

**GISELE JOANA GOBBETTI**

**A função da confidencialidade:  
bioética e incesto**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
da Faculdade de Medicina da Universidade de São  
Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Fisiopatologia Experimental

Orientador: Prof. Dr. Claudio Cohen

São Paulo

2006

Ao Maurício e aos nossos filhos:

Thales, Thomás, Arthur, Larissa e Gustavo

## **AGRADECIMENTOS**

*Aos profissionais do Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que não só aceitaram a minha inclusão no seu ambiente de trabalho, como se disponibilizaram a contribuir com meu estudo em tão árdua tarefa que é a de falar sobre incesto.*

*Ao Prof. Dr. Claudio Cohen, pela sensibilidade e disponibilidade para as reflexões propostas em nosso trabalho conjunto, que contribuíram tanto para a conclusão deste estudo quanto para a minha vida pessoal e profissional.*

*Aos Professores Doutores: Arthur Guerra de Andrade, Alvino Augusto de Sá e José Raimundo Lippi, pela enriquecedora contribuição no Exame de Qualificação desta tese.*

*As famílias atendidas no CEARAS, pela oportunidade inestimável de aprendizado profissional e pessoal e por serem responsáveis pela gratificação que sinto em meu trabalho.*

*Aos estagiários do CEARAS, que, com suas dúvidas, reflexões e angústias compartilhadas, sempre enriqueceram e incentivaram o meu trabalho.*

*Aos meus pais e irmãos, por me fornecerem a primeira vivência de família.*

*Ao Maurício, pelo amor, companheirismo e compreensão, com os quais sempre compartilhou as experiências mais significativas de minha vida.*

*Ao Thales e ao Thomás, pelo amor e carinho, mesmo nas minhas ausências, e ao Arthur, por sua alegria contagiante, apesar de ter vivenciado tão de perto as angústias deste trabalho.*

## Resumo

Gobbetti GJ. A função da confidencialidade: bioética e incesto [tese]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo", 2006. 125p.

O presente estudo pretende construir uma reflexão sobre a função da confidencialidade para os profissionais de saúde que lidam com pessoas envolvidas em casos de incesto, na tentativa de avaliar os limites éticos destas intervenções. A metodologia utilizada constituiu-se por uma reflexão teórica baseada na experiência de trabalho da autora no CEARAS, referendada pela Bioética e pela Psicanálise e ilustrada por uma pesquisa realizada com os profissionais de saúde, incluindo os médicos, enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem e assistentes sociais do Pronto-Atendimento Pediátrico do Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Entrevistas livres de exploração sobre a possibilidade de atendimento a crianças e adolescentes com suspeitas de abuso sexual e o modo de lidar com estas questões foram realizadas com os profissionais. As entrevistas foram gravadas e transcritas para serem analisadas através do método de análise de conteúdo. O atendimento de pacientes envolvidos em situações de abuso sexual é considerado pelos profissionais de saúde como um problema de difícil abordagem. A ausência do conflito entre a quebra do segredo profissional e a manutenção do vínculo de confiança entre profissional de Saúde e paciente em situações de incesto demonstra a dificuldade de os profissionais lidarem com tais casos e discriminarem a função de um profissional de saúde, pelo incesto se tratar justamente do tabu estruturante do ser humano.

Descritores: Bioética. Incesto. Relações profissional-paciente. Comunicação sigilosa. Ética profissional.

## Summary

Gobbetti GJ. The function of confidentiality: bioethics and incest [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo", 2006. 125p.

This work intends to build up considerations about the confidentiality function for health professionals who deal with people involved in cases of incest, trying to evaluate the ethical limits of these interventions. The methodology used was a theoretical reflection based on Bioethics and Psychoanalyses and was illustrated by research with health professionals, including doctors, nurses, social workers and nurse assistants from Pediatric Emergency Room at University Hospital of São Paulo University. Free exploring interviews about the possibility of attending children and adolescents with suspects of sexual abuse and the way to deal professionally with such situation were conducted with those professionals. The interviews were recorded and transcribed for analysis through content analysis technique. The attendance of patients involved in sexual abuse situations is considered by health professionals as a difficult problem to approach. The absence of conflict between breaking professional secrecy and the maintenance of the reliance bond between the health professional and the patient on incest situations, shows the difficulties for the professionals to deal with people involved in those cases and, to discriminate the function of a health professional, by considering incest as a structuralizing taboo from the essence of human being.

Keywords: Bioethics. Incest. Professional-patient relation. Confidentiality. Ethics professional

# SUMÁRIO

Resumo

Summary

1 INTRODUÇÃO.....	01
1.1 Justificativa.....	07
2 ALGUNS CONCEITOS SOBRE BIOÉTICA E INCESTO.....	08
2.1 Bioética.....	09
2.2 Bioética e desenvolvimento humano.....	17
2.3 Incesto.....	24
2.4 Segredo Profissional e incesto.....	32
3 OBJETIVOS.....	39
4 MÉTODOS.....	42
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
5.1 A questão da confidencialidade no trabalho do CEARAS.....	57
5.2 Pesquisa.....	65
6 CONCLUSÕES.....	107
7 REFERÊNCIAS .....	111

# 1. INTRODUÇÃO

---



## INTRODUÇÃO

O abuso sexual é um problema que atualmente vem levantando várias polêmicas. A grande dificuldade em conseguir estatísticas válidas sobre o tema devido ao tabu e, conseqüentemente, o segredo que envolve tais casos, faz com que esta questão permaneça encoberta.

Atualmente, uma série de denúncias em relação a situações de abuso sexual foi levantada. A mídia trouxe à tona casos de abuso sexual ocorridos dentro de relações profissionais; casos de pedofilia entre padres mobilizaram a Igreja Católica, outros casos envolvendo professores e médicos foram denunciados, chocando a sociedade em geral pelo fato de se tratar justamente de relações humanas firmadas basicamente pelo vínculo de confiança.

Estas relações citadas, pela característica da necessidade de confiança, em muito se aproximam das relações familiares, por serem relações assimétricas enquanto função.

O abuso sexual ocorrido nestas instituições, como as de Saúde, Religiosas e de Educação, já foi comparado ao abuso sexual ocorrido dentro da instituição Família por Cohen (1993), quando conceitua este tipo de relação abusiva como "incesto polimorfo", por se tratar, enquanto perversão das funções, de um equivalente incestuoso.

O sensacionalismo com que as questões ligadas ao abuso sexual são trazidas pela mídia chama a atenção sobre uma questão bioética: uma visão desumanizada do ser humano.

Sabe-se que a maioria dos casos de abuso sexual denunciados ocorre entre pessoas que tem um vínculo de confiança e que, portanto, torna a denúncia um ato conflituoso e, conseqüentemente, muito difícil. Sendo assim, compreende-se que as estatísticas conhecidas tratam apenas da ponta de um iceberg e não ajudam a desvendar esta complexa relação.

O que se observa é a distorção do problema do abuso sexual feita pela grande maioria da sociedade, que projeta sua agressividade em alguns indivíduos, isolando-os, para não precisar entrar em contato com as próprias emoções, negando esta possibilidade humana.

De acordo com esta compreensão, as pessoas envolvidas em casos de abuso sexual precisam ser tratadas nos âmbitos da Saúde e da Justiça. A abordagem ética do abuso sexual envolve uma maior aproximação às questões humanas, incluindo os aspectos destrutivos presentes nas relações humanas. (Cohen e Gobbetti, 2002)

Desde 1993, o CEARAS – Centro de Estudos e Atendimento Relativos ao Abuso Sexual vem trabalhando com esta perspectiva, fornecendo atendimento em saúde mental a famílias em que houve a denúncia de um abuso sexual entre seus membros.

Segundo Cohen e Gobbetti (1998), o incesto manifesta-se através do relacionamento sexual entre pessoas que são membros de uma mesma família (exceto os cônjuges), sendo que a “família” não é definida apenas pela consanguinidade ou mesmo afinidade, mas, principalmente, pela “função parental social” exercida pelas pessoas dentro do grupo.

O trabalho do CEARAS, constituído por profissionais de saúde atuando num serviço vinculado à Justiça, traz muitas questões éticas, sendo o principal conflito as dificuldades surgidas em relação à confidencialidade.

O sigilo que deve ser mantido pelos profissionais do CEARAS é garantido pelo encaminhamento das famílias através dos Fóruns, onde existem profissionais que estarão lidando com as questões práticas que envolvem as famílias incestuosas, avaliando os riscos e benefícios do afastamento entre as pessoas envolvidas e tomando as medidas legais necessárias.

A delimitação das funções dos profissionais do CEARAS e das Varas de Infância e Juventude tem sido um trabalho constante e uma possibilidade de reflexão sobre as atuações incestuosas ou de quebras de função nos membros da família e nos profissionais que atuam na área (Gobbetti e Cohen, 2002).

Várias situações de denúncias realizadas por Serviços de Saúde chamaram a atenção pelas dificuldades do atendimento a esta questão. Para exemplificar, pode-se referendar uma situação específica: Criança pequena chegou a Pronto Socorro de Hospital acompanhada pelos pais. Após exame clínico, os pais foram informados de que havia a suspeita de a criança ter sofrido abuso sexual. Tomando um dos pais como principal suspeito, o Hospital solicitou a retirada deste e estabeleceu a proibição das visitas até a busca das medidas legais que culminariam com a institucionalização da criança logo após internação no Hospital.

Várias situações como estas, carregadas de julgamentos morais, que promovem o afastamento entre os membros da família sem o devido

tratamento das pessoas envolvidas, são percebidas no atendimento clínico do CEARAS como uma das principais violências sentidas pelas crianças e pelo restante da família.

Referente à situação descrita, considera-se os procedimentos realizados pelo Hospital como intervenções “abusivas” e, portanto, antiéticas. Embora a denúncia seja um dever legal destes profissionais e a quebra do sigilo, conseqüentemente, seja justificada por leis, entende-se que a forma como esta foi feita prejudicou o atendimento, na medida em que os profissionais de saúde saíram de sua função de tratamento, tentando assumir uma função que seria esperada dos profissionais de Justiça.

Cohen e Segre (2002) conceituam a ética vinculada a três aspectos: percepção dos conflitos, autonomia e coerência. Analisando a situação descrita acima, nota-se que houve dificuldade de aproximação a estes casos pelos profissionais de Saúde e as condutas observadas não refletem um pensamento acerca da situação e uma escolha consciente de procedimentos a serem realizados.

A relação de confiança promovida pela confidencialidade é estruturante nas relações entre profissionais de saúde e pacientes, sendo a ética e o dever legal instâncias diferentes.

Depreende-se, da legislação brasileira através do Estatuto de Criança e do Adolescente, que seriam justamente os profissionais da área de saúde e de educação que mais acolheriam este tipo de queixas. Ou mesmo os profissionais que teriam condições de formular as suspeitas iniciais em situações de abuso sexual envolvendo crianças e adolescentes,

principalmente na observação de alterações de comportamento (escola) e em exames e avaliações clínicas (contexto médico).

Mas será que estes profissionais encontram-se preparados para a escuta de uma denúncia de abuso? A formação nas áreas da Saúde prepara o profissional para atender casos de violência, mais especificamente, os casos de abuso sexual intrafamiliar? Como é sentida a intervenção da Justiça no atendimento da Saúde em casos de abuso sexual intrafamiliar? A quebra do segredo profissional, quando é feita, é realizada em bases éticas ou morais? Tratando-se do incesto, que tem como característica o segredo familiar e relações interpessoais que deveriam ser estruturadas por vínculos de confiança, como os profissionais de saúde podem lidar com este tipo de segredo?

Este trabalho pretende construir uma reflexão sobre Bioética e incesto, analisando a existência ou não da compreensão da função da confidencialidade para os profissionais de saúde que lidam com pessoas envolvidas em casos de abuso sexual intrafamiliar, na tentativa de avaliar os limites éticos destas intervenções.

## JUSTIFICATIVA

A sociedade em geral e os órgãos governamentais tem iniciado uma mobilização na tentativa de estabelecer estratégias de atendimento às situações de abuso sexual. Tem-se, nestas instâncias, a percepção de pouca ou nenhuma preparação dos profissionais de saúde que podem lidar com estas questões.

A dificuldade de aproximação a estes casos gerada, principalmente, pela falta de contato com as próprias angústias mobilizadas nestas situações, faz com que os profissionais se paralitem quanto à possibilidade de tratamento às pessoas envolvidas em casos de abuso sexual, assumindo uma postura antiética.

Considerando este tema como um problema essencialmente humano, torna-se relevante esta reflexão sobre a função e a responsabilidade ética dos profissionais de saúde, que poderá gerar uma preocupação na busca de melhores formas de atendimento às pessoas que vivenciam situações abusivas.

## **2. ALGUNS CONCEITOS SOBRE BIOÉTICA E INCESTO**

---

## Bioética

Angustiado diante do possível uso dos avanços da “revolução molecular” contra a humanidade, meu criador juntou duas palavras, “bio” (vida) e “ética” (conduta humana ideal), e, então, nasci.

Fui, naquele momento, apenas um neologismo, tradutor, porém, de uma problemática muito profunda.

Deram-me a incumbência de ser uma “ponte para o futuro”.....eu representaria um elo entre as ciências biológicas e as ciências humanas, olhando para o futuro da humanidade. (Hossne, 2006 - p.144)

A Bioética, termo criado recentemente, trata das discussões éticas referentes à vida humana e a todos os fatores que podem interferir com ela, como, por exemplo, o meio-ambiente. Tratando de temas antigos ou recentes, a Bioética é nova pela sua abordagem; representa as discussões sobre a ética das relações humanas, priorizando o respeito ao ser humano através do reconhecimento da pluralidade de valores que o cerca.

Ao se tratar de novos conceitos, a Bioética caracteriza-se justamente por uma proposta de pensamento frente aos problemas éticos consequentes das novas descobertas, principalmente nas áreas das ciências biológicas. Os avanços científicos e tecnológicos possibilitaram ampliar o conhecimento sobre o ambiente e o funcionamento do corpo humano, que, cada vez mais vem sendo empregados na manutenção, prolongamento e melhoria da



qualidade de vida. São inegáveis os benefícios trazidos à humanidade no cuidado à saúde, mas os riscos também são logo percebidos. Cabe à Bioética as discussões sobre os “efeitos colaterais” do avanço científico para a humanidade, não para impedi-lo, mas para que se encontre um caminho ético a seguir.

Não restam dúvidas que estes avanços e estas mudanças repercutem socialmente, modificando os antigos conceitos, como os de vida e morte, de ser humano e de família. A Bioética propõe-se a tratar também das relações humanas na vida cotidiana, que é claramente afetada pela mudança de valores.

O termo recente Bioética foi criado em 1971 pelo Prof. Van Rensselaer Potter, quando publicou a obra de referência da área: “Bioethics: a bridge to the future”. Potter, biólogo e oncologista norte-americano, tinha em mente integrar os diferentes aspectos das ciências naturais com as ciências humanas através da ética, visando discutir e aprofundar os aspectos relativos à sobrevivência da humanidade frente aos desafios da questão ecológica e tecnológica.

Essa visão original da Bioética, representada, segundo Costa et al. (1998), por um “compromisso mais global frente ao equilíbrio e preservação da relação dos seres humanos com o ecossistema e a própria vida do planeta” tornou-se muito diferente da Bioética atualmente conhecida no meio científico.

Embora haja várias linhas diferentes da Bioética, a mais difundida é a “Principlista”, originada a partir da obra de Beauchamp e Childress publicada em 1979 e denominada “The Principles of Bioethics”.

Alguns fatos anteriores à obra citada marcaram as origens da Bioética. Em 1974, o Congresso Norte-americano criou a National Commission for the Protection of Human Subjects com o objetivo de iniciar uma pesquisa que identificasse os princípios éticos básicos que deveriam nortear a experimentação em seres humanos nas ciências do comportamento e na biomedicina.

Após quatro anos, foi publicado o Relatório Belmont, que propunha três princípios éticos mais globais que pudessem servir de base para a crítica e interpretação de regras específicas.

Foram estes princípios que Beauchamp e Childress (1994) utilizaram para a prática clínica e assistencial. Os tais princípios, autonomia, beneficência e justiça, são utilizados até hoje para a reflexão bioética em geral, como uma referência para a resolução de situações ainda não normatizadas nas relações humanas.

De acordo com Segre (2002), a idéia de autonomia é uma conquista recente. O respeito à individualidade, “o reconhecimento de o outro poder pensar e sentir à sua maneira e de ser respeitado sob este aspecto”, delineou-se durante o Iluminismo europeu, integrando-se a partir de Descartes, Montesquieu, Rousseau e Kant e, posteriormente, tendo grande contribuição de Freud em sua compreensão, através da interiorização e da noção de inconsciente que a Psicanálise propiciou.

Como princípio fundamental da ética, a autonomia pode ser entendida como a capacidade de pensar e agir com conhecimento de causa e sem coação externa. O exercício da autonomia é constituído pelos três seguintes

itens: competência para exercê-la, reconhecimento de sua existência pelo outro e possibilidade de escolhas. (Cohen e Marcolino, 2002)

Na prática de saúde, o princípio da autonomia é significado através do respeito à autonomia do paciente. Desta nova compreensão, derivam-se dois procedimentos práticos: a aplicação do consentimento informado ao paciente e a possibilidade de uma pessoa, quando considerada incompetente ou incapaz, poder ser representada por alguém da família ou de sua confiança.

O princípio da beneficência fundamenta-se na premissa da tradição hipocrática de “fazer o bem e, em primeiro lugar, não causar danos”. Tal princípio requer que “sejam atendidos os interesses importantes e legítimos do outro e, que, na medida do possível, o autor desse ato evite um dano, um mal ou uma ofensa ao outro”. (Cohen, 1999)

Segundo Beauchamp e Childress (1989), o princípio da beneficência na relação do profissional de saúde com o paciente caracterizaria a ação do profissional com o objetivo de auxiliar o paciente na busca de seu bem-estar ou, pelo menos, na redução de seu sofrimento.

Assim, “o princípio da beneficência tenta, num primeiro momento, a promoção da saúde e a prevenção da doença e, em segundo lugar, pesa os bens e os males, buscando a prevalência dos primeiros”. (Kipper e Clotet, 1998)

O terceiro princípio, o de justiça, tem uma abrangência social e relaciona-se à justa distribuição dos recursos disponíveis no cuidado à saúde.

Sass (2003) pareceu relacionar o princípio de justiça à condição de vulnerabilidade humana: “os bioeticistas em particular preocupam-se com a proteção da saúde e com o acesso justo e eficiente a cuidados de saúde em toda a parte e para todos”.

Esta vinculação de proteção a sujeitos em condição de vulnerabilidade é relacionada à Justiça também por outros bioeticistas como Campbell (2003), que considera a vulnerabilidade como condição humana:

Qual é então a esperança que emerge de nossa vulnerabilidade partilhada? É que comecemos a escutar-nos uns aos outros e, não temendo conhecer o sofrimento, que pode ser para nós um doloroso pensamento, tenhamos a coragem de trabalhar juntos pela justiça na assistência médica. (p.93)

Pegoraro (2006) traz uma importante contribuição no conceito de justiça no âmbito bioético. Para o autor, o conceito de justiça na área da saúde pode ser analisado em duas vertentes: a da pesquisa e tecnologia e a do cuidado com a pessoa. A primeira vertente trata da equidade na alocação de recursos para o desenvolvimento de pesquisas na área da Saúde. A segunda vertente, ressaltada como mais importante é o cuidado com o doente. “cuidado e proteção às pessoas enfraquecidas em sua capacidade física e decisional, é fazer justiça (tratar cuidadosamente) as pessoas concretas em situação biológica e psíquica debilitada”.

A Bioética Principlista traz em seu bojo princípios pragmáticos das relações humanas. Observam-se os ideais correspondentes aos que embasam os princípios filosóficos defendidos pela Revolução Francesa: a liberdade equivalente à autonomia da relação profissional de saúde-paciente, a igualdade à justiça e a fraternidade à beneficência. (Cohen, 1999)

Assim, compreende-se que estes princípios em si também não constituem uma novidade, mas aparecem como uma forma didática de expor os ideais contemporâneos para reger o comportamento humano, e conseqüentemente, permitir que os seres humanos sobrevivam de uma forma “produtiva” e “saudável”. O que não se pode negar é que a luta por tais ideais expõem justamente a fragilidade humana e a dificuldade dos indivíduos em se relacionar. (Gobbetti e Cohen, 2005)

O indivíduo não nasce ético, e sim se torna ético com o seu desenvolvimento psicossocial.

Observa-se em todos os grupos sociais a necessidade da criação de várias “leis” para regulamentar a convivência social. Em nossa cultura, foram criados vários Códigos que buscam regulamentar as relações humanas.

Na área da saúde, especificamente, pode-se dar exemplos das tentativas de regulamentação das relações entre o profissional de saúde e o paciente e/ou sujeito de pesquisa:

- Código de Nuremberg: são definidos os princípios para a experimentação médica, surgindo o conceito de consentimento voluntário por pessoa competente e a necessidade de informação ao

sujeito da pesquisa sobre os riscos e os benefícios da terapêutica ou experimentação a que ele irá se submeter.

- Declaração de Helsinque (1964) que ratifica o Código de Nuremberg quanto às premissas de risco e benefício e acrescenta a idéia do “representante legal”, alguém que poderia fornecer o consentimento pelo paciente, no caso deste ser ou estar incapaz para fazê-lo.

Estas e todas as outras declarações que buscam universalizar as questões éticas referentes à saúde humana nada mais são do que uma análise particularizada da Declaração Universal dos Direitos do Homem. É nesta Declaração que são revistos alguns princípios éticos do ser humano. Pode-se considerar esta declaração como o paradigma de um Código Universal de Bioética.

Nesse sentido, os direitos humanos são um ideal social, que deve ser desenvolvido no indivíduo e imposto pela sociedade, e cada ser humano deve possuir recursos internos latentes, que serão transformados através de sua inserção na cultura. Este processo de humanização se realizará através da aceitação pelo indivíduo dos limites internos e externos.

Considerando a ética enquanto princípio individual, muitas pessoas acreditam que o ser ético significa apenas seguir os próprios valores. Ser ético implica em lidar com os conflitos nascentes do impacto dos valores pessoais com os valores sociais ou do outro. Assim, ser ético, como conceituado por Cohen e Segre (2002) é “ter a percepção dos conflitos entre o que o coração diz e o que a cabeça pensa, ou seja, é poder percorrer este caminho da emoção a razão podendo posicionar-se na parte deste percurso que considerar mais adequada”. Sob o enfoque psicanalítico, esta mediação

dos conflitos é uma função do ego, que é justamente a instância que vai lidar com as pulsões vindas do id e as ordens do superego.

## Bioética e Desenvolvimento Humano

A complexidade do desenvolvimento humano pode ser notada na distância que as necessidades humanas encontram-se das necessidades biológicas, mais ligadas à sobrevivência da espécie. Como se pode caracterizar o ser humano, indo além da definição biológica da espécie humana? Quando se inicia a vida humana e quando ela se extingue? Ou será que ela nunca se extingue? Segundo o conceito secular de criação de vida humana, esta se faz a partir da relação heterossexual, mas há tempos o ser humano já pode controlar a relação sexual sem procriação e atualmente também a procriação sem a relação sexual. Tais questionamentos tão presentes na discussão bioética remetem-nos a uma complexa questão: o ser humano já nasce humano? (Gobbetti e Cohen, 2005)

O ser humano se constitui enquanto humano durante a sua vida, através de seu sofrimento e suas frustrações frente ao reconhecimento de seus limites. Assim, a dimensão humana vai ser moldada e percebida no universo das relações; falar em bioética significa falar em relações humanas.

Através de sua consciência e da criação de uma cultura como característica própria, o ser humano tem a possibilidade de flexibilizar seus limites biológicos. A evolução cultural e científica, ambas criações humanas, atualmente, tem interferido na própria evolução orgânica, tornando-se mais rápida do que esta. Por exemplo, a possibilidade de destruição do mundo através do uso de armas atômicas ou mesmo, a possível clonagem dos seres humanos ou a criação de espécies transgênicas.



A cultura vai se modificando a cada momento, dependendo da concepção e da consciência que o ser humano tenha de si e do mundo que o rodeia. Considera-se a cultura como a somatória dos conhecimentos grupais, mas será frente às ansiedades decorrentes daquilo que ainda é desconhecido e que se deseja conhecer que a cultura se tornará algo vivo e dinâmico.

“A passagem da natureza para a cultura” descrita por Levi-Strauss (1969) é o que define a característica da humanidade e a humanização em cada indivíduo. Para que se entenda o processo de humanização, deve-se analisar o salto qualitativo que a espécie teve que fazer, diferenciando o instinto sexual — que é um comportamento hereditário próprio de todos os seres vivos — da pulsão sexual, como uma peculiaridade dos seres humanos, que se expressa através da sexualidade.

Para Freud, o instinto qualifica um comportamento animal fixado por hereditariedade, característico de cada espécie, enquanto a pulsão é característica da espécie humana, tendo o sentido de “impulsionar”:

Processo dinâmico que consiste numa pressão ou força (carga energética, fator de motricidade) que faz tender o organismo para um alvo. Segundo Freud, a pulsão tem a sua fonte numa excitação corporal (estado de tensão); o seu alvo é suprimir o estado de tensão que reina na fonte pulsional; é no objeto ou graças a ele que a pulsão pode atingir o seu alvo. (Laplanche e Pontalis, 1988 - p.506)

Assim, enquanto o sexo é a expressão básica da vida na reprodução de todas as espécies, a sexualidade é característica do ser humano. Com isto se quer dizer que a sexualidade não é apenas um atributo individual, mas que também está vinculada à cultura; por esse motivo varia de pessoa a pessoa e também pode variar segundo a época ou o lugar.

A racionalidade humana permite ao homem controlar seus desejos além da sobrevivência; a atividade sexual não serve apenas para a procriação da espécie, assim como, matar o outro não serve à própria sobrevivência, mas sim como a atuação de um desejo presente em todo ser humano.

Segundo Ramadam e Abdo (1997), o ser humano é o único animal que não possui travas biológicas para os instintos, “razão provável para o surgimento dos freios e códigos sociais”, sem os quais seria praticamente impossível a formação de grupos que dariam origem à cultura e à civilização.

Nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905), Freud apresentou esta definição de sexualidade como “característica humana”:

A disponibilidade sexual dos humanos é permanente na vida adulta (da adolescência à senilidade), independente de efeitores ou inibidores cíclicos observados em outros animais. O princípio do prazer – constante – e não outros reguladores biológicos, é que determina a sexualidade humana.

Assim, a sexualidade humana deve ser ressaltada pelo fato de representar o conjunto de fenômenos da vida sexual humana no âmbito psicossocial, modificando o desenvolvimento da espécie; enquanto o sexo refere-se apenas a uma diferenciação objetiva entre macho e fêmea no âmbito biológico, no serviço da preservação das espécies, a sexualidade diz respeito a uma particularidade dos seres humanos, no serviço da formação da individualidade.

É evidente que a atividade sexual é muito importante para a preservação das espécies, porém o grande avanço da psicanálise foi ressaltar a essencial importância da sexualidade no desenvolvimento da vida mental do indivíduo.

Freud entendeu a sexualidade de uma forma mais ampla, como algo constituinte do humano e que vai muito além da relação sexual envolvendo os órgãos genitais. A sexualidade humana não pode ser reduzida exclusivamente ao prazer obtido pelo funcionamento do aparelho genital, mas composta por uma série de excitações e atividades existentes desde a infância (perversas, polimorfos) que produzem um prazer e não satisfazem apenas as necessidades fisiológicas fundamentais (fome, excreção, respiração, etc.), ainda que, por muitas vezes, este prazer seja observado e conhecido através delas.

Este processo de crescimento mental que se dá através do desenvolvimento psicossocial deve ocorrer em cada indivíduo para lidar com os conflitos entre os desejos e a realidade. Este percurso deverá ser experimentado por qualquer indivíduo para que se humanize, ou seja, para

que se integre enquanto indivíduo e lide com o mal estar que a cultura nos traz.

Freud vinculou o desenvolvimento da sexualidade à cultura em vários trabalhos, como em *Totem e Tabu* (1913), onde levanta a hipótese na qual, durante a evolução da humanidade, ocorreu um crime cometido em comum — um linchamento — no qual os filhos se rebelaram frente às atrocidades paternas, na satisfação de todos os seus desejos sem levar em consideração os dos outros. Mataram-no e, posteriormente, devoraram-no num banquete totêmico, pensando que, desta maneira, poderiam incorporar a coragem do pai, sendo esta a idéia que permeia as tribos antropofágicas. Após esta vitória maníaca, os filhos passaram a experimentar um sentimento ambivalente entre uma euforia pela vitória, pois poderiam reproduzir as perversidades, e um sentimento de solidão e abandono com a morte do pai admirado, gerando-lhes o sentimento de culpa.

Somente após muitos anos de experiência psicanalítica, Freud pode perceber e explicar o sofrimento ao qual o ser humano se submete para viver em sociedade. “O mal estar na civilização” (1930) mostra como é necessário que o ser humano renuncie ao prazer imediato, impedindo a manifestação das pulsões destrutivas, para possibilitar o relacionamento social.

Com estas duas obras de cunho sociológico, Freud pretendeu mostrar que o começo da organização social, com as restrições morais e com as religiões, estrutura-se a partir da formação do complexo de Édipo.

Segundo Freud, existe um antagonismo entre as exigências dos impulsos e a inserção do indivíduo na cultura. O desejo incestuoso, presente

em todos os seres humanos, deve ser reprimido para a sobrevivência da civilização. Freud assim explicita, em uma carta a Fliess em 1897 “O incesto é anti-social e a civilização consiste numa progressiva renúncia a ele” (Freud, 1930 – p.76). O sentimento de culpa, originado pelo complexo de Édipo, é o fator mais importante no desenvolvimento da cultura, podendo ser considerado como a defesa da civilização em relação à agressividade e destrutividade humanas.

O fato de o ser humano ser vulnerável por natureza é um conceito social presente em todas as culturas. Inclusive, a própria cultura e mesmo as estruturas sociais e políticas foram desenvolvidas justamente para combater a vulnerabilidade e a exploração.

As diferenças entre tradições culturais ou sociais parecem refletir prioridades em termos de riscos percebidos e da proteção preferida contra a vulnerabilidade. Mas, sejam quais forem essas diferenças, parece haver uma noção a priori e aceita de que as ameaças mais essenciais à condição humana, como a fome, a doença, a dor, a exploração, o assassinato e a tortura são universais, estabelecendo uma base para os direitos humanos e civis que independem de prioridades sociais e culturais específicas em culturas específicas. (Sass, 2003 – p. 79-80)

Transpondo este conceito de vulnerabilidade humana para uma compreensão psicodinâmica do indivíduo, compreende-se que a vulnerabilidade do ser humano encontra-se na sua própria constituição emocional; a maior ameaça à condição humana é o indivíduo tornar-se incapaz de frear suas próprias pulsões, tornando-se vulnerável a sua própria pulsão de morte.

O que torna o indivíduo humano e ético é justamente o fato de ter que lidar com as pulsões e desejos presentes em todos, confrontando-os com a realidade. A impossibilidade de ser ético pode ser consequência de uma falha na estruturação mental do indivíduo, que não percebe a importância do respeito às funções sociais nas relações. (Cohen e Gobbetti, 2003)

## Incesto

Considerando o tabu do incesto como o tabu fundante da civilização, sendo o desejo incestuoso presente em todos os seres humanos, não é estranho o fato de a maioria dos casos de abuso sexual relatados ocorrerem entre pessoas conhecidas, sendo mais comum ocorrer dentro da própria família. Acredita-se que seja grande a cifra de casos não denunciados, já que as peculiaridades deste tipo de relação promovem o segredo familiar. Isto quer dizer que os olhares são desviados para contatos externos ao grupo familiar, muitas vezes havendo uma falta de cuidado com este último.

Pesquisas indicam que 16% das mulheres na população geral já relataram ter tido alguma experiência de contato sexual com algum parente e de 1-4% das mulheres relataram ter tido uma relação de incesto pai-filha. (Goodwin, 1989)

Russel (1986), em uma pesquisa com mulheres de São Francisco, demonstrou que 16% das mulheres de sua amostra relataram pelo menos uma experiência incestuosa e que pelo menos 5% da amostra relataram ter tido uma experiência de incesto com o pai biológico.

Em nosso meio, foi realizada uma pesquisa no Instituto Médico Legal, onde as vítimas de violência sexual foram questionadas a respeito de sua relação com o agressor. Da amostra, 49,64% relataram conhecer o agressor e 22,55% foram vítimas de agressão sexual por parte de algum parente, sendo que 18,75% delas convivem com o agressor na mesma casa. (Cohen; Matsuda, 1991)

Segundo dados da ABRAPIA (1997), nos casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes, a pessoa denunciada é o pai biológico em cerca de 30% dos casos; o padrasto em 12% e o avô em 2%.

Em outro estudo sobre violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres realizado em um serviço de referência para o tema em São Paulo, Drezett (2000) aponta o pai biológico como agressor nas relações que envolvem crianças em 21,7% dos casos e adolescentes em 13,9% dos casos.

Segundo Levi-Strauss (1969), a proibição do incesto, a lei mais primitiva dos seres humanos, é uma norma estruturante da cultura, estando presente em todos os grupos humanos, variando apenas o conceito de família e a intensidade da proibição. Ou seja, todas as culturas fazem algum tipo de restrição quanto à escolha de parceiros nos relacionamentos sexuais.

A Psicanálise reforça a existência dos desejos incestuosos em todos os seres humanos; a intensidade deste desejo explicaria a necessidade de tamanhas proibições (Freud,1917). É nesta obra “O desenvolvimento da libido e as organizações sexuais”, que este conceito aparece explicitado, segundo o trecho abaixo:

Mas, o que é mais importante, em vista dessas informações, que podem ser obtidas tão facilmente: os senhores não poderão recordar sem um sorriso os pronunciamentos da ciência ao explicar a proibição do incesto. Não tem fim o que já se inventou sobre o assunto. Tem sido dito que a tendência sexual é



desviada de membros da mesma família pertencentes ao sexo oposto, pelo fato de terem vivido juntos desde a infância; ou ainda, que um propósito biológico de evitar a consanguinidade é representado psiquicamente por um inato horror ao incesto. Nisso tudo, deixa-se de atentar para o fato de que uma proibição tão peremptória não seria necessária nas leis e nos costumes, se houvesse barreiras naturais seguras contra a tentação do incesto. A verdade é justamente o oposto. A primeira escolha objetual de um ser humano é regularmente incestuosa, dirigida no caso do homem, à sua mãe e à sua irmã; e necessita das mais severas proibições para impedir que essa tendência infantil persistente se realize.

Segundo a teoria de Freud (1930), os desejos incestuosos são inerentes ao ser humano, mas a proibição da atuação destes desejos é necessária para o desenvolvimento do indivíduo e da sociedade. A proibição do incesto atua como um estruturador do aparelho mental em suas instâncias: Id, ego e superego. É através da repressão dos desejos incestuosos que se estrutura o superego, instância formada pela internalização da lei, sendo o ego responsável pela intermediação entre as leis internas e as leis externas. A proibição do incesto é a lei primordial que permite a individualização do ser humano e a sua inserção na cultura, delimitando funções.

Dentro da possibilidade de reflexão bioética, esta proibição é fundamental no processo de humanização dos seres humanos, já que o que torna o indivíduo humano e ético é justamente ter que lidar com os conflitos impostos pelo confronto entre os próprios desejos e a realidade, constituindo a percepção do outro e das funções sociais. (Cohen; Gobbetti, 2002)

Acreditando na prática da teoria psicanalítica e com a finalidade de tentar compreender a função da proibição do incesto no desenvolvimento psicossocial e ético do indivíduo, foi criado um Serviço na Faculdade de Medicina da USP - o CEARAS, que fornece atendimento em saúde mental a famílias incestuosas encaminhadas pela Justiça.

O CEARAS - Centro de Estudos e Atendimento Relativos ao Abuso Sexual iniciou suas atividades em 1993 e propõe-se ao estudo e atendimento a famílias referentes às questões pertinentes à estruturação do indivíduo e das relações familiares frente ao incesto.

Fazendo parte do Setor de Saúde Mental e Justiça do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o CEARAS busca integrar as áreas de Justiça e de Saúde Mental na atenção ao abuso sexual intrafamiliar.

O CEARAS oferece atendimento em saúde mental a famílias incestuosas encaminhadas pelo Fórum, onde houve uma denúncia e abertura de um processo. As principais vias de encaminhamento são as Varas da Infância e Juventude da cidade de São Paulo e, portanto, a maioria das “vítimas” são crianças e adolescentes.

O vínculo com o Fórum é baseado na importância da lei social quando as leis familiares são transgredidas. A denúncia como pré-requisito ao atendimento deve-se ao fato de que, por um lado, representa, em algum nível, a possibilidade de busca de limite externo e a quebra do segredo familiar; este tipo de mudança é uma forma de viabilizar o processo terapêutico. Por outro lado, na ausência de uma denúncia judicial, esta deveria ser feita pelos terapeutas que tomam contato com este tipo de caso envolvendo crianças e adolescentes (como determina o Estatuto da Criança e do Adolescente), comprometendo a formação dos vínculos de confiança necessários ao atendimento.

Em estudo anterior do CEARAS (Gobbetti, 2000), notou-se que há uma diversidade de relações de parentesco entre as pessoas envolvidas diretamente nas relações sexuais incestuosas, mas que a maioria das relações ocorreu entre parentes próximos e consanguíneos, ou seja, entre pais e filhos e entre irmãos. Outro dado é que a maioria das relações ocorria por um período extenso, com duração maior do que um ano. As relações incestuosas, em sua maioria, eram permeadas por atos libidinosos diversos da conjunção carnal, sendo que grande parte destas foram efetivadas através de carícias ou toques.

Assim, a relação incestuosa não envolve necessariamente uma relação sexual completa e nem mesmo violência física, o que significa que não deixa marcas concretas visíveis, e quando denunciadas, dificilmente obterão provas objetivas da ocorrência através de um exame de corpo de delito nos Institutos Médicos Legais, o que, para a saúde mental, não diminui

a gravidade de suas consequências a seus participantes. (Gobbetti e Cohen, 2001)

Observou-se também que a relação sexual denunciada, em geral, não é a única que ocorre. A oportunidade de acompanhar as famílias em processo terapêutico na tentativa de compreensão da dinâmica familiar permitiu observar outros abusos não denunciados, que, na maioria dos casos, não eram percebidos como relações abusivas pela família e, às vezes, nem percebidos socialmente. (Cohen e Gobbetti, 2006-b)

Outro estudo realizado no CEARAS demonstrou, através da análise de prontuários de 111 famílias que chegaram ao Serviço no período entre julho de 1999 e junho de 2003, que em 40% das famílias, foi relatado já nas entrevistas de triagem, a existência de outras relações incestuosas além da denunciada. Em 73% destas famílias, a denúncia judicial foi feita contra o pai ou o padrasto da criança ou adolescente envolvida na denúncia. Em cerca de 40% destes casos, a denúncia judicial foi feita pelas mães. Quando analisados estes casos, observou-se que, quando as mães ainda moravam junto com o companheiro, o índice de denúncia caiu para 22% dos casos. Mesmo nos casos em que a mãe fez a denúncia do companheiro, notou-se que a denúncia era feita após conflitos entre o casal e não após o conhecimento da relação abusiva. (Cohen et al, 2004)

Um dos principais abusos sexuais não denunciados é o abuso cometido pelas mães nas famílias incestuosas. Embora não denunciado e nem percebido enquanto tal, este tipo de abuso pode ser tão ou mais grave que os relacionamentos sexuais incestuosos manifestos.

Pode-se observar alguns dados que contribuem para confirmar a participação das mães na relação incestuosa.

Em alguns casos, a participação da mãe ocorre através da omissão: a dificuldade de denúncia das relações incestuosas envolvendo o companheiro, conforme os dados citados na pesquisa acima referida.

Por outro lado, existem os abusos cometidos entre mães e filhos, que se configuram na superestimulação sexual dos filhos.

Responsáveis pela erotização necessária ao desenvolvimento do bebê, uma “erotização primária”, biopsicológica, que, num primeiro período da vida tem um fim estruturante, muitas vezes as mães prosseguem este tipo de relacionamento erotizado com os filhos, por causar prazer a ambos. Mas, para o processo de humanização, esta erotização primária deveria ser transformada pelo adulto para uma “erotização secundária”, psicossocial. O uso perverso da erotização, ou sua não transformação, modifica seus fins, sendo destrutiva ao desenvolvimento mental e estruturação do indivíduo. Estes abusos tão graves e prejudiciais ao desenvolvimento psicossocial do indivíduo não são denunciados por não serem percebidos como abusivos devido ao sócio-cultural acesso quase irrestrito dado a mãe em relação a seus filhos.

O abuso sexual intrafamiliar é prejudicial para todos os membros da família. Na experiência clínica, percebe-se que a problemática é ampla e complexa, havendo o envolvimento de toda a família numa dinâmica consciente e inconsciente que favorece a existência de uma relação sexual incestuosa.

Percebeu-se que a relação sexual genital ocorrida entre pessoas da mesma família eram apenas o sintoma de uma dinâmica incestuosa, da qual todos os membros do grupo participavam. Também se observou que os membros da família apresentavam uma tendência a repetir este tipo de relacionamento em outros grupos, sejam as crianças nas futuras famílias que irão constituir, como todos os membros do grupo em outras relações.

Todas as características das famílias incestuosas parecem levar a um quadro que dificulta a percepção em torno da relação incestuosa, sua consequente denúncia e a quebra da dinâmica familiar que contribui para manter a situação abusiva.

A principal violência ocorrida no incesto não se refere ao aspecto biológico-sexual e sim à perversão das funções familiares, que podem ser entendidas como necessárias e estruturantes no desenvolvimento psicossocial do indivíduo.

Dentro destes conceitos, o processo de humanização é entendido como sendo a passagem da dimensão puramente biológica objetiva para a dimensão bioética subjetiva, que engloba o ser biológico interagindo no meio e se transformando a partir de suas relações e, principalmente, a partir da consciência da existência do outro, que lhe permitirá a autoconsciência, através da percepção das diferenças.

Por se tratar de um tabu da humanidade, a questão do incesto mobiliza muito os profissionais que podem entrar em contato com estas famílias e, sem a preparação devida, o atendimento a estes casos torna-se tarefa difícil, pois a tendência incestuosa da quebra das funções acaba por abranger também os profissionais de saúde. (Gobbetti e Cohen, 2002)

## **Segredo Profissional e Incesto**

Quando uma pessoa revela um segredo para alguém, faz isto na intenção de se beneficiar através do alívio de algum tipo de angústia, mas, ao mesmo tempo, oferece ao outro um poder sobre a sua fraqueza. (Cohen, 2002). Percebe-se assim que a revelação de um segredo, por si só, configura uma relação interpessoal em uma relação assimétrica, colocando o indivíduo que revelou o segredo em posição de vulnerabilidade frente à relação.

Assim sendo, o segredo, por definição “aquilo que não pode ser revelado; sigilo” é característico de relações de confiança.

Há várias profissões que se estruturam basicamente em relações de confiança, como são as profissões da área de saúde.

O segredo médico, por exemplo, ou a obrigação da guarda de segredos dos pacientes é uma premissa ética para a atividade profissional desde o Juramento de Hipócrates e se mantém até hoje, sendo a base da boa relação médico-paciente.

O sigilo profissional é estruturante em todas as profissões na área da Saúde, e o segredo profissional envolve até profissionais de outras formações que trabalham em instituições de Saúde e, portanto, tenham acesso a dados de pacientes, como, por exemplo, as pessoas que ocupam funções administrativas em serviços de Saúde. É importante lembrar que todas as informações fornecidas pelos pacientes atendidos em hospitais, postos de Saúde e mesmo consultórios particulares, assim como resultados

de exames ou qualquer material resultante de procedimentos com finalidade diagnóstica ou terapêutica, são de propriedade dos próprios pacientes.

Conforme afirmação de Goldim e Francisconi (1998), em um hospital de médio ou grande porte, durante o período de uma internação, cerca de 75 diferentes pessoas podem lidar com o prontuário do paciente. Deve-se ressaltar que tanto os médicos como os enfermeiros e demais profissionais de saúde, assim como todos os funcionários administrativos que entram em contato com as informações por dever de ofício, tem autorização para o acesso às mesmas apenas em função de sua necessidade profissional.

Conforme os autores, a preservação da informação na área da Saúde pode ser abordada por dois aspectos: o da privacidade e o da confidencialidade. A privacidade é a “limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, ao acesso à própria pessoa, à sua intimidade, é a garantia à preservação do seu anonimato, do seu resguardo, afastamento ou solidão” e a confidencialidade é caracterizada pela “garantia do resguardo das informações dadas pessoalmente em confiança e a proteção contra a sua revelação contra sua revelação não autorizada”.

A privacidade do indivíduo já foi assegurada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, proposta pela ONU em 1948. Em seu artigo XII, já estabelecia o direito a não interferência na vida privada pessoal ou familiar:

Ninguém será sujeito a interferências na sua vida privada, na sua família, no seu lar ou na sua correspondência, nem a ataques à sua honra e



reputação. Toda pessoa tem direito à proteção da lei contra tais interferências ou ataques.

A preocupação social em assegurar este direito persiste e, recentemente, o direito à privacidade e à confiabilidade foi reforçado no artigo 9º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, declaração aprovada em outubro de 2005 na 33ª Assembléia Geral da UNESCO:

A privacidade dos indivíduos envolvidos e a confidencialidade de suas informações pessoais devem ser respeitadas. Da melhor forma possível, tais informações não devem ser usadas ou reveladas para outros propósitos que não aqueles para os quais foram coletadas ou consentidas, em consonância com o direito internacional, em particular com a legislação internacionais sobre direitos humanos.

Assegurado legalmente por vários códigos, como nosso Código Civil e Penal, parece ser explícito em nossa sociedade que a quebra do segredo profissional não é aceita moralmente. E eticamente, como é visto o segredo?

O Juramento de Hipócrates já afirmava: "qualquer coisa que eu veja ou ouça, profissional ou privadamente, que deva não ser divulgada, eu conservarei em segredo e contarei a ninguém".

O Código de Ética Médica no Brasil reforça a idéia do segredo profissional, tendo como exceções a “justa causa” e o “dever legal”.

É vedado ao médico:

Art. 102 – Revelar o fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo único – Permanece essa proibição:

- a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido.
- b) Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

Art. 103 – Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

O Código Penal Brasileiro reforça a exceção da "justa causa", através do artigo que descreve a conduta tipificada de violação do segredo profissional:

Art. 154: revelar alguém, sem justa causa, segredo de que tenha ciência em razão de função, ministério, ofício, ou profissão e cuja revelação possa produzir dano a outrem.

Segundo HUNGRIA (1958), o dever do sigilo profissional não é absoluto e existe uma série de exceções declaradas na lei (de forma explícita ou implícita), ou impostas pela necessidade de defesa ou salvaguarda de interesses mais relevantes. Há deveres e interesses jurídicos ou de alta importância moral com primazia sobre o direito de segredo. Nos casos citados, a violação do segredo profissional funda-se em justa causa, excluída a ilicitude penal.

O fato é que, tanto no Código Penal, que não especifica nem as profissões as quais se aplica a "violação do segredo profissional", quanto no Código de Ética Médica, não se define a "justa causa", nem a diferença do "dever legal", pelos quais se justifica a quebra do sigilo.

O respeito aos Códigos, inclusive ao Código de Ética profissional por si só não se traduz em uma postura ética.

No quanto se distanciam os motivos legais das questões éticas, a "justa causa" deveria ser delimitada no âmbito ético, ou seja, naquele que se tornaria impeditivo o bom desempenho da atividade profissional, ou estabelecimento do vínculo profissional de saúde-paciente.

Para os casos de atendimento a pessoas que vivenciam uma situação de abuso sexual, na nossa sociedade, a lei que determina a quebra do

segredo profissional neste tipo de atendimento está presente no Estatuto da Criança e do Adolescente.

O Estatuto da Criança e do Adolescente determina pena a algumas categorias profissionais que se omitam de realizar denúncia judicial aos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes:

Artigo 245 – Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança e o adolescente:

Pena: multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em casos de reincidência.

Por esta lei, os profissionais de Saúde e de Educação tem o dever legal de denunciar as suspeitas de abuso sexual com crianças e adolescentes e, portanto, tenham que lidar com as questões referentes à confidencialidade e à quebra do segredo profissional.

Uma das grandes dificuldades do trabalho de atendimento a situações de incesto seja relacionada à confidencialidade. A grande questão que se impõe é como lidar com a quebra da confidencialidade em atendimentos a pessoas que vivenciam justamente as consequências da violência gerada em relações de quebra de confiança, que é o caso das relações incestuosas.

A violência do incesto tem a quebra de confiança na relação que é o paradigma das relações assimétricas: a relação entre pais e filhos. Na relação também assimétrica entre o profissional de saúde e o paciente, tem o segundo em uma situação de extrema vulnerabilidade, pois se considera a vulnerabilidade intrínseca ao paciente nesta relação, somada à vulnerabilidade da revelação de um segredo.

Por outro lado, no incesto, a relação sexual é mantida em segredo e percebe-se que este segredo familiar parece perpetuar-se na sociedade, que evita entrar em contato com esta realidade.

Provavelmente, como todos os grandes temores do ser humano, o horror provocado pelo incesto é a defesa utilizada para aliviar a angústia de entrar em contato com os próprios desejos incestuosos.

Frente a esta angústia, muitos profissionais da área da Saúde utilizam as leis como defesa para não entrar em contato com o conflito interno que tais situações podem provocar. Ou seja, resguardando-se pelo segredo profissional, não realizam a denúncia de um caso de um paciente que sofreu abuso sexual, ou, por outro lado, deixam de ver o paciente e fazem a denúncia, com base no dever legal estipulado no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Nestes casos, percebe-se que a vulnerabilidade do paciente e a quebra de confiança numa relação assimétrica importante não são consideradas. Qualquer uma destas posturas, quando não levam em conta a função da confidencialidade na relação profissional de saúde e paciente e não são pensadas de acordo com a beneficência do paciente, tornam-se posturas moralistas, não refletindo em uma atitude ética profissional.

### **3. OBJETIVOS**

---

## **OBJETIVOS**

Construir uma reflexão sobre Bioética e incesto, analisando a existência ou não da compreensão da função da confidencialidade para os profissionais de saúde que lidam com pessoas envolvidas em casos de abuso sexual intrafamiliar, na tentativa de avaliar os limites éticos destas intervenções.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Construir uma reflexão sobre Bioética e incesto, tendo como eixo teórico a Psicanálise, na tentativa de esclarecer, através da relação entre estas áreas, a constituição do “sujeito ético” e a importância das “funções” no desenvolvimento humano.
2. Construir uma reflexão sobre a função da confidencialidade na relação profissional de Saúde e paciente, focando na questão do atendimento a pessoas envolvidas em situações de abuso sexual.
3. Realizar, com o intuito de ilustrar a reflexão referente à confidencialidade e o atendimento a casos de incesto, uma pesquisa de campo com profissionais de Saúde que estejam sujeitos a atender este tipo de situação, considerando os seguintes itens:

- a. Avaliar as opiniões pessoais dos profissionais de saúde sobre o problema do abuso sexual intrafamiliar.
- b. Analisar experiências pessoais conhecidas ou vivenciadas de abuso sexual.
- c. Avaliar como são formuladas as suspeitas de abuso sexual em crianças e adolescentes recebidas pelos profissionais de saúde.
- d. Analisar procedimentos efetuados pelos profissionais e/ou instituição diante da suspeita de um caso de abuso sexual contra crianças e adolescentes.
- e. Avaliar quando e em que condições é feita a denúncia judicial de um caso de suspeita de abuso sexual contra crianças e adolescentes pelo profissional e/ou instituição.
- f. Avaliar quando e por que não é feita a denúncia judicial de um caso de suspeita de abuso sexual contra crianças e adolescentes pelo profissional e/ou instituição.
- g. Avaliar se a quebra do sigilo profissional ou a não quebra do sigilo (o fato de não denunciar) é embasada por questões éticas ou fatores emocionais justificados moral ou legalmente.



## 4. MÉTODOS

---

## MÉTODO

### REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA DOS ATENDIMENTOS DE FAMÍLIAS INCESTUOSAS

A reflexão apresentada no presente estudo é resultado dos questionamentos surgidos a partir da experiência de trabalho da pesquisadora no Centro de Estudos e Atendimento Relativos ao Abuso Sexual há cerca de 10 anos.

A experiência no CEARAS conta com o atendimento a famílias incestuosas e o estudo do fenômeno do incesto dentro de toda sua abrangência biopsicossocial.

O atendimento a famílias incestuosas extrapola o setting das sessões terapêuticas por ser um atendimento de Saúde vinculado a um atendimento da Justiça. A interface entre estes dois tipos de tratamento acarreta vários conflitos éticos, sendo o principal deles o conflito relacionado à confidencialidade e ao tratamento das informações recebidas dos pacientes que tem, nas duas instâncias citadas, significações, focos e objetivos diferentes.

Além de contar com a experiência do trabalho nesta articulação Saúde e Justiça, a pesquisadora participa também de um trabalho de articulação dentro de redes de serviços que atuam no atendimento a pessoas em situação de abuso sexual. A busca de trocas de informação com outras instituições que lidam com a questão do abuso sexual e mesmo a procura do CEARAS por estas como centro de referência para o

tratamento de casos de incesto tem demonstrado a dificuldade dos profissionais em trabalhar com estas questões.

Tais dificuldades refletem em “confusões” no atendimento às pessoas envolvidas em situações de abuso sexual, sendo a principal confusão a falta de limite das intervenções dos profissionais, sejam eles da área da Saúde ou da área da Justiça; as áreas fundamentais que tratam a questão.

É com base nesta experiência citada, compreendida e significada através do referencial psicanalítico, que irá se tecer a discussão deste estudo, ilustrado por uma pesquisa que visa mostrar o olhar para o incesto de outros profissionais de Saúde que não lidam especificamente com esta questão, mas que estão num ambiente propício a detectar tais situações. Além disso, como qualquer outro ser humano, os profissionais de Saúde estão sujeitos ao contato com tais situações, sejam elas no âmbito pessoal ou profissional.

## **PESQUISA**

### **CASUÍSTICA E MÉTODOS**

A metodologia utilizada constituiu-se por uma análise qualitativa de dados retirados de entrevistas a profissionais de saúde selecionados, aliados à reflexão teórica referendada pela Bioética e pela Psicanálise.

Pelo fato de a pesquisa ser utilizada como base para a reflexão teórica, não houve a intenção de realizar um estudo significativo quantitativamente, e sim uma abordagem mais profunda do problema a ser investigado.

De acordo com Minayo (2004):

Numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação.

#### **A) Seleção da população estudada**

De acordo com os objetivos da pesquisa, a população a ser estudada é a de profissionais da área de Saúde de um Hospital Geral, ou seja, que esteja aberto para atender todo o tipo de demanda de pacientes.

Existindo no Brasil, através do Estatuto da Criança e do Adolescente, a determinação legal de denúncia judicial de suspeitas de casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde, foram selecionados, portanto, os profissionais de Saúde de um Pronto Socorro Pediátrico enquanto profissionais que possam se deparar com tais situações e apresentar o conflito entre realizar a denúncia e manter o segredo profissional.

O estudo foi realizado no Pronto Atendimento Pediátrico do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

## **B) Amostra**

Foram entrevistados todos os profissionais que trabalham diretamente no atendimento a pacientes (médicos, enfermeiras, auxiliares e técnicas de enfermagem e assistentes sociais) no Pronto-Atendimento Pediátrico do Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da USP que se disponibilizaram a participar da pesquisa.

Não houve a preocupação de realizar uma seleção dos profissionais que trabalhavam no Pronto-Atendimento de modo a criar uma amostra homogênea quanto à identificação: idade, tempo de experiência, entre outros, pois o interesse da pesquisa era justamente avaliar como profissionais de diversas áreas da Saúde lidam com pacientes que vivenciam situações de abuso sexual, na hipótese de que o impacto causado pelo contato com este tipo de situação passa pelo âmbito emocional e independe destas características.

Para Minayo (2004), a abordagem qualitativa em geral não possui critérios numéricos, mas sim toma como critérios relevantes da escolha da amostragem da pesquisa a definição do grupo social relevante para as entrevistas de acordo com o objeto de estudo e a flexibilidade que possibilite incluir sujeitos e tentativas de abordagem de acordo com as descobertas de campo:

Como consequência, a amostragem qualitativa: (a) privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; (b) considera-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares, cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; (c) entende que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; (d) esforça-se para que a escolha do *locus* e do grupo de observação e informação contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa.”

(P. 102)

### **C) Coleta de dados**

Foram realizadas entrevistas livres com estes profissionais sobre o possível atendimento de pacientes crianças ou adolescentes com suspeita de abuso sexual e a forma de lidar profissionalmente com a situação nas diversas instituições para as quais os profissionais trabalhem ou tenham trabalhado e em consultório particular (caso o profissional exerça também esta atividade), além de incluir dados de identificação, como sexo, idade, região onde atua, ano de formação etc., que podem contar como variáveis da pesquisa.

A pesquisadora realizou todas as entrevistas dentro do ambiente e horário de trabalho dos profissionais. Houve um contato prévio da pesquisadora com os profissionais, que determinaram cada um, o melhor horário para esta ser realizada. O contato com os profissionais foi antecedido pelo contato com os chefes de cada grupo profissional (equipe dos médicos, Enfermagem e Serviço Social), que apresentaram o projeto de pesquisa ao grupo, fazendo a intermediação do contato da pesquisadora com os profissionais.

### **Instrumento**

As entrevistas livres de exploração foram escolhidas como o melhor instrumento para a coleta dos dados desejados.

Kahn e Cannell (1962) conceituam a entrevista de pesquisa como "conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a oferecer

informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”.

Para Minayo (2004), a importância da entrevista como um dos melhores instrumentos para a coleta de dados reside no fato de:

a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesmo um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. (p.109-10)

De acordo com a autora, os dados denominados “subjetivos”, ou seja, que se referem a atitudes, valores e opiniões do indivíduo só podem ser obtidos com a contribuição dos mesmos.

Segundo Conrandiopoulos et al. (1994), as entrevistas livres de exploração, também denominadas de entrevistas não-estruturadas, oferecem uma melhor possibilidade na coleta de dados subjetivos, que são os principais dados para a análise pretendida:

Na entrevista de exploração o pesquisador pede aos indivíduos para se expressarem livremente sobre a variável dependente. O papel do pesquisador no decorrer da entrevista se limita ao recolhimento da



informação, à estimulação da comunicação e a manter o fluxo de informações sobre as variáveis estudadas.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas, para que fossem analisadas através da técnica de análise de conteúdo.

A análise de conteúdo descrita por Bardin (2004) é um conjunto de técnicas de análise de comunicações com o objetivo de compreensão do sentido das comunicações, além de seu conteúdo manifesto:

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (p.37)

Quanto à técnica, a análise de conteúdo foi dividida em três fases:

1) a pré-análise, composta por atividades não estruturadas, mas que tem por objetivo a organização do material a ser explorado, que, nesta pesquisa, constou de transcrições de entrevistas não-estruturadas tendo alguns temas como referenciais. Faz parte desta pré-análise a leitura “flutuante” (analogia com a linguagem psicanalítica que refere a “atenção flutuante” do analista) das transcrições das entrevistas, sendo utilizados os

procedimentos de exploração para a formulação das hipóteses e dos objetivos da análise:

Enquanto os procedimentos de exploração, aos quais podem corresponder técnicas ditas sistemáticas (e nomeadamente automáticas), permitem, a partir dos próprios textos, apreender as ligações entre as diferentes variáveis, funcionam segundo o processo dedutivo e facilitam a construção de novas hipóteses.  
(p.93)

É nesse momento que são definidos os temas que foram encontrados nas entrevistas.

2) a análise qualitativa do material com base na pesquisa e análise dos temas encontrados nos discursos.

3) o tratamento dos resultados obtidos e interpretação utilizando-se para esta o referencial psicanalítico.

A Psicanálise, segundo Laplanche e Pontalis (1988), é uma disciplina criada por Freud e que pode ser entendida em três níveis: conjunto de teorias psicológicas e psicopatológicas, método de psicoterapia e método de investigação. Este último nível, que foi utilizado nesta pesquisa, é caracterizado como:

Um método de investigação que consiste essencialmente na evidenciação do significado

inconsciente das palavras, das acções, das produções imaginárias (sonhos, fantasmas, delírios) de um indivíduo. Este método baseia-se principalmente nas associações livres do indivíduo, que são a garantia da validade da interpretação. A interpretação psicanalítica pode estender-se a produções humanas para as quais não se dispõe de associações livres. (p. 495)

As variáveis analisadas neste estudo são:

#### **Dados de identificação**

- sexo
- idade
- área de formação
- tempo de formação
- tempo de atuação na área
- outras atividades profissionais na área de saúde

#### **Dados sobre a existência de suspeita de abuso sexual contra pacientes:**

- local do surgimento da suspeita: atendimento em consultório ou hospital ou outra instituição.
- dados na consulta que levaram à suspeita (existência de verbalização explícita da criança/adolescente ou dos pais ou responsáveis ou dos acompanhantes na consulta).

- dados na consulta que direcione a suspeita a algum membro da família ou pessoa conhecida ou estranha .
- suspeita de membro da família: nível de parentesco.
- circunstâncias da realização ou não da denúncia.

**Considerações pessoais sobre abuso sexual:**

- conceito pessoal de abuso sexual;
- sentimentos evocados pelo confronto com a situação de abuso sexual no ambiente profissional;
- considerações quanto à própria formação profissional no que se refere à preparação para o atendimento a casos de abuso sexual intrafamiliar.
- existência ou não de experiência pessoal de abuso sexual.

## CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo seguiu as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Para a realização deste estudo buscou-se a autorização do responsável pelo Pronto-Socorro do Hospital Universitário da USP e dos profissionais participantes.

As entrevistas foram realizadas após consentimento livre e pós-esclarecido dos profissionais que se disponibilizaram a participar deste estudo.

A pesquisadora colocou-se à disposição dos profissionais participantes para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa e, enquanto profissional do CEARAS, também se disponibilizou para os esclarecimentos possíveis sobre o trabalho em saúde mental realizado com pessoas envolvidas em situações de abuso sexual intrafamiliar, no que se referiu a possibilidade de mobilizações causadas pela pesquisa.

Foi garantida a preservação do sigilo dos dados coletados sobre os entrevistados, que não serão identificados.

Foi esclarecido a estes que poderão deixar de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo em relação aos esclarecimentos possíveis em torno do tema pela pesquisadora e profissional do CEARAS.

O projeto de pesquisa deste trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da FMUSP em março de 2004 sob o Registro CEP: 413/03 e, pela Comissão de Ética para Análise de

Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da USP, em abril de 2004 sob o número de protocolo 214/04.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

## **Resultados e Discussão**

### **A QUESTÃO DA CONFIDENCIALIDADE NO TRABALHO DO CEARAS**

A confidencialidade, enquanto característica principal da relação do profissional de saúde com o paciente, no CEARAS apresenta várias especificidades, pois os profissionais têm que lidar com vários tipos de segredo.

Por ser um trabalho clínico realizado com pacientes que tem um envolvimento em processos judiciais, e, aliás, que foram encaminhados ao CEARAS em decorrência destes processos, abre-se uma questão: como lidar com a informação trazida pelos pacientes que estão em atendimento em duas instâncias diferentes: a da Saúde e a da Justiça?

De acordo com a diferença de função dos profissionais do Fórum e do CEARAS, lida-se já aqui com dois tipos de segredo: o segredo de Justiça e o direito à privacidade do paciente.

Com relação ao segredo de Justiça, o acesso às informações das famílias que tem um processo judicial aberto no Fórum (no caso dos pacientes do CEARAS, principalmente nas Varas da Infância e Juventude e nas Varas de Família) é não só permitido, mas necessário a profissionais da área do Direito que estão trabalhando no processo. As informações recebidas pelos profissionais de saúde que atuam no Fórum (os nomeados peritos) são utilizadas para fornecer um conhecimento técnico da área da Saúde que sirva de suporte ao Juiz responsável pelo caso para que este



possa aplicar o conhecimento técnico da área do Direito. Ou seja, a relação do profissional de saúde com o indivíduo no Fórum tem como objetivo final a instrução do processo.

Já no trabalho clínico realizado no CEARAS, as informações recebidas dos pacientes tem o único objetivo de “instruir” a relação do profissional de saúde com o paciente, no sentido de cumprir a finalidade terapêutica, ou seja, auxiliar os pacientes a utilizar seus próprios recursos para o seu desenvolvimento e conseqüente desenvolvimento das relações que estabelecem com o mundo.

Compreende-se que o sigilo quanto a informações recebidas em um atendimento de saúde mental não atende apenas ao compromisso ético profissional, mas possibilita um fator primordial para a ocorrência de um atendimento terapêutico, que é a criação de um vínculo de confiança.

Principalmente em serviços que atuam conjuntamente com a Justiça, nos quais se encaixa o trabalho do CEARAS, há a grande preocupação em delimitar as funções dos profissionais de saúde envolvidos: a função pericial ou de avaliação e a função de tratamento, para que ambas possam ocorrer sem comprometimento de nenhuma delas.

Na experiência do CEARAS, percebe-se o quanto é complexo delimitar as funções dos profissionais de Saúde dentro de cada área, já que as duas instituições possuem profissionais de mesma área de formação, como é o caso dos psicólogos e assistentes sociais.

A vinculação do trabalho do CEARAS com a Justiça traz questões éticas que terão conseqüências no âmbito da confidencialidade, e, portanto,

necessitam ser trabalhadas na articulação das linguagens das instituições envolvidas. (Cohen e Gobbetti, 2006)

Destacam-se dois aspectos: a demanda para a terapia por parte das famílias e as diferentes concepções de abuso sexual.

No primeiro aspecto, a principal questão: qual é a demanda para a terapia de uma família na qual existem membros do grupo ameaçados pela possibilidade de reclusão ou perda de guarda de filhos encaminhada do Fórum para o CEARAS?

Na prática, percebe-se que são poucos os casos que já tem uma demanda própria para a terapia; na maioria deles, as pessoas nem conhecem a função de um atendimento em saúde mental e, visto a outras necessidades concretas reconhecidas pelos pacientes, a necessidade de uma terapia é bastante questionada, fazendo com que os pacientes cheguem ao CEARAS porque o “Fórum mandou”.

O encaminhamento dos pacientes pelas Varas de Infância e Juventude pode gerar a fantasia de que o CEARAS faz parte do sistema judiciário e que, portanto, as verbalizações sobre a relação incestuosa possam comprometê-los legalmente. Isto causa muitas vezes a negação da relação abusiva tanto por parte das pessoas que são denunciadas, quanto por parte das crianças e adolescentes envolvidos que temem as consequências da punição dos pais ou responsáveis recebidas através do sistema judiciário, o que torna ainda mais difícil o trabalho terapêutico.

A confusão, característica destas famílias, também auxilia na dificuldade de compreensão de que o Fórum e o CEARAS são dois serviços com funções distintas. Observa-se que a despersonalização dos

profissionais dos serviços é frequente; os pacientes trocam ou não lembram nomes, nem sabem a quem recorrer com questões práticas relativas a cada um dos serviços. Por exemplo, é comum que os pacientes peçam no Fórum para alterar a frequência ou os dias de atendimento no CEARAS e solicitem aos terapeutas do CEARAS que decidam sobre uma disputa de guarda.

A confusão faz parte também dos profissionais e limitar as funções terapêuticas do CEARAS é um trabalho constante da equipe e, só a partir deste, é possível trabalhar com os profissionais do Fórum com esta diferenciação de funções dos profissionais de mesma categoria. Ou seja, psicólogos e assistentes sociais tem funções distintas nos dois serviços. A clientela é diferenciada; enquanto para o CEARAS, a clientela são os pacientes, para o Fórum, a clientela é a Justiça, representada pela figura do Juiz.

Assim, compreende-se que diferenciar o trabalho terapêutico do trabalho pericial é de fundamental importância e faz parte da assimilação de funções.

Segundo Viaux (1997), a perícia é um momento breve e que não tem a pretensão de se aprofundar na psicodinâmica inconsciente como uma terapia. Trata-se apenas de esboçar um retrato psicológico da criança e tentar traçar uma explicação de seus comportamentos manifestos ou interiores no contexto das relações do abuso sexual e indicar um tratamento, quando necessário. “A perícia se dirige ao Juiz, não ao sujeito”. Ainda segundo o autor, a perícia não substitui nem contradiz a terapia:

Seu objeto é a avaliação, a vitimação, o contexto de desenvolvimento da personalidade, não um trabalho sobre a personalidade, pois existe a obrigação de restituição a um terceiro. Esse limite deve, aliás, ser anunciado de forma acessível ao sujeito (criança e família) para evitar precisamente passar de um procedimento a outro. (p. 131)

Desta forma, entendendo que o tratamento em saúde mental dependa da criação de um vínculo de confiança entre terapeuta e paciente, todas as informações recebidas pelas pessoas em terapia não são, de forma alguma, transmitidas aos profissionais do Fórum, pois esta quebra de sigilo resultaria no término do tratamento.

Só explicitando estas questões e internalizando os limites destas funções é que se pode realizar o trabalho terapêutico, que, inicialmente, baseia-se na sensibilização da família para o atendimento em saúde mental. Isto pode ser feito e é necessário, pois a saúde mental também é uma questão de subsistência, já que está implicada nas possibilidades da vida prática.

Além disto, uma outra dificuldade é delimitar a viabilidade do atendimento em saúde mental e qual o grupo familiar que vai ser atendido, já que a nossa definição de família não é formada por um critério objetivo, como o critério da consanguinidade.

Para o CEARAS, a relação sexual denunciada no Fórum é apenas o sintoma de uma família incestuosa e, portanto, nem sempre o foco do

tratamento recai sobre as pessoas envolvidas diretamente no processo. Assim, a avaliação de uma família para atendimento no CEARAS nada tem a ver com a avaliação judicial da ocorrência de um abuso sexual objetivo.

As funções de cada tipo de atendimento, tanto do CEARAS quanto do Fórum, tem que ser preservadas, de modo que não se perca o foco de cada Serviço.

Segundo Thouvenin (1997), interpretando a obra de Ferenczi, “Confusão de língua entre os adultos e a criança”, o abuso sexual intrafamiliar entre o adulto e a criança “trata-se de uma relação onde a violência passional é exercida por um simulacro de sexualidade genital”. (p.94)

São duas linguagens e duas funções diferentes que se encontram na sexualidade adulta e infantil. A falta de percepção destas linguagens diferentes ou a indiscriminação das funções é o que ocasiona a concretização do incesto.

Todo o tratamento que pode ser dado ao incesto perpassa a questão de duas linguagens e discriminação de funções. A impossibilidade de lidar com a discriminação das funções e das diferentes linguagens perpetua a violência.

A perversão das funções institucionais é um dos grandes riscos deste trabalho, que é um convite a atuações – a concretização do ato antiético.

As relações humanas se estruturam a partir de funções sociais pré-estabelecidas. As relações definidas como assimétricas, que tem como protótipo as relações entre pais e filhos, apresentam funções diferentes e

complementares que devem ser respeitadas para a estruturação psicossocial do indivíduo.

O que se observa no incesto é a destruição do funcionamento familiar, desaparecendo as funções de pai e de mãe, assim como a impossibilidade de estruturação da vida mental no indivíduo, o que lhe permitirá entender o mundo, não exclusivamente de um modo concreto, mas também poderá simbolizá-lo, transformando-se de objeto a sujeito da cultura.

A atuação dos desejos incestuosos é o paradigma do ato antiético, pois esta é a marca explícita da impossibilidade de discriminar as funções sociais. O que torna o indivíduo humano e ético, portanto, o ser bioético, é justamente lidar com as nossas pulsões e desejos, confrontando-os com a realidade, enquanto percepção do outro e das funções sociais.

A dificuldade de lidar com os próprios desejos incestuosos acaba se refletindo em outras relações e, no caso dos profissionais de saúde, o contato com pacientes que apresentam objetivamente este tipo de relação obriga o contato do profissional com os próprios desejos fazendo com que o mesmo negue a situação. Sendo assim, o abuso sexual que é mantido em segredo pela família, acaba tornando-se o grande segredo social.

A denúncia judicial pode auxiliar as famílias incestuosas a obterem ajuda no âmbito biopsicossocial, pois é através da Justiça que a família acaba obtendo um limite externo ao tipo de relação destrutiva que os membros do grupo vinham mantendo. Se a denúncia não é feita, ou se ela é feita da forma errada, esta pode se tornar tão ou mais violenta que a própria relação incestuosa.

Desde o início do funcionamento do CEARAS (junho de 1993) até dezembro de 2005 foram realizadas 226 triagens de famílias que tiveram uma denúncia judicial referente a um abuso sexual ocorrido entre membros de uma família.

A maioria das denúncias destas famílias é realizada por pessoas da família ou por vizinhos; isto ocorreu em 85% dos casos da amostra citada acima. O restante é denunciado por Instituições, como escolas e hospitais. Dentro destes 15% de denúncias de instituições, 53% são denúncias realizadas por hospitais, representando uma parcela ínfima do total de denúncias (inferior a 8%).

Considerando a dificuldade de os membros da própria família realizarem a denúncia e mesmo de terceiros (enquanto cidadãos) não respaldados por instituições, nota-se o quanto as Instituições que tem contato com estes casos contribuem para manter o segredo do incesto.

Percebe-se, através da prática profissional que, racionalmente, os profissionais que trabalham em tais instituições podem justificar a dificuldade de denunciar pelo medo de se envolver com a Justiça ou por falta de conhecimento das leis. O que se entende é que a negação atua como mecanismo de defesa nestes casos, impedindo o profissional de atuar dentro de sua função.

## PESQUISA

Cabe inicialmente citar algumas observações sobre o andamento e as dificuldades de realização desta pesquisa como dados importantes frente aos questionamentos realizados neste trabalho. A aprovação do projeto de pesquisa nas instâncias administrativas teve uma duração prolongada, sendo colocados vários obstáculos à sua realização. A realização da pesquisa em outro hospital universitário foi negada pela Instituição, que alegou como fator principal a ausência de atendimentos de casos de abuso sexual no Serviço. Este foi um primeiro dado em relação à dificuldade em se tratar do tema abuso sexual; mesmo entre os profissionais de Saúde, o “segredo” que circunda o abuso sexual parece se manter. Entendeu-se que estas dificuldades não perpassam o âmbito pessoal, mas sim, institucional e social.

O Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo pareceu cercar-se de cuidados com os profissionais de Saúde que seriam os prováveis sujeitos da pesquisa, solicitando vários esclarecimentos à pesquisadora. De qualquer forma, o trabalho foi aceito e a pesquisadora, bem recebida durante todo o andamento da pesquisa, que contava realmente com uma inclusão da pesquisadora no ambiente de trabalho destes profissionais.

As entrevistas foram realizadas no Pronto-Atendimento Pediátrico nos meses de junho, julho e agosto de 2004. Foram entrevistados 39 profissionais, incluindo os médicos, enfermeiras, assistentes sociais e auxiliares de enfermagem do Pronto-Atendimento Pediátrico. Cabe aqui



esclarecer que o Serviço Social atende todo o hospital, não sendo, as assistentes sociais, profissionais exclusivas da Pediatria ou do Pronto-Socorro, mas esta categoria profissional foi incluída na pesquisa por ter um papel determinante na realização das denúncias judiciais.

Houve uma porcentagem de recusas de participação próxima a 10% entre os profissionais consultados (43 profissionais estavam atuando no Pronto-Atendimento no período da pesquisa).

### **IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA**

10 médicos (2 do sexo masculino e 8 do sexo feminino)

Idades entre 30 e 50 anos. (Média: 36,7 anos)

07 enfermeiras (todas do sexo feminino)

Idades entre 23 e 41 anos. (Média: 31,5 anos)

16 auxiliares/técnicas de enfermagem (todas do sexo feminino)

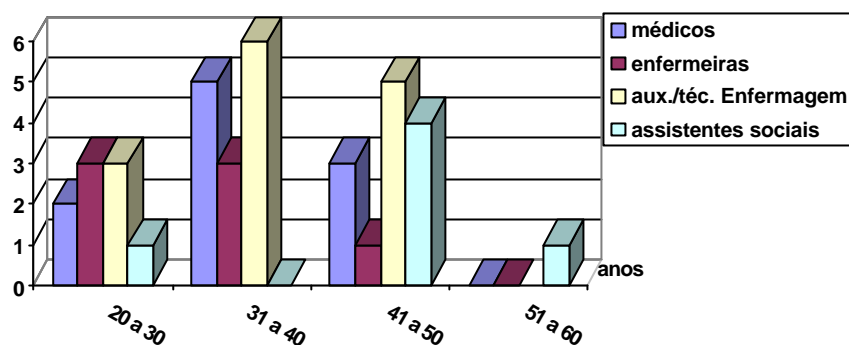
Idades entre 24 e 55 anos. (Média: 41 anos)

Obs.: as auxiliares e técnicas de enfermagem não foram discriminadas neste estudo por apresentarem a mesma função na relação com os pacientes do hospital.

06 assistentes sociais (todas do sexo feminino)

Idades entre 26 e 50 anos. (Média: 44,5 anos)

Gráfico 1 - Distribuição dos profissionais por idade



Tempo de Formação: Todos os profissionais entrevistados eram formados há mais de 2 anos no momento da entrevista, mas a maioria (61,5%) já tinha mais de 10 anos de formação.

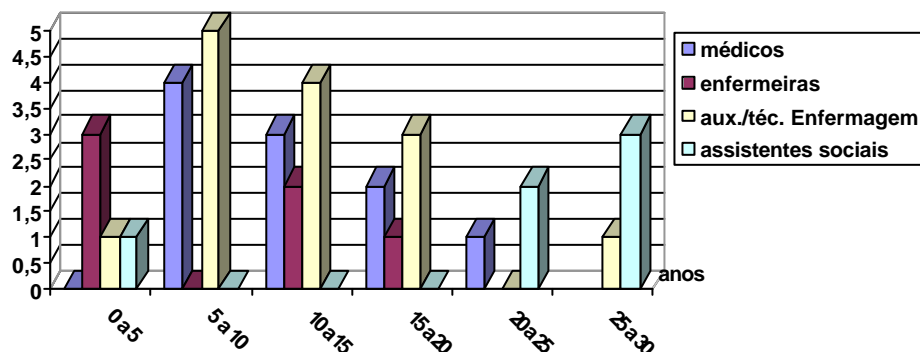
Médicos: 5 a 25 anos. (Média: 13,1)

Enfermeiras: 2 a 17 anos (Média: 8)

Auxiliares/Técnicas de Enfermagem: 4 a 25 anos (Média: 11,5)

Assistentes Sociais: 3 a 28 anos (Média: 20)

Gráfico 2 - Distribuição dos profissionais por tempo de formação



Grande parte destes profissionais já trabalhou em outras instituições de Saúde ou ainda trabalham em outros locais paralelamente ao trabalho do Hospital Universitário. Apenas 20% dos profissionais contam com experiência profissional exclusiva no Hospital Universitário, sendo estes pertencentes aos outros três grupos de formação com a exclusão do grupo dos médicos. Todos os médicos contam com outras experiências profissionais além do trabalho no Hospital Universitário, seja ela atual ou anterior.

### ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

As entrevistas contaram com uma duração média de 35 minutos, sendo que houve variação da média de tempo de acordo com a categoria profissional.

A duração média da entrevista por categoria profissional foi:

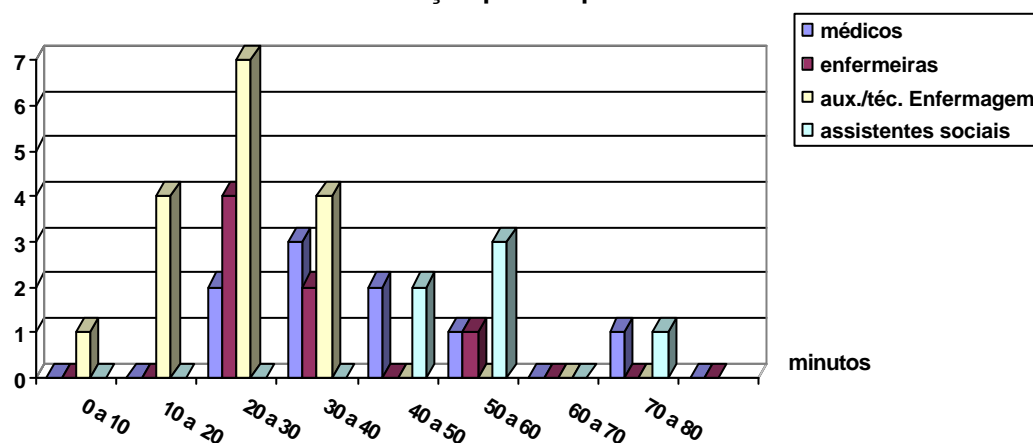
Médicos: 45 minutos.

Enfermeiras: 25 minutos

Técnicas e Auxiliares de Enfermagem: 22 minutos

Assistentes sociais: 50 minutos

**Gráfico 3 - Distribuição por tempo de entrevista**



Cabe aqui esclarecer que o tempo diferenciado das entrevistas deu-se de acordo com a disponibilidade para falar no assunto por parte dos profissionais. À pesquisadora, coube a estimulação da comunicação sobre o tema, procurando abranger as variáveis pretendidas; esta estimulação foi feita da mesma forma para todos os grupos profissionais.

De acordo com Minayo (2004), nas entrevistas não-estruturadas ou abertas, modelo de entrevista que foi utilizado nesta pesquisa, o pesquisador utiliza um roteiro como orientação para a entrevista, nunca como limitação. Nestes casos, são sempre os entrevistados que definirão a ordem e a ênfase dos assuntos abordados.

Notou-se, através dos discursos apresentados nas entrevistas, que as assistentes sociais eram consideradas as responsáveis pelas questões referentes à denúncia e os médicos, os responsáveis pelas formulações de suspeitas de abuso sexual em pacientes. Tal fato pode explicar a diferença do tempo despendido pelos profissionais das quatro áreas para falar sobre o tema.

No entanto, o discurso dos profissionais pareceu incongruente com a realidade apresentada, pois apesar de a equipe de auxiliares e técnicas de Enfermagem manter um discurso de que a relação com os pacientes era de apenas fazer os procedimentos solicitados pelos médicos e enfermeiras, foi percebido que as suspeitas de abuso sexual, muitas vezes, quando não chegavam no hospital como a queixa principal, tinham sido formuladas por elas.

Na fase de pré-análise das entrevistas foram encontrados nos discursos os seguintes assuntos (subtemas) que foram reunidos em três

grandes temas, que já constavam na metodologia como as variáveis a serem buscadas no estudo:

### **1) Percepção de suspeita de abuso sexual em pacientes.**

- a. atendimento a pacientes em situações de abuso sexual
- b. local de atendimento destes pacientes (consultório particular, hospital ou outras instituições)
- c. abuso sexual como queixa principal que le vou a busca do atendimento
- d. formulação de suspeitas de situações de abuso sexual em pacientes que buscavam o atendimento por outras queixas
- e. observação, por parte do profissional, do tipo de abuso sexual (intrafamiliar ou praticado por estranhos) relatado por paciente ou familiar.

### **2) Denúncia de suspeitas de abuso sexual.**

- a. realização de denúncias de suspeitas de abuso sexual por parte dos profissionais de saúde.
- b. não realização de denúncias de suspeitas de abuso sexual por parte dos profissionais de saúde.
- c. participação da equipe de saúde frente às denúncias judiciais.
- d. considerações dos profissionais de saúde frente ao segredo profissional e à confidencialidade no atendimento a situações de abuso sexual.

### **3) Considerações pessoais sobre abuso sexual**

- a. conceitos pessoais de abuso sexual.
- b. julgamentos de valor frente a situações de abuso sexual.

preparação pessoal e profissional para o atendimento a pacientes em situações de abuso sexual.

c. experiência pessoal ou vivência de abuso sexual.

### **Percepção de suspeita de abuso sexual em pacientes**

A maioria dos profissionais entrevistados relatou, em sua experiência profissional, ter atendido pelo menos um caso de suspeita ou queixa de abuso sexual em relação a crianças e adolescentes (90% dos profissionais). Confirmando a hipótese anterior do envolvimento diferenciado dos profissionais na relação profissional de saúde-paciente e a responsabilidade pela denúncia, tanto os médicos como as assistentes sociais, em 100% das entrevistas relataram já ter atendido pacientes com queixas ou suspeitas de estarem envolvidos com situações de abuso sexual.

É importante ressaltar que nem sempre a percepção de ter atendido um caso de suspeita de abuso sexual surgia no início da entrevista. Muitos profissionais “lembravam” que já tinham atendido um paciente com suspeita de abuso sexual no decorrer da entrevista quando era indagado pela entrevistadora sobre a possibilidade de terem atendido pacientes nas condições que eles próprios citavam como indicativos de suspeita.

*“Que eu me lembre, abuso declarado mesmo, eu nunca atendi”. (início da entrevista)*

*“Agora no sentido clínico, uma criança que chega com corrimento, alguma coisa patológica diferente do habitual, a gente tem que estar antenado. Por exemplo, corrimentos como monilíadise, tricomoníase, isso não existe em criança, isso aí é uma coisa que você tem que pesquisar.” (dados indicativos de uma suspeita de abuso)*

*(Mas você já viu alguma criança com alguns desses sinais clínicos?)*

*“Puxa, olha, falando assim, eu realmente não me lembro. Ah, vi. Vi um nenê de um aninho com um condiloma peniano. Eu lembro disso. E isso aí, não tem nem o que discutir. Isso aí tem que mesmo pesquisar abuso sexual. Isso aí foi encaminhado para a assistente social e teve um seguimento. Essas lesões que estão totalmente fora da faixa etária têm que ver mesmo.”*

*(Médico/a)*

As situações de suspeitas ou queixas de abuso sexual em pacientes relatadas pelos profissionais foram, em sua grande maioria, atendidas em hospitais (no próprio Hospital Universitário e/ou outros hospitais).

