B. & Briere, J. (1995). Outcome of therapy for sexually abused children: A repeated measures study. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1145-1155.

Laplanche e Pontalis (1982) Dicionário de Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

Lucânia, E.R., Miyazaki, M.C.O.S. & Domingos, N.A.M. (2008). Projeto Acolher: caracterização de pacientes e relato do atendimento psicológico a pessoas sexualmente vitimadas. *Temas em Psicologia*, 16(1), 73-82.

Moretto, M.L.T. O que pode um analista no hospital? São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 217 p.

\_\_\_\_\_. O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do “outro em si”. 262 p. Tese de doutorado – IP, Universidade de São Paulo, 2006.

\_\_\_\_\_. Neurociências e Psicopatologia em Psicanálise. In: Neuropsicologia e as interfaces com as neurociências. SP: Casa Psicólogo, 2007. p. 221-223.

Nasio, J.-D. *Introdução às Obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995

Nasio, J.-D. *Porque repetimos os mesmos erros*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2012.

Oliveira, E.M. Fórum: Violência sexual e saúde. Introdução. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), Rio de Janeiro, fevereiro, 2007.

Oliveira, E.M., Barbosa, R.M., Moura, A.A.V.M., Kossel, K.V., Morelli, K., Botelho, L.F.F. & Stoianov, M. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), São Paulo, junho, 2005.

Porto, M. Violência contra mulheres e atendimento psicológico: o que pensam os/as gestores/as municipais do SUS. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(3), Brasília, setembro, 2006.

Prates, A.L. (2006). O trauma é o infantil – cena primária: verdade e ficção no caso do “Homem dos lobos”. *Pulsional*, ano XIX, n. 186, 56-62.

Quinet, A. *A descoberta do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

\_\_\_\_\_. *As 4 + 1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

Reik, T. (1926). No início é o silêncio. In: Nasio, J.D. (org.). *O silêncio em psicanálise*. Campinas: Papyrus, 1989.

Reznik, D. D. e Salem, P. Duas faces da noção de segredo em Psicanálise. *Caderno de Psicanálise*, Rio de Janeiro, ano XXXII, n. 23, p. 93-105. 2010.

Ribeiro, A.M., Ferriani, M.G.C. & Reis, J.N. (2004). Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas a vitimização nas relações familiares. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 456-464.

Rosa, M. D. O não-dito como operador na clínica com crianças e adolescentes. In: Pacheco Filho, R. A. et. al. (org.). *Novas contribuições metapsicológicas à clínica psicanalítica*. Taubaté: Cabral, 2003.p. 97-113.

\_\_\_\_\_. (2000) *Histórias que não se contam: o não-dito e a psicanálise com crianças e adolescentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

\_\_\_\_\_. O não-dito familiar e a transmissão da história. *Revista Psychê*, São Paulo, ano V, n. 8, p. 123-137. 2001.

Sant'Anna, P.A., Baima, A.P.S. (2008). Indicadores clínicos em psicoterapia com mulheres vítimas de abuso sexual. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(4), 728-741.

Saussure, F. (1916) Curso de linguística geral. São Paulo: Cultrix, 1995.

Schraiber, L.B., D'Oliveira, A.F.P.L., Franca, J.I., Strake, S.S. & Oliveira, E.A. (2000). A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidades básicas de saúde. *Saúde Social*, 9(1/2), 3-15.

Sei, M.F., Oliveira, S.A.P., Cabrera, C.C. & Kodato, S. Atenção psicossocial à mulher e criança vitimizada: uma experiência. *Rev. SPAGESP*, 4(4), Ribeirão Preto, dez, 2003.

Talbot, N.L., Conwell, Y., O'Hara, M.W., Stuart, S., Ward, E.A., Gamble, S.A., Watts, A. & Tu, X. (2005). Interpersonal psychotherapy for depressed women with sexual abuse histories: a pilot study in a community mental health center. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Dec,193(12), 847-50.

Turato, E.R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicada nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

Wegman, H.L. & Stetler, C. (2009). A Meta-Analytic Review of the Effects of Childhood Abuse on Medical Outcomes in Adulthood. *Psychosomatic Medicine*, 71, 805-812.

World Health Organization (OMS-WHO), 2003. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. [acesso em 26 out 10] Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf>