

Mariana Lanna Pinheiro

Famílias incestuosas: Diferenciação das funções familiares

Versão Corrigida: Resolução CoPGr, 13 de Outubro de 2011

A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP

São Paulo
2015

Mariana Lanna Pinheiro

Famílias incestuosas: Diferenciação das funções familiares

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do Título de
Mestre em Ciências

Programa de Fisiopatologia Experimental
Orientador: Prof. Dr. Claudio Cohen

São Paulo
2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Pinheiro, Mariana Lanna
Famílias incestuosas : diferenciação das funções familiares/ Mariana Lanna
Pinheiro. -- São Paulo, 2015.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São
Paulo.
Programa de Fisiopatologia Experimental.
Orientador: Claudio Cohen.

Descritores: 1.Incesto 2.Terapia familiar 3.Estudos retrospectivos 4.Análise
quantitativa

USP/FM/DBD-128/15

Famílias incestuosas: Diferenciação das funções familiares

Mariana Lanna Pinheiro

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do Título de
Mestre em Ciências

Tese defendida e aprovada em __/__/__

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho ao Davi – minha
Vida -, e ao Pio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço distintamente ao CEARAS e aos colegas e amigos que fizeram parte da equipe, durante e após o meu percurso de estagiária e mestranda, pelas inúmeras contribuições em cada dia de trabalho.

Agradeço especialmente ao Professor Claudio Cohen, meu orientador, por ter me acolhido e me acompanhado com paciência nessa trajetória científica.

Ao Professor Eduardo Gontijo, agradeço pela generosidade e pela inspiração de verdadeiro mestre.

Aos membros da banca, por gentilmente aceitarem participar e contribuir para o enriquecimento deste trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela bolsa de estudos concedida.

À minha família, principalmente à minha avó Lu, minha mãe e tia Márcia, por todo o apoio, cuidado e amor. Por me lembrarem, nos momentos de desânimo, que eu conseguiria finalizar o meu propósito.

À minha tia Ana, pela orientação e por ser exemplo de dedicação acadêmica.

Agradeço ao Pio, por ser o companheiro maravilhoso que é. Por construir comigo a nossa família, inventando a nossa dinâmica e o nosso mundo particular. Por ter acolhido minhas angústias e inseguranças durante boa parte desse percurso acadêmico. Por ser meu aconchego ao fim de cada dia. Por fazer a minha alma cantar...

Ao Davi que chegou no meio dessa história e inaugurou para mim a função de mãe com muito amor e alegria. Te agradeço, meu filho, pela delicadeza e carinho de cada momento. Pela compreensão (que mesmo você tão recente no mundo foi obrigado a ter) de ter dividido seu primeiro ano de vida com uma mãe dedicada também a uma pesquisa de mestrado. Pelo seu sorriso que me fez continuar tantas vezes que eu imaginei não dar conta. Pelo entendimento singular que você me fez ter da Vida. Amo você até o infinito, ida e volta. Gratidão à sua existência.

Agradeço aos amigos da Paulicéia, que me acolheram desde o início dessa jornada tornando-a mais leve e serena.

Às Migonas agradeço pelo apoio, de perto ou de longe e por terem acreditado junto comigo.

À minha amiga Letícia, agradeço a disponibilidade, a dedicação, o cuidado e a paciência na reta final! Esse apoio foi fundamental!

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monográficas.

Elaborado por Aneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A.L. Freddie, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena,. 3ª Ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011

Abreviatura dos títulos dos Periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

RESUMO

Pinheiro ML. *Famílias incestuosas: Diferenciação das funções familiares* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

Introdução: A presente dissertação foi desenvolvida com o intuito de investigar as possíveis mudanças na dinâmica das famílias incestuosas, após intervenção do tratamento psicoterapêutico. A hipótese é de que mudanças primárias e secundárias ocorrem nas famílias encaminhadas ao Centro de Estudos e Atendimentos Referente ao Abuso Sexual (CEARAS) a partir do tratamento proposto. Essa dissertação foi elaborada a partir de uma perspectiva psicanalítica, com enfoque psicossocial, na qual o sujeito é considerado a partir de sua imersão na cultura. Para tanto, se tomou como base de reflexão o trabalho desenvolvido por este Centro de Estudos, em relação às famílias incestuosas.

Objetivo: Refletir sobre as mudanças primárias e secundárias apresentadas pelas famílias incestuosas que foram atendidas no CEARAS.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa retrospectiva documental. Foram analisados os prontuários de 19 famílias atendidas no CEARAS no período de 1993 a 2013 que compuseram a amostra final. Levantaram-se as informações sobre os atendimentos, condições de prontuários e quanto ao tratamento. As mudanças descritas nos prontuários foram divididas em dois grupos: mudanças primárias e secundárias. Uma análise descritiva e quantitativa das variáveis foi realizada.

Resultados: A maior parte das famílias que foram encaminhadas para o CEARAS não finalizaram o tratamento proposto. Em relação às mudanças observadas, 53% das famílias apresentaram mudanças primárias e secundárias, 37% primárias e 10% secundárias. Em relação às mudanças primárias, a simbolização das funções familiares foi a mais frequente e a autonomia do membros familiares a menos frequente nos prontuários analisados. Não houve predomínio de mudanças secundárias. Observou-se um maior número de mudanças nas famílias que não passaram pelo processo de troca de terapeutas.

Conclusão: Percebeu-se a viabilidade do trabalho, o quanto ele se faz necessário. A pesquisa apontou que as mudanças primárias e secundárias são possíveis de acontecer através da terapia familiar. A transferência das famílias não ocorre somente com a instituição, mas também com os terapeutas envolvidos no tratamento.

Descritores: incesto; terapia familiar; estudos retrospectivos; análise quantitativa.

ABSTRACT

Pinheiro ML. *Incestuous families: Differentiation of family functions* [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2015.

Introduction: This research aims to investigate possible changes to the dynamics of incestuous families after the commencement of psychotherapeutic treatment. Hypothetically, primary and secondary changes happen to the families taken to the Sexual Abuse Study and Help Center (Centro de Estudos e Atendimentos Referente ao Abuso Sexual - CEARAS) from the proposed treatment. This essay has been elaborated from a psychoanalytical perspective with psychosocial emphasis, in which the individual is considered from his cultural context. To do so, the grounds for the analysis is the work developed by the Study Center with the incestuous families.

Objective: To think about the primary and secondary changes that arose from the therapeutic treatment provided by CEARAS to the dysfunctional families.

Methodology: This is a retrospective document research. The handbook of the 19 families supported by CEARAS from the period between 1993 and 2013 which were part of the final sample have been analysed. The information about the calls, handbook conditions and treatment have been searched. The changes described in the handbooks were split in two groups: primary and secondary changes.

Results: Most families under CEARAS' care have not finished the proposed treatment. In relation to the changes detected, 53% of the families have shown primary and secondary changes; 37% have shown primary; and 10% secondary. It has been observed in the handbooks under analysis that, in relation to primary changes, the simbolization of the family functions was the most outstanding change whereas the autonomy of the family members was the least. There was no predominance of secondary changes. There has been a higher number of changes in families that did not have to change therapists.

Conclusion: It is noticeable that the work is feasible and how necessary it is. The research shows that the primary and secondary changes are possible to take place by way of family therapy. The transfer in families does not happen only with the institution but also with the therapists involved in the treatment.

Key Words: incest; family therapy; retrospective studies; quantitative analysis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos prontuários selecionados

Tabela 2 – Análise da relação Troca de terapeuta x Mudanças observadas

Tabela 3 – Frequência das mudanças observadas nos prontuários analisados

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do Processo de Composição dos Prontuários Analisados

Figura 2 - Tipos de mudanças observadas nos prontuários analisados

Figura 3 – Frequência das mudanças observadas nos prontuários analisados

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Declaração do Comitê de Ética e Pesquisa da FMUSP

Anexo B – Modelo de Relatório Mensal

Anexo C – Modelo de Relatório Final

Anexo D – Modelo de Ficha de Coleta de Dados

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	14
2. 1 O Abuso Sexual e a Violência	14
2. 2 O Tabu do Incesto	20
2.2. 1 O Tabu do Incesto na Antropologia	20
2.2.2 O Tabu do Incesto e a Psicanálise	21
2.3 Sexualidade, o Complexo de Édipo e o Tabu do Incesto	23
2.4 Família, Funções Familiares e Dinâmica Familiar	38
2.5 Intervenção Terapêutica	45
2.5.1 O Centro de Estudos e Atendimentos Referente ao Abuso Sexual (CEARAS)	48
3 METODOLOGIA	52
3.1 Objetivo Principal	52
3.2 Objetivos Específicos	52
3.3 Material e Método	53
3.3.1 Delineamento do Estudo	53
3.3.2 Critérios de Inclusão	53
3.3.2 Critérios de Exclusão	53
3.3.4 Amostra Final	54
3.4 Coleta e Análise dos Dados	55
4 RESULTADOS	61
5 DISCUSSÃO	66
6 CONCLUSÃO	83
REFERÊNCIAS	75
ANEXOS	82

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido com o intuito de investigar as possíveis mudanças na dinâmica das famílias incestuosas, após intervenção do tratamento psicoterapêutico oferecido pelo Centro de Estudos e Atendimentos Referente ao Abuso Sexual (CEARAS). A hipótese é a de que mudanças primárias e secundárias ocorreram nas famílias encaminhadas a esse Centro de Estudos, a partir do tratamento proposto.

O trabalho teve por objetivo pesquisar quais foram essas mudanças ocorridas nos grupos familiares nos quais houve o abuso sexual e como o tratamento as possibilitou, permitindo que novas configurações na organização da dinâmica familiar fossem estabelecidas.

Para tanto, se tomou como base de reflexão o trabalho desenvolvido por esse Centro de Estudos, em relação às famílias incestuosas. A análise dos resultados pretendeu corroborar a hipótese colocada acima.

O trabalho foi elaborado a partir de uma perspectiva psicanalítica, com enfoque psicossocial, no qual o sujeito é considerado a partir de sua imersão na cultura. Os conceitos desenvolvidos foram baseados principalmente nos estudos de Freud e Lévi-Strauss, que fizeram reflexões e contribuições importantes sobre o tema do incesto. Os trabalhos de Cohen e Gobbetti (1998, 2002, 2006), Cohen (1993), Gobbetti (2000), coordenadores do CEARAS, também forneceram os parâmetros teóricos que nortearam essa dissertação, junto a outros autores contemporâneos que pesquisam o assunto.

O CEARAS é uma instituição na qual saúde mental e justiça estão em diálogo, proporcionando um tipo de intervenção que visa a conscientização sobre o tabu do incesto para a elaboração das funções familiares.

O Centro de Estudos e Atendimentos Relativos ao Abuso Sexual não desempenha função pericial. Sua ação propõe-se a conhecer a realidade psicossocial das famílias, detectar possíveis disfunções na mesma e oferecer tratamento psicoterapêutico a elas. O tratamento proposto é a realização de atendimentos de terapia familiar por um período de 12 (doze) meses, prorrogáveis até 18 (dezoito) meses, com a frequência de 1 (uma) sessão semanal.

O trabalho desempenhado nessa instituição se faz cada vez mais relevante, uma vez que o índice de ocorrências relacionadas ao abuso sexual intrafamiliar tem se elevado de forma constante e preocupante nas últimas décadas em todo o mundo, se tornando um problema de saúde pública, conforme apontam os autores Dahlberg & Krug (2006) e Ferreira & Azambuja (2011). Portanto, investigá-lo cientificamente é uma necessidade e um desafio na atualidade.

Vários pesquisadores, dentre os quais podemos destacar Cohen (1993), Gobbetti (2000), Cromberg (2001), Krugman & Leventhal (2005), Roche *et al* (2005), têm se debruçado sobre este assunto e esses trabalhos têm contribuído para qualificar a atenção dada ao tema.

No âmbito nacional, o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (Brasil, 2001) apontou que, no Brasil, foi a partir de 1990, com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1991), que a violência contra crianças e adolescentes começou a ter maior atenção dos órgãos competentes e das instituições de saúde. No ano de 2011, o Ministério da Saúde reportou um crescimento significativo no número das notificações de violência sexual contra crianças menores de 10 anos (Portal Brasil, 2013). Em 2012, a Rede Brasil Atual informou que em dez anos, o número de crianças e adolescentes abusadas sexualmente encaminhadas para atendimento em São Paulo triplicou (Rede Brasil Atual, 2012). Pesquisas como as de Azevedo & Guerra (1993), Banchs (1995), Cohen (1993), Saffioti (1997), indicaram que dentre esses abusos, os abusos sexuais intrafamiliares têm uma prevalência mais elevada do que a imaginada.

Tais casos são subnotificados, isto é, chegam ao judiciário em números inferiores aos reais. Conforme Dias (2007) e Pfeiffer & Salvagni (2005), apenas 10 a 15% dos episódios de abuso sexual são denunciados. Muitos episódios não são notificados, seja pela ausência de denúncia, pela dificuldade de identificação dos abusos ou devido à recorrente falta de sinais físicos, pela controvérsia relativa à memória da criança e pela falta de confiança nos relatos das mesmas, e por eles acontecerem na intimidade do lar e no seio da família.

Dias (2007) também aponta para o fato de que das denúncias recebidas, 90% envolvem membros da família da vítima. Em 69,6% dos casos

o autor é o pai biológico, em 29,8% o padrasto, em 0,6% o pai adotivo. Outros estudos, como o de Gobbetti (2000), corroboram com essa informação e relatam que as relações mais denunciadas são as de pai-filha, depois as de padrasto-enteada e em seguida as entre irmãos.

O presente estudo busca contribuir com os estudos já existentes sobre o tratamento das famílias incestuosas, assim como fornecer uma melhor compreensão sobre as mudanças na dinâmica familiar ao longo do processo terapêutico.

O trabalho está estruturado em três partes. A primeira parte consiste na revisão bibliográfica, na qual são problematizados os conceitos utilizados, tais como o abuso sexual, o incesto, a família, as funções familiares, a partir do entendimento de que elas se confundem com a própria definição de família, e as dinâmicas familiares.

A segunda parte tem por objetivo apresentar a intervenção terapêutica realizada neste Centro de Estudos, relacionando-a com o quadro mais geral do abuso na constituição das famílias incestuosas e a metodologia do estudo. A análise dos prontuários resultantes do tratamento oferecido a estas famílias pretende revelar a efetivação de mudanças decorrentes desse modelo de atendimento.

A terceira e última parte retorna à trama teórica, agora articulada à análise dos resultados da pesquisa nos prontuários, a fim de produzir uma reflexão sobre as mudanças primárias e secundárias observadas nas famílias durante o tratamento, e sobre o estabelecimento das funções familiares, enfatizando como este processo traz efetivamente resultados adequados no enfrentamento dessa questão tão complexa quanto o abuso sexual incestuoso.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O Abuso Sexual e a Violência

A definição de abuso sexual pode ser ampla e controversa. Ela envolve questões referentes à normatização da sexualidade humana, que por sua vez é regida por leis, normas e costumes culturais, portanto tem parâmetros variáveis que relativizam o aprofundamento da questão. Por exemplo, Cohen e Gobetti (1998) afirmam que a definição de abuso sexual utilizada em nossa cultura através da justiça se assegura na moral de proibição, distanciando-se das preocupações concernentes à área da saúde mental. Outros estudiosos, portanto, a definem a partir de outros parâmetros e perspectivas, como será visto adiante.

A definição de violência, assim como a de abuso sexual, também é complexa, pois se trata de um fenômeno que não se reduz aos fatores individuais e relacionais, mas que está atrelado a um contexto comunitário e social. Portanto, não é redutível ao indivíduo em si. A violência está relacionada também a valores culturais, às expectativas em relação aos papéis de gênero, às desigualdades sociais e ao abuso nas relações de poder, como diz Marilena Chauí:

A violência deseja a sujeição consentida ou a supressão mediatizada pela vontade do outro que consente em ser suprimido na sua diferença. Assim, a violência perfeita é aquela que obtém a interiorização da vontade e da ação alheias pela vontade e pela ação da parte dominada, de modo a fazer com que a perda da autonomia não seja percebida nem reconhecida, mas submersa numa heteronímia que não se percebe como tal. [...] a violência perfeita é aquela que resulta em alienação, identificação da vontade e da ação de alguém com a vontade e a ação contrária que a dominam. [...] O ato violento é aquele que trata um ser humano não como sujeito, mas como coisa. Caracteriza-se pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a fala ou atividade de outrem é anulada, há violência. Na relação de violência as partes se mantêm presentes uma para a outra, porém uma delas é anulada em sua diferença e submetida à vontade e à ação da outra (Chauí, 1985, p. 35).

Ainda, segundo critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), violência é definida como o

uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (Organização Mundial da Saúde, 2002)

Nessa perspectiva, o abuso sexual é considerado um tipo de violência sexual, entre outros, na qual o agressor não é motivado pelas lesões físicas e pelo pavor ou medo da pessoa abusada em relação a ele, mas pela relação de afetividade e amor que é mantida entre as partes envolvidas, o que camufla a violência do ato. Por ser uma forma de expressão da violência com essas características citadas acima, sua gravidade clínica não vai se inscrever no corpo apenas, mas principalmente causará impactos psicológicos, sociais e relacionais. Considerando os critérios adotados pela Organização Mundial de Saúde, o abuso sexual é definido como

uma situação em que o sujeito é usado para a gratificação sexual de outro – adulto ou adolescente mais velho – de mais “poder”, que pode incluir desde carícias, manipulação da genitália, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia e exibicionismo, até o ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência, assim como pode incluir elementos de sadismo como flagelação, tortura, surras e exploração sexual visando fins econômicos” (Organização Mundial da Saúde, 2002).

De acordo com a revisão bibliográfica realizada para essa pesquisa, é possível verificar que dentre os casos de abusos sexuais relatados, as maiores ocorrências são dos abusos sexuais incestuosos.

Segundo Ferreira (2002) e Cantelmo (2010), os estudos indicam que 70 a 89% dos casos de abuso sexual são perpetrados por uma pessoa conhecida da criança. Corroborando com essa asserção, Azevedo & Guerra (1993) em pesquisa realizada em São Paulo, verificaram que o grau de parentesco entre os envolvidos nos casos de abuso sexual era tal como a seguir: 69,6% eram pais biológicos, 29,8% padrastos e 0,6% pais adotivos,

como também destaca Gobbetti (2000) na sua pesquisa de mestrado, na qual ela verifica o grau de parentesco das denúncias recebidas pelo Centro de Estudos e Atendimentos Referente ao Abuso Sexual (CEARAS) em São Paulo.

Esses dados são reiterados em outras pesquisas, por exemplo, a realizada pelo Instituto Médico Legal de São Paulo, em 1991. Nessa ocasião, as vítimas de abuso sexual foram questionadas a respeito de suas relações com o agressor. Como resposta, 49,64% relataram conhecer o agressor e 22,55% relataram ter sido vítimas de agressão sexual por parte de algum parente, sendo que 18,75% delas conviviam com o agressor na mesma casa (Cohen, Matsuda, 1991).

Da mesma maneira, em 1996, no ABC paulista, um estudo revelou que 90% das gestações de adolescentes com até 14 anos foram frutos de incesto, sendo que o autor na maioria das vezes havia sido o pai, o tio ou o padrasto (Faculdade de Medicina ABC, 2001).

Outras investigações, como por exemplo a de Faleiros (2003), em uma pesquisa quantitativa sobre violência sexual em cidades brasileiras, na qual foram investigados dados como sexo, idade e relação de parentesco com as vítimas, obteve-se como resultado: 93,7% eram conhecidos, sendo maioria pais e padrastos, seguidos de avós, irmãos e primos, madrasta, tio, cunhado e tio-avô. A partir de um levantamento estatístico realizado no Brasil por Guimarães et al. (2004), encontrou-se que, dentre os casos de abuso sexual, 80% acontecem com crianças e adolescentes, e em 75% dos casos o abusador era o pai ou padrasto.

A partir desses dados, percebe-se a alta incidência de abusos sexuais que acontecem no seio da família – ou seja – os abusos sexuais incestuosos.

2.2 O Tabu do Incesto

Embora existam divergências quanto à noção de incesto, mais que os laços consanguíneos, essa ofensa sexual se caracteriza por envolver em sua trama pessoas de uma mesma família, seja esta de sangue ou afinidade. Será utilizada aqui a definição de Cohen, que chama de incesto o

abuso sexual intrafamiliar, com ou sem violência explícita, caracterizado pela estimulação sexual intencional por parte de um dos membros do grupo e que possui um vínculo parental pelo qual lhe é proibido o matrimônio (Cohen, 1993, p. 132).

Os autores Cohen e Gobbetti ponderam sobre a dificuldade de conceituar o incesto pelo fato de esse conceito envolver outros dois de cunho social, que podem “variar segundo a época e a cultura: o abuso sexual e a família” (Cohen, Gobbetti, 1998, p.2).

Com o intuito de contextualizar o incesto historicamente, percebe-se que ele está presente em diversas culturas desde a antiguidade.

No código Hamurábi, o mais antigo sistema de leis que se conhece, estava estabelecido o matrimônio monogâmico e de família patrilinear, e previstos quatro tipos de incesto (pai-filha, sogro-nora, antes e depois do matrimônio, e mãe-filho), e para cada um deles penalidades diferentes (Matias, 2006, p. 296).

Nos livros sagrados, como na Bíblia e no Alcorão, e nas concepções religiosas Grega, Judaica e Católica, as relações incestuosas foram condenadas e estigmatizadas como um crime repulsivo à consciência.

Esse horror ao incesto aparece com muita intensidade em algumas culturas, conforme afirma Cromberg (2001)

A palavra “incesto” designa circuitos muito variáveis de uma cultura a outra, mas cada vez que ela é empregada, suscita um autêntico sentimento de horror. Parece que cada cultura secreta uma teoria do incesto e seus oponentes. O incesto mesmo ou o simples fato de dever falar dele provoca um tal desgosto a alguns, que, por vezes, como na China e Indonésia, não se pode pronunciar a palavra. Compreende-se, então, que se trata do impronunciável (Cromberg, 2001, p. 21).

Apesar desse repúdio, o incesto foi prática permitida a alguns grupos, como contextualiza Cohen (1993), em seu livro “O incesto, um desejo”. Por exemplo: aos imperadores, considerados por algumas religiões como os representantes de Deus na terra; entre irmãos faraós, como forma de homenagear os deuses Isis e Osíris, no Egito Antigo; e pelos reis peruanos da época pré-colombiana, que esposavam suas irmãs em homenagem ao Sol e à Lua, com o objetivo de perpetuar a santidade da dinastia.

Em sua reflexão, o autor também considera que esses exemplos de concessões e de glorificação ao ato eram justificados pela origem divina e pureza de sangue dos envolvidos, e demonstram que a prática das relações incestuosas foi encarada de maneira diversa em diferentes momentos históricos. (Cohen, 1993).

O incesto, proibido social e culturalmente, somente se configura a partir da existência de normas que o definem. A proibição é necessária para que os desejos incestuosos sejam reprimidos, para que se possa evitar a atuação desses desejos e para propiciar, posteriormente, que os mesmos possam ser elaborados. Percebe-se, portanto, a importância de compreender como essa lei se estruturou nas sociedades.

As teorias biológicas concebem um “horror ao incesto inato”, ou seja, uma proteção natural contra os malefícios resultantes do cruzamento endogâmico, pois isso causaria uma diminuição da variabilidade dos genes. As ciências sociais priorizam a importância da exogamia, proibindo o casamento dentro do grupo familiar. Dentro dessa linha, que tem como ícone o antropólogo Lévi-Strauss, a proibição do incesto promove o processo de “culturalização”, permitindo uma estruturação social.

Os estudos de Lévi-Strauss acerca do tema do tabu do incesto visam demonstrar como o homem construiu, desde a sociedade primitiva, mecanismos para impedir relações que não seriam proibidas biologicamente, como não as são para os animais não humanos. Segundo ele, isso se dá porque o homem é ao mesmo tempo produto da natureza, portanto regido pela espontaneidade, e também produto da cultura, portanto regido por regras e normas (Lévi-Strauss, 1976, p. 45).

Essa dupla natureza lhe confere o caráter de ambiguidade em relação a alguns comportamentos. Por exemplo, o incesto, que “possui ao mesmo tempo a universalidade das tendências e dos instintos e o caráter coercitivo das leis e das instituições” (Lévi-Strauss, 1976, p. 47). Isso significa que, como ser biológico, o homem desejaria concretizar os desejos incestuosos, mas como ser cultural, os evitaria. Essa renúncia aos desejos seria, para ele, o fator que possibilitaria ao homem a passagem da ordem da natureza para a ordem da cultura.

Considerando essa passagem condição para a vida em sociedade, o autor trata o incesto como um tabu universal, ou seja, presente em todas as sociedades humanas, ainda que esse tabu recaia, em diversas culturas, sobre diferentes laços de parentesco.

A proibição do incesto apresenta, sem o menor equívoco, e indissolavelmente reunidos, os dois caracteres nos quais reconhecemos os atributos contraditórios de duas ordens exclusivas, isto é, constituem uma regra, mas uma regra que, única entre todas as regras sociais, possui ao mesmo tempo caráter de universalidade. Não há praticamente necessidade de demonstrar que a proibição do incesto constitui uma regra. Bastará lembrar que a proibição do casamento entre parentes próximos pode ter um campo de aplicação variável, de acordo com o modo como cada grupo define o que entende por parente próximo. Mas esta proibição, sancionada por penalidades sem dúvida variáveis, podendo ir da imediata execução dos culpados até a reprovação difusa, e às vezes somente até a zombaria, está sempre presente em qualquer grupo social (Lévi-Strauss, 1976, p. 46).

Ainda, o autor verifica que a interdição ao incesto deu origem a uma série de leis que regiam as uniões matrimoniais, determinando as formas de interação entre as famílias, bem como teria a função de garantir a existência do grupo e a circulação de bens dentro deste.

A partir das suas pesquisas, Lévi-Strauss afirma que a relação incestuosa é proibida por todos os povos em todas as épocas, assumindo, em cada uma delas, uma configuração particular, considerando a diversidade cultural e étnica.

Já a psicanálise Freudiana desenvolve a proibição do incesto em torno das instâncias psicológicas, demarcando limites e funções familiares, organizando o aparelho psíquico.

Freud constrói um paralelo entre o desenvolvimento ontogenético (indivíduo) e o filogenético (espécie) da espécie humana. Para que isso seja compreendido, é necessário recorrer ao seu estudo “Totem e Tabu” (1913/1980), no qual ele postula sobre as origens das organizações sociais, com as regras de convívio: as limitações sexuais e aos impulsos agressivos que estruturam uma sociedade. Nesse estudo Freud explica que cada tribo possuía um totem, do qual os homens acreditavam ser descendentes, e que regia as relações entre seus membros: não matar o totem, não ingerir o totem e proibir relações sexuais entre descendentes de um mesmo totem.

Para esclarecer as relações com o Totem, no entanto, Freud explica que nos primórdios os elementos de um clã se agrupavam em hordas lideradas por um macho adulto, que conduzia o grupo, composto pelas fêmeas e seus descendentes. Quando outro macho se aproximava, eles lutavam e o mais forte seguia com o bando. Quando os descendentes machos alcançavam a maturidade, eram afastados da horda e vagavam até encontrar outro grupo nos quais conseguissem a liderança. Segundo consta, os irmãos expulsos se uniram em rebelião contra o pai da horda primitiva e lutaram contra ele, com o intuito de terem acesso sexual às fêmeas do bando. Nessa rebelião, o pai foi morto e devorado.

Dada a ambiguidade de sentimentos dos filhos em relação ao pai – pois, ao mesmo tempo em que o odiavam por obstaculizar seus anseios de poder e seus desejos sexuais, o admiravam e invejavam suas qualidades – tiveram remorso sobre o acontecido. Em função do sentimento de culpa assim originado, que era comum aos irmãos, o pai morto tornou-se mais forte do que quando vivo, e o que até então era interdito pela sua existência real agora era proibido pelos próprios filhos, por meio de obediência. Assim, esses abriram mão das mulheres do clã. O totem, nesse caso, seria o substituto do pai morto, e a proibição de matar o totem, a anulação do parricídio cometido. Estariam então criados os dois tabus do totemismo, que coincidem com os dois desejos reprimidos do Complexo de Édipo: o homicídio e o incesto.

O complexo de Édipo seria também o responsável por introjetar no ser humano a noção do outro de forma que “algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente” (Freud, 1921/1976c, p. 42).

A constituição psíquica do homem vai se dar, basicamente, a partir da elaboração desse complexo, no qual os pais são protagonistas, para cada um. A possibilidade de renúncia a essa busca direta da realização dos impulsos incestuosos, nas primeiras fantasias sexuais da criança, é responsável pela formação do superego e conseqüentemente pelo desenvolvimento das condições básicas para a civilização. É essa elaboração que permitirá que sejam formadas as instâncias psíquicas do aparelho mental: id, ego e superego – consciência moral formada pela internalização da lei. Pode-se dizer que a elaboração do Complexo de Édipo tem uma importância central na teoria psicanalítica e no desenvolvimento psicológico do ser humano.

É a repressão dos desejos incestuosos que possibilitará o reconhecimento das funções do pai e da mãe, fundamentais para o desenvolvimento da identidade familiar e social, e é essa repressão que vai mostrar para o sujeito que existem limites para a realização de seus desejos, para sua conduta e que vai balizar o reconhecimento de si próprio. Sua premissa é de que a proibição do incesto está determinada pela cultura e pela vida psíquica do homem. Portanto, trata-se de um desejo universal, dos mais antigos do homem.

De acordo com a asserção de Freud, “não há necessidade de se proibir algo que ninguém deseja fazer e uma coisa que é proibida com maior ênfase deve ser algo que é desejado” (Freud, 1913/1980 p. 91). Ou seja, somente um desejo tão intenso justificaria a necessidade de uma proibição igualmente intensa, uma vez que não haveria razão em se proibir algo que ninguém deseja fazer.

Nesse contexto, o ato incestuoso parece, pois, se manifestar na ambivalência entre o desejo e o temor ao proibido. Trata-se do envolvimento real de membros familiares em atividades sexuais como carícias, toques, beijos e o ato sexual, violando as regras sociais e os papéis familiares.