Com exceção de uma situação relatada por um profissional da equipe médica, não houve, por nenhum outro médico, a percepção de alguma suspeita de abuso sexual em consultório particular (80% dos médicos entrevistados já atenderam ou atendem em consultório particular). Tal dado contrasta com a verbalização dos médicos que sugere ser o Pronto-Socorro um local de difícil identificação de suspeitas de abuso sexual, pois as consultas contam com um tempo curto de atendimento, além da rotatividade dos profissionais no serviço, fatores que ocasionariam uma “dificuldade” de formação de vínculo com os pacientes.

*"A consulta do Pronto-Socorro peca pelo vínculo com o paciente que tem que ser feito muito rápido e, então, determinados assuntos são difíceis de abordar".*



*“Se a gente percebe, então a gente tente resgatar a história, mas é muito difícil; não é logo na primeira, nem na segunda vez, às vezes fica internado mais de dias e aí acaba confessando que realmente tem alguma coisa. Mas isso, para Pronto Socorro é uma coisa complicada.”*

*“O Pronto Socorro tem um ritmo alucinante. A gente não consegue fazer vínculo com o paciente. A não ser que você atenda no Pronto Socorro e tenha um ambulatório de segmento do caso”.*

Até justificadas por este atendimento "rápido" e sem formação de vínculo entre profissional e paciente, a maioria das suspeitas de abuso sexual relatadas pelos médicos eram obtidas através da verbalização dos acompanhantes das crianças e adolescentes, ou seja, estas suspeitas, na verdade, eram trazidas como queixas dos pacientes para as consultas.

*"Estas situações chegam ao Pronto-Socorro com a queixa de suspeita de abuso sexual."*

*"Por este contato ser rápido, ser Pronto-Socorro, a gente acaba se ligando mais a isso, à lesão e à história."*

Segundo os relatos dos médicos, muitas vezes, as crianças/adolescentes eram levados para o hospital para a confirmação das suspeitas.

*“Uma vez também atendi um adolescente, que a mãe veio e ele estava embriagado. Ele veio com os pais e eles vieram com uma suspeita; queriam saber se tinha tido abuso sexual também.”*

*“Muitas vezes a família chega com suspeita, porque deixou a criança sozinha e acha que alguém pode ter molestado a criança.”*

*“Como na maioria das vezes que vi, a mãe já trazia a queixa, ela estava querendo apenas confirmar se tinha acontecido o abuso mesmo.”*

Foram poucas exceções em que os profissionais do Pronto-Socorro formularam uma suspeita de abuso sexual sem que houvesse essa queixa do acompanhante, geralmente a própria mãe. Quando estas suspeitas surgiram no Pronto-Socorro, foram ocasionadas pela percepção dos profissionais de saúde de lesões na região genital de crianças e adolescentes.

*“Geralmente, a queixa já vem ao Pronto-Socorro. A não ser que tenha uma lesão... Sem lesão, como é que você vai suspeitar disso? Praticamente impossível, não vejo como.” (Médico/a)*

*“Atendi suspeitas. Algumas suspeitas, quando a mãe vem e fala...”  
(Médico/a)*

*“Só atendi algumas suspeitas de abuso que a mãe traz do tipo: ‘alguém mexeu...’ ”. (Médico/a)*

*“É, dos casos que vi, a mãe ou outro acompanhante trazia dizendo que a criança tinha sido abusada”. (Enfermeira)*

*“Eu acho que o mais comum é chegar contando, ou suspeitando pelo abuso, pelo abuso.” (Assistente Social)*

Algumas das profissionais que atuam como técnicas/auxiliares de enfermagem já formularam uma suspeita de abuso sexual em pacientes durante os atendimentos e relataram aos médicos.

*“Não sei... criança, às vezes, a gente vai passar uma sonda e acha que está meio lacerada: ai, será? A gente comunica ao médico.”*

Embora sejam estas profissionais que formulam a suspeita independentemente do discurso dos pacientes referentes a queixas diretas de abuso sexual, elas não reconhecem essa possibilidade de percepção, acreditando que apenas os médicos é que sabem deste tipo de situação. Esta opinião é compartilhada pelos outros profissionais da equipe.

*“A mãe conta para o médico, não para a gente” (Técnica/Auxiliar de enfermagem)*

*“Nós já atendemos, mas não que eu fiquei sabendo assim... já tinha alguém que descobriu, um médico... aí passa para a gente: ‘olha, aconteceu assim, assim, assim com esse paciente’.” (Técnica/Auxiliar de enfermagem)*

*“Quem identifica, realmente, ah... 99% é o pediatra da emergência de pediatria. Eles é que identificam tanto a questão do abuso, né, quanto a da violência. Toda a questão de violência com a criança normalmente é o pediatra que identifica.” (Assistente Social).*

A grande maioria dos casos relatados pelos profissionais foi de crianças que chegaram ao hospital com a suspeita de abuso sexual cometido por pessoa próxima, quase sempre um parente e, em sua maioria, este parente era o pai ou o padrasto.

*“Ou alguém da família ou alguém que mora próximo, toma conta, geralmente alguém próximo da criança.” (Médico/a falando sobre os casos de abuso sexual que atendeu)*

*“Olha... provavelmente... esta menina... aconteceu assim: ou foi da família ou alguém bem próximo, né? Quer dizer, onde ela devia estar segura, né?” (Auxilia/Técnica de Enfermagem)*

*“O último caso que eu lembro de ter atendido foi de um primo, mas já tivemos casos de pais e também de padrastos.” (Assistente Social)*

*“Eu perguntei se foi alguém da família e ela falou que foi, mas não referiu o grau de parentesco da pessoa.” (Enfermeira falando sobre uma situação de abuso)*

Houve poucos relatos de atendimento a crianças e adolescentes, nos quais as queixas tratavam de abuso sexual cometido por estranhos. Estes relatos, no entanto, eram trazidos pelos profissionais com maior facilidade; inclusive, como exemplo, um relato específico de um caso de estupro contra uma adolescente cometido por estranhos foi verbalizado por vários profissionais do Pronto-Atendimento.

Embora nenhum profissional tenha relatado ter formulado uma suspeita de abuso sexual com dados subjetivos fornecidos pelos pacientes, alguns dados frente a atitudes da criança, característicos de uma excessiva “introversão”, foram relatados por muitos profissionais como comportamentos sugestivos de crianças que foram abusadas sexualmente.

*“Uma das coisas que eu acho que eu pensaria em uma situação de abuso sexual é mais em relação à atitude da criança, uma criança muito introvertida, muito quietinha, ou uma criança que olha para um adulto e chora talvez me fizesse pensar nisso.” (Médico/a)*

*“Clinicamente, claro, é uma criança mais amedrontada, ou então, as crianças maiores, muito quietas. Então, tudo o que os pais falam: é uma criança muito introvertida. Não introvertida de timidez, mas aquela “eu não posso falar”. (Médico/a)*

*“Outra coisa é a história, a atitude da criança... às vezes é uma criança grande que tem dificuldade de contato, que tem uma atitude fechada, então, assim você fica atento em relação a agressão e abuso” (Médico/a)*

*“Se a criança é muito fechada, a gente procura ver o que acontece, o que está acontecendo.” (Médico/a)*

*“Essa retração, às vezes, a criança é um pouco tímida, mas você percebe que ela tem medo de ser tocada, tem medo de falar. Assim, a gente pergunta: não responde ou responde alguma coisa que não é muito clara.” (Enfermeira)*

De acordo com Nathanson (1997), a hospitalização de crianças e adolescentes em situações de abuso sexual é um paradoxo, pois “o hospital é feito para as crianças doentes e, na maioria dos casos, as vítimas de abuso sexual não são doentes”, além de a maioria não apresentarem lesões orgânicas que necessitem de uma hospitalização. Ainda assim, se o hospital tiver uma equipe bem preparada, estará apto a uma boa acolhida da criança/adolescente e a uma boa avaliação da situação, sendo capaz de realizar uma orientação para uma solução adequada.

Para que esta acolhida ocorra, os profissionais têm que estar preparados para uma escuta de abuso sexual. Como a maioria dos casos de abuso sexual relatados ocorre entre pessoas de uma família, isto significa que os profissionais, ao se depararem com as situações de incesto, vão

remontar aos próprios conflitos internos frente aos desejos incestuosos e à necessidade de repressão destes frente à inserção social.

A dificuldade dos profissionais de formularem uma suspeita de abuso sexual em pacientes pode ser facilmente compreendida pelo que estes casos mobilizam emocionalmente os profissionais.

Esta dificuldade em lidar com o abuso sexual infantil não é recente e há críticas inclusive ao próprio Freud, responsável por desvendar a existência do inconsciente e da sexualidade infantil, a respeito de seu abandono da “teoria da sedução”. Acredita-se que esta dificuldade teria levado Freud a abandonar sua teoria sobre a etiologia da histeria e de outras psiconeuroses.

No seu artigo “A etiologia da histeria”, de 1896, Freud descreveu que por trás de todo sintoma histérico, havia uma experiência sexual abusiva ocorrida na infância e que esta poderia ser reavivada por uma experiência sexual, até de menor importância, ocorrida na puberdade.

As experiências sexuais infantis que consistem na estimulação dos órgãos genitais, em atos semelhantes ao coito, e assim por diante, devem portanto ser consideradas, em última análise, como os traumas que levam a uma reação histérica nos eventos da puberdade e ao desenvolvimento dos sintomas histéricos. (p. 191)

Freud falou nesta obra sobre a frequência destas experiências sexuais infantis: “Parece-me certo que nossos filhos são muito mais

frequentemente expostos a ataques sexuais do que nos levariam a esperar as escassas precauções tomadas pelos pais a esse respeito”. Cita, inclusive, que esta poderia ser uma crítica a sua teoria, já que existiriam muito mais pessoas com lembranças de abusos sexuais na infância do que pessoas com sintomas histéricos. Em sua argumentação, Freud defendeu-se alegando que estas experiências seriam o pré-requisito para a formação dos sintomas, mas que, sozinhas, não os determinariam.

Enfim, Freud justifica sua teoria pelos achados em estudos de caso de dezoito pacientes com histeria pura e histeria combinada com obsessões, nos quais destacou três grupos de experiências sexuais na infância;

1º grupo - ataques, situações únicas ou isoladas, de abuso sexual praticado por estranhos sem o consentimento da criança;

2º grupo - “casos muito mais numerosos em que um adulto que cuidava da criança - uma babá, uma governanta, um tutor ou, infelizmente, com frequência grande demais, um parente próximo - iniciou a criança no contato sexual e manteve com ela uma relação amorosa regular”;

3º grupo - relações sexuais entre duas crianças de sexos diferentes, geralmente entre irmãos. Freud ressaltou que, muitas vezes, estas sempre eram precedidas por situações de sedução do menino por uma figura do sexo feminino.

Freud abandonou esta teoria no ano seguinte, considerando a possibilidade de cenas fantasiadas como causadoras do trauma na infância. Em seu artigo de 1914, “Contribuição à história do movimento psicanalítico”, Freud aponta sua posição quanto à força da realidade psíquica: “Se é verdade que as histéricas relacionam seus sintomas a traumas fictícios, o



fato novo é que elas fantasiam tais cenas; é portanto necessário levar em consideração, ao lado da realidade prática, a realidade psíquica”.

Segundo Laplanche e Pontalis (1984), o abandono da teoria da sedução como teoria da etiologia das psiconeuroses foi um passo decisivo na teoria psicanalítica e na construção das noções de fantasma ou fantasia inconsciente, de realidade psíquica e de sexualidade infantil, mas segundo os autores, “Freud, até o fim da vida, nunca deixou de sustentar a existência, a frequência e o valor patogênico das cenas de sedução efetivamente vividas pelas crianças” (p. 438)

Ferenczi retomou a teoria da sedução em seu clássico trabalho de 1932: “Confusão de língua entre os adultos e a criança” (Ferenczi, 1992), por conta de fracassos terapêuticos ou resultados incompletos do analista conseqüentes da negligência ao fator traumático exterior.

Em primeiro lugar, pude confirmar a hipótese já enunciada de que nunca será demais insistir sobre a importância do traumatismo sexual como fator patogênico. Mesmo em crianças pertencentes a famílias respeitáveis e de tradição puritana são, com mais frequência do que se ousaria pensar, vítimas de violências e de estupros. São ora os próprios pais que buscam um substituto para suas insatisfações, dessa maneira patológica, ora pessoas de confiança, membros da mesma família (tios, tias, avós), os preceptores ou o pessoal doméstico que abusam da ignorância e da

inocência das crianças. A objeção, a saber, que se trataria de fantasias da própria criança, ou seja, mentiras históricas perdem lamentavelmente sua força, em consequência do número considerável de pacientes, em análise, que confessam ter mantido relações sexuais com crianças. (p. 101)

A negligência do analista é considerada por Ferenczi como resultado de sua própria resistência. Através da “hipocrisia profissional”, a frieza no trato analista-paciente, sem a exposição do incômodo contratransferencial trazido pela reprodução do trauma por parte do paciente, inibia o mesmo, fazendo com que este se identificasse com o analista (com suas resistências) e não o criticando quanto a sua interpretação errônea de fantasias a fatos vividos concretamente.

Segundo Ferenczi, a capacidade do analista de admitir os próprios erros e reconhecer junto ao paciente o incômodo contratransferencial enquanto resistência e incômodo pessoal possibilita o ganho da confiança do paciente:

Essa confiança é aquele algo que estabelece o contraste entre o presente e um passado insuportável e traumatogênico. Esse contraste é indispensável para que o passado seja reavivado, não enquanto reprodução alucinatória, mas como lembrança objetiva. (p. 100)

O abandono da teoria da sedução por parte de Freud é um importante marco da teoria psicanalítica, mas acabou significando um corte da experiência externa no desenvolvimento da sexualidade infantil. A negação da teoria da sedução diminuiu a importância das experiências externas, já que a percepção dos fatos lembrados pelos pacientes passou a ser compreendida como cenas fantasiadas.

Compreende-se a importância e a força da realidade psíquica, mas também se conhecem os estragos causados pelo impacto da fantasia vir de encontro com a realidade.

O fato é que muitos profissionais, principalmente da área de saúde, ainda hoje, não conseguem escutar as vivências de abuso sexual relatadas por pacientes e buscam apoiar-se nesta teoria do abuso sexual na infância como cena fantasiada, causando a falência na relação profissional-paciente.

Não se sabe ao certo o que ocasionou o abandono da teoria da sedução por parte de Freud, mas pode-se afirmar que esta resistência e a manifesta repulsa que permeia estes casos também é universal.

### **Circunstâncias da realização ou não da denúncia de suspeitas de abuso sexual.**

Os profissionais não apresentaram, nas entrevistas, conflitos frente à realização de uma denúncia judicial; todos, com exceção dos profissionais do Serviço Social (setor encarregado de fazer oficialmente as denúncias), demonstraram estar alheios a esta questão, muitas vezes desconhecendo os mecanismos que o Hospital utiliza para a realização das denúncias, não se sentindo, portanto, comprometidos com a quebra do sigilo profissional face ao dever legal.

As auxiliares e técnicas de Enfermagem, embora também tenham contato direto com os pacientes, são as profissionais que não tem contato direto com o Serviço Social; relataram não interferir e também não conhecer os procedimentos efetuados com os pacientes com suspeitas de abuso sexual.

No caso de percepção de suspeita de abuso sexual por uma profissional dessa área, estas relataram comunicar a suspeita a profissionais da Enfermagem ou aos médicos e não ter a mínima informação sobre o prosseguimento dos casos.

*“A gente comunica para a enfermeira ou para o médico. Aí, o médico conforme... o médico ou a enfermeira vai estar encaminhando o caso para a assistente social.”*

Embora relatem ter menor conhecimento do atendimento como um todo aos pacientes, a maioria (82%) relatou já ter atendido uma criança ou adolescente com queixa de abuso sexual. As profissionais chegaram, inclusive, a relatar que formularam algumas suspeitas em casos nos quais a queixa que levava a criança ou adolescente ao Hospital era outra. Assim, o discurso impregnado pelo limite da função (efetuar os procedimentos técnicos que lhe são requisitados) parece ser uma defesa frente a um tipo de atendimento reconhecido como conflituoso.

*"A minha parte no atendimento seriam os primeiros cuidados... seria pulsionar a veia, dar medicação se fosse necessário, ou, no caso, uma limpeza íntima. Agora, conversa, ou tipo saber essas coisas eu nunca... já ouvi casos, mas nunca fui aprofundar, saber o que foi, como foi."*

*"É um atendimento diferente para mim, porque é muito difícil entrar na minha cabeça... um adulto sabe o que está fazendo, pode ter prazer ou não, a criança não sabe".*

*"Tem muita dor, muito sofrimento, prefiro não atender."*

*"É difícil abordar... A gente sempre fala: oi, tudo bem? Nesses casos não se pode falar isso, pois a gente sabe que eles não estão bem."*

Essa condição também não é muito diferente entre os médicos e enfermeiras, que alegam não saber sobre a denúncia destes casos que são

encaminhados ao Serviço Social ou mesmo sobre o encaminhamento a outros setores do hospital.

*"A gente no Pronto-Socorro não faz o seguimento... A gente faz a parte médica, então faz um bom exame físico, solicita a avaliação de especialistas, ginecologistas e urologistas. A partir daí, a Assistente Social entra em ação." (Médico/a)*

*"Eu sei que tem toda uma parte burocrática, né, para você entrar com o uso de antiretroviral e tudo mais. Nesse caso, acredito que a criança tem que ficar tomando até ter todas as sorologias negativas porque tem a janela imunológica... eu não sei te dizer, eu ignoro se o ambulatório faz esse tipo de atendimento. (Médico/a falando sobre contracepção e prevenção de HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis em casos de abuso sexual).*

*"Se eu perceber que está acontecendo alguma coisa errada, eu vou comunicar o Serviço Social, o Serviço Social vai estar investigando, fazendo entrevista..." (Enfermeira)*

*"O Serviço Social que geralmente cuida dessa parte de ... a parte legal, de comunicar Juizado, de ver qual a real ... a veracidade dos fatos." (Enfermeira)*

Ficou explícito em todos os discursos que saber sobre a continuidade do tratamento ou sobre a denúncia judicial seria consequência da

curiosidade do profissional que fez o primeiro atendimento; não faz parte da rotina do Pronto Socorro. Também ficou claro que os profissionais, especificamente nos casos de abuso sexual, não desejam saber sobre a continuidade desses atendimentos, diferentemente de outros atendimentos em que a questão principal se tratava de uma doença física.

*Não, se você tem a curiosidade de saber, não é uma coisa que é... obrigatoriamente... se sabe. Isso é se você tem a curiosidade de saber, você acaba perguntando. (Médico/a falando sobre o seguimento de casos que vão para o ambulatório)*

*“Só se nós perguntarmos. Não existe uma rotina estabelecida, formal em que a gente consiga... que nós saibamos o que foi que aconteceu.”  
(enfermeira falando de casos encaminhados ao Serviço Social)*

A argumentação racional, ou seja, manifesta, sobre a dificuldade de realizar uma denúncia vem sempre permeada pela “confusão de funções” de profissionais de Saúde e de Justiça. Comunicar uma suspeita de abuso sexual em um paciente por um profissional de Saúde vem, geralmente, misturada a um “papel policial”.

*“Eu acho difícil. Você acusar o pai ou a mãe e, de repente, não está acontecendo nada... é muito grave, acho muito grave. Acho que gera um trauma, tanto para a família quanto para a criança. Por outro lado, se*

*realmente for, vai estar beneficiando a criança por estar afastando o agressor.” (Enfermeira)*

Com relação ao segredo profissional, ficou claro que os profissionais não apresentam um conflito, pelo menos consciente, com relação à realização da denúncia judicial frente à quebra do segredo profissional.

*“A quebra do segredo é necessária, porque a gente precisa acionar o sistema. Até pelo Código de ética Médica, você tem que quebrar o sigilo.” (Médico/a)*

*“Toda a vez que tem o risco de vida, eu me sinto bem em quebrar o sigilo, eu não tenho nenhum problema com isso.” (Médico/a)*

No entanto, apareceu bastante nas entrevistas a preocupação dos profissionais em guardar segredo das informações recebidas pelos pacientes dos outros profissionais da equipe.

*“Eu...gozado... fazer essa comunicação... eu não vejo como quebra de sigilo, não vejo mesmo. Pra mim é bastante claro a proteção desta criança. A notificação é lei. Pro Fórum, eu não vejo como...sabe o que eu vejo como quebra de sigilo: é quando a equipe quer discutir muito aquele caso. Essa discussão... tipo assim: ‘o que você vai fazer com aquele caso?’ ” (Assistente Social)*



O que faz os profissionais de saúde realizarem ou não uma denúncia referente ao abuso sexual sofrido por uma criança ou adolescente?

No “Guia escolar - métodos para a identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes”, os autores respondem esta questão com relação aos educadores, profissionais também considerados como responsáveis por este tipo de denúncia segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente.

São considerados 5 itens:

a. resistência psicológica e emocional - “muitos educadores também vivenciaram situações de abuso e, inconscientemente, resistem relembrar esses momentos difíceis”;

b. falta de percepção das situações de abuso e informação sobre como proceder - falta de orientação para identificar uma ocorrência de abuso e para encaminhá-la;

c. falta de tempo - os educadores podem se omitir por saberem que as ações de proteção à criança e responsabilização do agressor demandam tempo;

d. medo de se envolver em complicações - “muitos educadores tem medo de complicações com as famílias da criança e do agressor;

e. falta de credibilidade na polícia e na Justiça - os educadores não acreditam que a notificação possa garantir a proteção da criança e a responsabilização do agressor.

Este trabalho direcionado aos educadores reforça o segundo item, considerando-o como o fator mais importante na omissão destes profissionais.

No trabalho com profissionais de Saúde, nota-se que o item mais importante é o primeiro, que está relacionado à resistência do profissional em encarar suas próprias vivências internas em relação ao incesto.

Os outros itens podem ser considerados como uma racionalização do problema (explicação moral, social), mas como pode ser observado nesta pesquisa, não apareceu no discurso dos profissionais entrevistados. Aliás, racionalmente, todos os profissionais pareceram ter bem claros quais são as definições de abuso sexual e quais os dados que poderiam ser observados enquanto indicativos da ocorrência de um abuso sexual.

A defesa racional utilizada pelos profissionais de saúde frente à questão da realização das denúncias apareceu no deslocamento da responsabilidade dos outros três grupos profissionais para o Serviço Social e este, por sua vez, assumiu a tarefa de realizar a denúncia enquanto função incontestável.

Segundo Thouvenin (1997), quando uma criança fala de incesto, está falando sobre uma relação catastrófica a dois e da falta de proteção a que esta situação foi gerada. Há uma busca de uma intervenção de um terceiro:

A criança é um parceiro ativo na triangulação. Mas há casos, como o de famílias que abrigam o incesto, em que o pai, em vez de desempenhar o papel de terceiro, comporta-se como uma mãe narcísica, combatendo efetivamente a triangulação. Assim, a criança não encontra o que corresponde ao movimento natural de seu desenvolvimento. Nesse caso, poderá aflorar nela

um sinal de alarme: quando for capaz, valendo-se da palavra até então vetada, apelará para um terceiro fora da família. É justamente aí que poderá articular-se a intervenção educativa da sociedade e da lei. (p. 96)

A quebra do segredo familiar do incesto dentro do hospital garante ao profissional/instituição um poder sobre a família e a forma de lidar com este poder é que vai determinar a beneficência do atendimento.

Realizar ou não a denúncia não irá traduzir uma postura ética por si só, mas a atitude do profissional frente à possibilidade de tomada de decisão, de acordo com a reflexão de resgatar os benefícios e minimizar os riscos da atitude escolhida é que vai abrir uma saída ética.

### Considerações pessoais sobre abuso sexual

Todos os profissionais entrevistados falaram sobre definições e conceitos pessoais de abuso sexual de uma forma bem ampla, distinguindo o abuso sexual do “estupro”, que requer a “conjunção carnal” para ser tipificado desta forma. Aliás, a maioria dos profissionais apresentou a noção de que o abuso sexual pode ser caracterizado por toques ou carícias.

*“O abuso talvez seja a sensação da criança... de não saber o que está fazendo ou o que estão fazendo com ela... Acho que para ser abuso tem que ter agressão; não só física, mas também psicológica.” (Auxiliar/Técnica de Enfermagem)*

*“Qualquer gesto que tenha a visão de sexualidade. Não precisa nem mexer na genitália. Sabe, um beijo. Para mim, uma pessoa que beija uma criança já com uma malícia, que pega no colo... Para mim, acho que já é um abuso. Eu acho que qualquer gesto que tenha a intenção de, que esteja voltado para a sexualidade, que tenha aquela coisa de malícia, é um abuso”. (Auxiliar/Técnica de Enfermagem)*

*“Fazer qualquer coisa com o corpo da pessoa que ela não queira, mas não só o contato físico. Ver ou fazer com que outra pessoa faça algo nela também é um abuso sexual” (Enfermeira)*

*“Eu acho que um toque com outra intenção na criança...por exemplo, um toque não só com a intenção de fazer higiene já é um abuso” (Médico/a)*

*“Outra coisa além da manipulação e do toque mesmo, é essa parte, tem famílias que dormem num quarto. Mesmo que seja relacionamento de pai e mãe, já fica uma coisa meio estranha... Eu acho isso de certa forma um abuso para a criança. Eu acho que é expor realmente a criança do ponto de vista sexual”. (Médico/a)*

*“O abuso sexual pode ser sugerir brincadeiras sexuais para uma criança que não tem conhecimento. Mesmo que não tenha havido o contato, você tem aí uma sugestão ou uma coerção...” (Médico/a)*

*“Abuso sexual não é só uma penetração. O abuso sexual pode envolver uma exposição, uma manipulação. Você mostrar a questão da sexualidade para a criança no momento em que ela ainda não está preparada para isso já é um abuso” (Assistente Social)*

Outro dado importante é que a questão do abuso como uma relação sem consentimento apareceu no discurso dos profissionais mais nas situações de relações sexuais abusivas entre adultos, demonstrando que há a compreensão de que este tipo de relação pode ser estabelecida sem violência física e mesmo ser "consentida" pela criança ou adolescente.

*"Qualquer tentativa de usar a criança como um estímulo sexual próprio ou de estimular uma criança que não tem idade para ser estimulada ainda. Não precisa ser físico esse abuso, pode ser um estímulo visual, uma exposição a material visual, pornografia, para o qual a criança não está preparada..... E aí todo o leque a partir disto, desde o visual, até todo o leque de contato físico contra a vontade da criança, ou mesmo sem haver uma resistência por parte da criança". (Médico/a)*

*"Toda forma de contato erotizado, forçado, com a finalidade de manipulação. Com a criança, toda a forma de contato erótico, forçado ou não." (Assistente social)*

*"Acho que é toda a forma de contato, né, com o adulto, com a criança, com o adolescente, erotizada, forçada, com a finalidade mesmo de manipulação, que não é o carinho normal, habitual que se faz numa criança. Acho que é toda forma de contato erótico, forçado ou não... muitas vezes não é forçado, porque ele tem todo um trabalho de convencimento com a criança que acaba não sendo forçado, mas é uma violência. Acho que começa por aí e vai até o estupro mesmo, com ameaça, às vezes psicológica... tem um pouco disso tudo." (Assistente Social)*

Nota-se que a abrangência das definições de abuso sexual relatadas pelos profissionais de saúde contrastam com os dados referidos quanto à formulação de suspeitas de abuso no ambiente profissional; a maioria das suspeitas são formuladas pelos profissionais a partir de marcas físicas.

Quanto aos sentimentos evocados pelo atendimento a crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual, notou-se que estes são de raiva do “agressor” e indignação perante a situação abusiva. Raiva e revolta foram as palavras mais utilizadas pelos profissionais para exprimir os sentimentos despertados no contato com esse tipo de situação. A “desumanização” do ato também é observada no discurso dos profissionais.

*“Como pessoa, é muito triste atender um tipo de coisa dessas”. (Assistente Social)*

*“A primeira coisa que eu sinto, eu acho que é revolta, fico muito revoltada e penalizada pela criança.... Porque a primeira coisa que você quer é atender. Atender, se tem algum ferimento ou lesão, a gente quer atender essa criança em primeiro lugar. Mas eu acho que cria-se um ambiente de revolta mesmo. Dá revolta de falar e dó da criança porque ela não tem como se defender. ... Dá raiva do agressor. É uma situação bastante difícil. Eu acho que é uma revolta também porque a gente se sente bastante impotente nesse situação. O que você vai fazer, porque a situação já está consumada, o ato já está consumado. Então, é uma preocupação e acho que é uma revolta é mais pela impotência, eu vou fazer o quê, não tem estrutura, não tem conhecimento, não é preparado para essa situação. Então acho que é muito isso. Essa revolta, essa revolta, essa raiva, porque você não consegue fazer nada. É realmente uma situação de impotência que a gente tem”*  
*(Enfermeira)*

*"A gente fica com um pouco de raiva, de revolta, porque está acontecendo uma coisa que a gente acha que não é certo." (Médico)*

*"A gente sente muita revolta." (Auxiliar/Técnica de Enfermagem)*

*"Então é isso, assim, o que eu mais sinto é isso, uma revolta profunda pela marca que isso possa trazer... por menor que tenha sido o abuso ou a insinuação de abuso... e um desejo de proteger essa criança em primeiro lugar, antes de tentar proteger a família." (Médico)*

*"Para a gente, é uma coisa um pouco revoltante, no sentido... geralmente é alguém mais forte se aproveitando de alguém mais fraco, que não tem condição de reagir e, não sei, outra coisa é realmente tentar resolver o problema, falar assim, o que precisa fazer para que não aconteça mais." (Médico/a)*

*"No começo, sinto indignação. É raiva mesmo. Não tem outro sentimento a não ser revolta e raiva. Dá vontade de pegar esses pais e dar uns tabefes. Uma situação que agride... uma agressão contra uma pessoa que não pode fazer nada..... Para mim, dá angústia. Raiva e angústia.(Médico/a)*

*"Normalmente você sente indignação, depois, conforme fica sabendo do caso, fica com muita raiva... Em alguns casos, existe o sentimento muito de dar colo àquela criança. Mas o primeiro sentimento é de indignação e da raiva." (Assistente Social)*



A raiva, no discurso dos profissionais, é normalmente dirigida ao “agressor”, na maioria dos casos relatados, o pai ou padrasto da criança/adolescente.

*“O principal é o agressor, quem está abusando, tem que ser impedido de alguma forma. A primeira coisa é evitar o contato com a pessoa que agrediu. E, com relação ao agressor, tem que ser impedido de alguma forma, seja... passe por um tratamento ou alguma coisa assim ou até mesmo, tire um pouco da sociedade, preso um pouco pelo abuso e depois ele volta. De qualquer forma, precisa de um tratamento.” (Médico/a)*

Apesar deste conteúdo manifesto de raiva dirigida ao agressor, notou-se nos discursos dos profissionais, a percepção do envolvimento de outras pessoas da família, principalmente da mãe, nos casos de abuso sexual intrafamiliar.

*“A criança contava que o padrasto tinha manipulado e ela tinha contado para a mãe duas vezes. A mãe achou que a criança estivesse mentindo.... O que me preocupava é que a mãe permitia de certa forma e facilitava a situação, porque ela fazia questão de ir para igreja dela e deixar a criança sozinha à noite com o padrasto em casa. E nessa brincadeira acabou acontecendo o abuso da criança e ela conseguia contar direitinho o que tinha acontecido.” (Médico/a)*

*“E a mãe, quando a gente chamou, que ela tem outra filha, quer dizer, ele vai continuar tentando abusar das outras filhas dela... e a gente chamou para esta reflexão: “olha, você tem um monte de menininhas que não são filhas dele, como é que fica isso, né, você consegue imaginar que ele possa estar transferindo essa situação para outra menina sua?” Então ela fala que o jeito é ficar de olhos abertos dia e noite, porque ela não pode largar dele porque ele ganha 2 mil reais e sustenta a casa. Então, a mãe, ela sabe o que acontece lá dentro, e ela não deu cobertura nenhuma para esta menina, essa menina foi para a rua, deu sorte porque ela engravidou de um menino super... de uma família bacana, estruturada... mas, fora do contexto, né? Uma menina de 14 anos, uma coisa totalmente... com um bebê agora. A gente percebe que as mães colaboram para que a coisa fique ali, dentro de casa.” (Assistente Social)*

*“Eu não consigo entender, umas meninas de 10, 11 anos, que só vão contar essas coisas depois de adolescentes, duvido que uma mãe não consiga perceber isso.” (Técnica/Auxiliar de enfermagem)*

*“É, existe muita situação em que a mãe... olha só a que situação a gente chega: a mãe sabe que a filha está sendo molestada pelo padrasto. Ela tem consciência disso, mas ela nega essa situação. Para ela mesmo, ela nega. Por que? Porque se ela souber, ela vai ter que tomar uma providência e essa providência passa pelo fim da relação dela com ele. E aí, por exemplo, ela é uma pessoa que tem meia dúzia de filhos e não tem escolaridade, depende dele literalmente em todos os sentidos. Então ela vai ter que ter*

*uma postura. Como ela vai tomar uma posição contrária aos interesses dela e do filho? Muitas vezes a mãe é conivente com esse abuso”. (Assistente Social)*

*“Claro que às vezes a suspeita não vem, os pais até acobertam: a mãe não conta, porque é uma situação que ela vive e para ela está cômoda, é uma situação, que, de repente, todo o sustento vem daquela pessoa e às vezes aquela pessoa abusa. Claro que tem... acho que aí tem um processo patológico ou mesmo psiquiátrico de uma pessoa que faz isso. Mas, normalmente, as mães acobertam, e você tem que, eventualmente, estar atento para ver, mas a gente percebe isso”. (Médico/a)*

*“A adolescente falou que a mãe sabia e que não fez nada, a mãe não fez nada.” (Enfermeira)*

Além da raiva e revolta manifesta nos profissionais causada pelo contato com pacientes que sofreram abuso sexual, a “identificação” direta do profissional na situação também apareceu em muitos dos discursos dos profissionais que relataram ter atendido pacientes que sofreram abuso sexual.

*“Então eu tento me imaginar... o meu pai, ou qualquer pessoa da minha família tentar um abuso contra mim quando criança... Eu não sei se eu seria capaz de ter uma vida, ter estudado, ter uma vida produtiva. Eu tenho a impressão de que eu nunca conseguiria esquecer isso, que faria sempre*

*parte da minha vida: afetaria meu casamento, minhas relações de amizade, enfim, todo o meu crescimento, adolescência e tudo o mais.” (Médico/a)*

*“Uma coisa que me deixou até assustada, fiquei me sentindo super mal, constrangida com a situação. Me pus na situação desta mãe. Eu sofri, sofri bastante naqueles dias.” (médica reportando a uma situação de atendimento a uma criança que relatava ter sido abusada sexualmente pelo pai)*

*“É bastante incômodo, uma vez que era uma menina, eu também sou mulher e, então, você fica pensando se fosse você, o que você faria?” (Enfermeira)*

*“Com esses casos, o profissional tem um envolvimento maior, se coloca no lugar. Eu não sei, acho que toca o lado materno” (Enfermeira)*

*“Nunca, nunca passaria pela minha cabeça. Que o meu marido eventualmente, pudesse ter qualquer, cometer um abuso mesmo na minha filha.” (Médica)*

Fica claro, através destes discursos, o quanto estes atendimentos provocam uma forte reação emocional nos profissionais, acarretando situações que variam desde a negação da percepção do abuso sexual ocorrido em pacientes até a racionalização e o afastamento consciente dos casos.

*“É bastante incômodo quando a gente ouve alguém que houve uma tentativa de violência sexual, mal sucedida porque não foi terminada, mas é um baque muito grande na hora. É difícil até a gente continuar o assunto dali para frente.” (Enfermeira)*

*“Eu nem quis saber a continuidade de tanto que me chocou o caso. Nem quis saber o que deu porque são coisas também que acabam marcando a gente, né, nos atingem, de uma certa forma, essa agressão.” (Médico/a)*

*“Mas ela chorava muito e daí dá vontade de chorar junto.... Não dá para ir muito fundo, muito rápido, porque é difícil para lidar com o assunto. Então, na hora, é meio complicado.” (Enfermeira)*

*“Chocam porque é uma agressão a uma criança. Eu tento tomar um pouco de distância.” (Auxiliar/Técnica de Enfermagem)*

Todos os entrevistados disseram que não foram preparados em sua formação acadêmica, e que, em sua grande maioria, nunca ouviram falar do tema do abuso sexual nos cursos. Consideraram-se, portanto, ao formarem-se, despreparados para o atendimento de pacientes que revelam situações de abuso sexual.

*“Não fomos preparados para atender. A gente aprende um pouco convivendo com outros médicos. Assim, nessas situações, você vai pedir a*

*opinião, mas ter aulas específicas sobre isso, sobre o tema, não tem. Não costuma ter." (Médico/a)*

*"Não, não. Não houve preparo na faculdade, não. Foi a vivência mesmo. Nem a parte legal, eu não tinha idéia". (Médico/a)*

*"A gente tem na Enfermagem Psiquiátrica um bloco que falava sobre abuso sexual, mas era a parte teórica e eu não tive contato com pacientes desse tipo na minha formação..... É, mas abuso sexual pediátrico, eu não lembro de ser focado." (Enfermeira)*

*"Na formação acadêmica, não fui preparada. Eu fui preparada no dia-a-dia...." (Assistente Social)*

*"De forma alguma ouvi falar na Faculdade." (Assistente Social)*

*"Não, não. No curso de auxiliar, não ouvi falar não". (Auxiliar de Enfermagem)*

Dos profissionais entrevistados, aproximadamente 13% revelaram ter passado por uma experiência pessoal de abuso sexual. É importante notar que esta amostra engloba os profissionais que relataram não ter atendido diretamente nenhum caso de queixa ou suspeita de abuso sexual e os profissionais que relataram não se lembrarem destes tipos de atendimento

(para alguns, lembranças de atendimentos deste tipo acabaram surgindo no decorrer da entrevista).

A falta de preparo dos profissionais para o atendimento de pacientes envolvidos em situações de abuso sexual não é uma característica dos serviços do nosso país.

Alvim (1997), descrevendo seu trabalho como médico pediatra no Hospital Bicetrê, na França, relatou a dificuldade dos profissionais médicos e enfermeiros em lidar com estes casos e a falta de preparo que veio à tona na constituição de um serviço especializado para estes casos no hospital. O autor colocou a dificuldade maior de lidar com os casos de incesto dentro do hospital, pois ao contrário da violência sexual extrafamiliar que normalmente chega ao Pronto-Socorro através da queixa, quase sempre imediata, os motivos que levam a vítima de situações incestuosas ao hospital não tem nenhuma ligação aparente com a relação incestuosa.

Quando há uma percepção real sobre o incesto, ocorre sempre uma cisão nos profissionais; embora exista a percepção consciente do papel das outras pessoas da família, principalmente das mães, que são pouco denunciadas por este tipo de relação, na constituição da dinâmica familiar incestuosa, parece haver uma necessidade de projetar toda a “agressão” em uma pessoa, dando a esta o caráter “monstruoso” do comportamento. Este parece ser um movimento comum da sociedade que tende a projetar a violência de uma situação em um único indivíduo e a excluir este, criando-se a fantasia de resolução do problema.

Tal cisão nada mais é do que um mecanismo de defesa utilizado pelos indivíduos para não entrar em contato com a própria destrutividade,

ou, nos casos de incesto, com seus próprios desejos incestuosos; thanáticos sob uma máscara de erotização, mas com fins destrutivos.

Percebe-se que a aproximação a casos de incesto é uma complexa tarefa, pois mexe com as motivações e percepções inconscientes de cada indivíduo. A angústia causada pelo conflito entre os desejos do indivíduo e as proibições culturais faz com que as pessoas tentem racionalizar a questão, depositando sempre o problema apenas no outro.

O que se pode observar é que a forma mais utilizada pela própria família incestuosa e pela sociedade para lidar com essa angústia é estigmatizar um “agressor” e uma “vítima”, “responsabilizando o primeiro pelo que aconteceu na família e assumindo uma postura de pena em relação ao segundo por ter sofrido o abuso”. (GOBBETTI, 2000)

Lidar com situações de incesto mobiliza emocionalmente os profissionais por se tratar de relações pouco estruturadas que remontam a cada indivíduo todos os sentimentos infantis originários das primeiras relações humanas.

Segundo Melanie Klein (1982), os primeiros sentimentos infantis referem-se a uma ansiedade persecutória, consequentes da projeção, pelo ego primitivo, da pulsão de morte no objeto.

Há muitos anos que sustento a opinião de que a atividade interna do instinto de morte dá origem ao medo de aniquilamento e de que é essa a causa primária da ansiedade persecutória. A primeira fonte externa de



ansiedade pode encontrar-se na experiência do nascimento.

Assim, o incesto é resultado da atuação da pulsão de morte e é a ela que o indivíduo remonta quando entra em contato com estas situações em outros momentos de sua vida.

## 6. CONCLUSÕES

---

## CONCLUSÕES

A proibição do incesto é a primeira lei conhecida do ser humano e é através desta que o indivíduo se constitui enquanto sujeito da cultura. Assim sendo, o tabu do incesto é universal e atinge todas as esferas das sociedades.

O conflito causado pelo confronto entre os desejos incestuosos e a inserção social pode ser considerado como o fator humanizante, ou seja, o indivíduo constitui-se enquanto sujeito ético quando consegue lidar com esse conflito e apreende a noção de função.

Entende-se que este conflito deve ser constituído inicialmente nas relações familiares através da não concretização das fantasias incestuosas presentes em todos os seres humanos.

Através da observação das famílias incestuosas, ou seja, das famílias nas quais esta interdição não se instituiu, nota-se que a principal violência do incesto é justamente a falta da função estruturante da família, de continência e limite, que não permite a integração do indivíduo.

A confusão da confiança é o que caracteriza estes vínculos familiares. Da mesma forma que a relação sexual pode ser interpretada de forma confusa pela família como uma relação afetiva, a pulsão de morte que mobiliza o incesto é interpretada pela sociedade como uma pulsão erótica.

Assim, a apreensão do incesto compreende a articulação de um trabalho em pelo menos duas áreas: a da Justiça e a da Saúde no que se refere respectivamente à lei da cultura e ao desenvolvimento humano. Pode-

se dizer que, no âmbito social, a função destas duas instituições equivalem-se às funções emocionais paterna e materna, respectivamente.

Frente às reflexões apresentadas neste trabalho, pode-se destacar as seguintes conclusões:

1. Lidar com o incesto é por si só uma experiência abusiva para todos os indivíduos.

Aproximar-se de pessoas envolvidas em situações de incesto faz com que os indivíduos remontem suas próprias experiências incestuosas; tanto as cenas fantasiadas quanto às vivências reais e o impacto deste “reencontro emocional” atualiza a pulsão de morte em cada um.

2. O atendimento a pessoas envolvidas em situações de incesto é considerado pelos profissionais de saúde como um problema de difícil abordagem.

A parte manifesta do problema pode ser encontrada na falta de preparação na formação profissional para este tipo de atendimento, além de os discursos das áreas da Saúde e da Justiça ainda se manterem herméticos em cada área.

Da parte latente do problema, entende-se que os profissionais de Saúde utilizam o mecanismo de “negação” como defesa das angústias primitivas geradas pelo conflito causado pelo contato “não consciente” com as próprias fantasias edípicas.

3. A ausência do conflito entre a quebra do segredo profissional perante a denúncia judicial de pacientes envolvidos em situação de abuso sexual intrafamiliar e a manutenção do vínculo de confiança entre profissional de Saúde e paciente demonstra o quanto estas situações mobilizam os profissionais.

A confidencialidade, fator estruturante da relação profissional de saúde-paciente, constitui-se na função e preexiste ao conhecimento pessoal do profissional por parte do paciente. O impacto emocional ocasionado pelos atendimentos que envolvem situações de incesto afasta os profissionais da relação, dificultando a discriminação de sua função e, conseqüentemente, levando os profissionais a adotar posturas moralistas e anti-éticas.

## 7. REFERÊNCIAS

---

## REFERÊNCIAS

ABRAPIA - Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência. **Abuso sexual: mitos e realidade**. Petrópolis: Autores & Agentes Associados; 1997.

Alvim P. Os adolescentes vítimas de abusos sexuais. In: Gabel M (organizadora). **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus; 1997.

Bardin L. **Análise de conteúdo**. 3 edição. Lisboa: Edições 70; 2004.

Brasil. **Código Civil**. 26. ed. São Paulo: Saraiva; 1976.

Brasil. **Código Penal**. 27. ed. São Paulo: Saraiva; 1989.

Brasil. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. São Paulo: Imprensa Oficial; 2000.

Beauchamp TL, Childress JF. **Principles of biomedical ethics**. 4 Ed.. New York: Oxford University Press; 1994.

Campbell AV. Pessoas vulneráveis: experiências e esperanças. In: Garrafa V, Pessini L (organizadores). **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Edições Loyola; 2003. p.87-93

Chizzotti A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez; 1991.

Cohen C. **O incesto um desejo**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1993.

Cohen C. **Bioética e sexualidade nas relações profissionais**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 1999.

Cohen C. A confidencialidade: questões éticas relativas ao segredo profissional. In: Segre M, Cohen C (organizadores). **Bioética**. 3 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002. p.193-200

Cohen C, Gobbetti GJ. Bioética e incesto polimorfo. In: Garrafa V, Pessini L (organizadores). **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Edições Loyola; 2003. p.517-22.

Cohen C, Gobbetti GJ. Questões bioéticas na articulação da saúde com a justiça. In: Cohen C, Ferraz, FC, Segre, M (organizadores). **Saúde mental, crime e justiça**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2006. p.275-84

Cohen C, Gobbetti GJ. CEARAS: uma reflexão sobre as funções da família. In: Cohen C, Ferraz, FC, Segre, M (organizadores). **Saúde mental, crime e justiça**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2006-b. (p.149-157)

Cohen C, Gobbetti GJ. Bioética em Saúde. **Revista HOSP**. 2002; p.94.

Cohen C, Gobbetti GJ. Abuso sexual intrafamiliar. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. 1998; v.6, n. 24; p. 235-43.

Cohen C, Gobbetti GJ. Bioética e abuso sexual. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 2002; v. 48; n. 2; p. 99.

Cohen C, Gobbetti GJ, Lippi JR, Rocha AB, Iyama R, Bomfim CSA. Mental health treatment in families with incestuous relations. World Psychiatric Association International Congress - Treatments in Psychiatry: an update, 2004, Florence - Itália. Abstracts do World Psychiatric Association International Congress - Treatments in Psychiatry: an update, 2004. p. 330.

Cohen C, Matsuda, NE. Crimes Sexuais e sexologia forense: um estudo analítico. **Revista Paulista de Medicina**. 1991; 109; p.157-64.



Cohen C; Marcolino AM. Relação médico-paciente. In: Segre M, Cohen C (org.). **Bioética** 3ªed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002. p.51-62

Cohen C, Segre M. Definição de valores, moral, eticidade e ética. In: Segre M, Cohen C (organizadores). **Bioética**. 3ªed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002. p.17-26

Contandriopoulos A, Champagne F, Potvin L, Denis J, Boyle P. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: HUCITEC; 1994.

Costa SIF, Garrafa V, Oselka G. Apresentando a bioética. In: **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p.15-18.

Drezett J. **Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas**. São Paulo, 2000. (Tese - Doutorado - Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil).

Freud S. (1896) A etiologia da histeria. In: Freud S. **Obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro, Imago, 1980, v.2.

Freud S. (1905) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Freud S. **Obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro, Imago, 1980, v.7.

Freud S. (1913) Totem e tabu In: Freud S. **Obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro, Imago, 1980, v.13.

Freud S. (1914) Contribuição à história do movimento psicanalítico. In: Freud S. **Obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro, Imago, 1980, v.14.

Freud S. (1917) O desenvolvimento da libido e as organizações sexuais. In: Freud S. **Obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro, Imago, 1980, v.16.

Freud S. (1930) O mal estar na civilização. In: Freud S. **Obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro, Imago, 1980, v. 21.

Gobbetti GJ. **Incesto e saúde mental: uma compreensão psicanalítica sobre a dinâmica das famílias incestuosas** [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2000.

Gobbetti GJ, Cohen C. Caracterização do abuso sexual intrafamiliar através de dados elaborados no CEARAS. In: Leviski DL (organizador). **Adolescência e violência: ações comunitárias na prevenção “conhecendo, articulando, integrando e multiplicando”**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Gobbetti GJ, Cohen C. Saúde mental e justiça: o atendimento a famílias incestuosas. In Mallak LS, Vasconcelos MGOM (organizadoras). **Compreendendo a violência sexual infantil numa perspectiva multidisciplinar**. São Paulo: Fundação Orsa Criança e Vida; 2002. p.91-105.

Gobbetti GJ, Cohen C. Bioética: desenvolvimento humano e os profissionais de saúde. In: Ismael SMC (organizadora). **Temas de prevenção, ensino e pesquisa que permeiam o contexto hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. p.149-61.

Goodwin JM. **Incest victims and their families**. Chicago: Year Book Medical Publishers; 1989.

Hossne WS. Em bioética, é preciso educar-se, uma provocação. In: Pessini L, Barchifontaine CP (organizadores). **Bioética e longevidade humana**. São Paulo: Edições Loyola; 2006. p.143-8

Hungria N. Comentários ao Código Penal. **Revista Brasileira de Criminologia e Direito Penal**. 1963;1.

Klein M. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides In: Klein M, Heimann P., Isaacs S, Riviere J. **Os progressos da psicanálise** Rio de Janeiro, Zahar; 1982. p. 312-43.

Laplanche J, Pontalis JB. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes; 1988.

Lévi-Strauss C. **Le strutture elementari della parentela**. Milano: Feltrinelli; 1969.

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento- Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 2004.

Nathanson M A hospitalização das crianças vítimas de abusos sexuais. In: Gabel M (organizadora). **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus; 1997.

Pegoraro, OA. O lugar da bioética na história da ética e o conceito de justiça como cuidado. In: Pessini L, Barchifontaine CP (organizadores). **Bioética e longevidade humana**. São Paulo: Edições Loyola; 2006. p.47-62

Potter VR. **Bioethics: bridge to the future**. New Jersey: Prentice Hall, 1971.

Ramadam ZBA, Abdo CHN. Sexualidade – Trâmites, Percalços e Desvarios. In: Abdo CHN (organizadora) **Sexualidade Humana e seus Transtornos**. São Paulo: Lemos Editorial; 1997.

Russel DEH. **The secret trauma: incest in the lives of girls and women**. New York: Basic Books; 1986.

Sass HM. Promover a educação em saúde para enfrentar a doença e a vulnerabilidade. In: Garrafa V, Pessini L (organizadores). **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Edições Loyola; 2003. (p.79-85)

Segre M. Considerações críticas sobre os princípios da Bioética. In: Segre M, Cohen C (organizadores). **Bioética**. 3 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002. p.35-40

Santos BR et al. **Métodos para a identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos e Ministério da Educação; 2004.

Thouvenin C. A palavra da criança: do íntimo ao social. In: Gabel M (organizadora). **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus; 1997.

Viaux JL. A perícia psicológica das crianças vítimas de abusos sexuais. In: Gabel M (organizadora). **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus; 1997.