2.4 Família, Funções Familiares e Dinâmica Familiar

A instituição denominada família perpassa por praticamente toda a história da humanidade. Entretanto, o conceito de família pode variar de acordo com a época e o contexto social no qual está inserido. Por exemplo, no Brasil, o Estado pretendeu normatizá-la e controlá-la. Os Códigos Civis, até 1988, tentaram impor à sociedade que a família fosse um conjunto de pessoas ligadas entre si pelo casamento e pela filiação ou ainda pela sucessão dos indivíduos descendendo uns dos outros. Ao longo do tempo e com as várias mudanças legais e constitucionais, principalmente a partir da Constituição de 1988, a premissa principal é a de que o estado deve proibir a violência intrafamiliar, primando pelo zelo, cuidado e proteção dos seus membros (Brasil, 1988).

Desde então, o paradigma da formação da família vem sendo alterado e ampliado, consolidando mudanças sociais e estruturais significativas. A família passou a poder ser definida como um organismo com caracteres sociais e culturais entre pessoas que compartilham afeto, influenciado por diversas variáveis: a possibilidade do divórcio, a inserção da mulher no mercado de trabalho, a pílula anticoncepcional, o incentivo por menores índices de natalidade, mães celibatárias – formando cada vez com mais frequência famílias monoparentais, reconstituídas, adotivas, homoafetivas, casais com um único filho ou mesmo sem filhos, comunidades formadas por vários parentes, por exemplo, irmãos, dentre outros tipos. A família nuclear que tem a procriação como finalidade principal, monogâmica e patriarcal, deixa de ser um modelo de prevalência.

De acordo com os referenciais teóricos desta pesquisa, a premissa psicanalítica sobre a formação da família se dá a partir da concepção de que o Complexo de Édipo é responsável por estruturar os limites e as primeiras leis do grupo humano: o tabu do incesto e o parricídio.

A concepção da antropologia, segundo Lévi-Strauss, é de que a família é definida como sendo um grupo no qual algumas condições e regras têm que se apresentar, por exemplo: a “existência de parentesco, a divisão do trabalho e regras que proíbem as relações sexuais e o casamento entre parentes

próximos.” Por parentesco ele define três tipos de relações de caráter universal: a sanguínea (entre irmãos), a de filiação (entre pais e filhos) e a de aliança (estabelecidas pelo casamento, envolvem genros, noras, padrastrós, etc.). Para ele, a família é

aquele grupo que tem como função proporcionar ao ser humano um lugar de pertencimento a partir de uma rede de relacionamentos e vínculos, dentre outras funções, como por exemplo, garantir a adequada formação do indivíduo, bem como o cuidado e proteção dos seus membros. (Lévi-Strauss et al., 1980 p. 34).

Segundo o autor, a família entra definitivamente no terreno da cultura, e “é a primeira instituição que nos afasta do estado animal de nossos ancestrais e que serve a dois fins: a proteção do homem contra a natureza e a organização dos homens entre si.” (Lévi-Strauss et al., 1980 p. 37)

Nessa perspectiva, as duas teorias convergem para definição de família adotada pelo CEARAS, que estabelece que a família é definida a partir da “função social de parentesco” exercida pelo grupo familiar, o que significa que “a família não está definida pela consanguinidade ou mesmo afinidade entre os membros, mas pela função parental social assumida pelas pessoas dentro do grupo” (Cohen e Gobbetti, 1998, p.239). Trata-se de uma definição que considera a família como um grupo no qual vínculos ou relações de confiança foram estabelecidos, e que abarca a questão da função na família, embora nem sempre seja possível existir para uma mesma família, as mesmas funções, já que esses papéis podem variar de acordo com as necessidades sociais de uma época e contexto.

Em consonância com essa compreensão de família, adotada pelo CEARAS, compartilha-se a visão de Kehl (2003), que afirma que a função familiar é de fazer “existir para a criança alguém que faça função paterna e alguém que se encarregue amorosamente dos cuidados maternos. Assim a família estruturará edipicamente o sujeito”.

Pode-se perceber que há um consenso dos autores psicanalistas quanto à importância das funções materna e paterna. Isso porque elas são responsáveis por questões centrais do desenvolvimento infantil, tanto no

âmbito biológico e psíquico, quanto nos âmbitos sociais e culturais, de forma que repercutirão diretamente na formação do ser adulto.

Alguns autores (Freud, 1910[1909]/1976b, Klein, 1933/1981, Winnicott, 1980) defendem a ideia de que a “mãe”¹ é aquela que cuida, entende, compreende os medos e as necessidades, dá sentido às percepções sensoriais, fisiológicas e afetivas do bebê, bem como acolhe a sua angústia. Expressa de formas diferentes, a função materna tem importância fundamental para os teóricos da psicanálise.

Nessa linha teórica, é a mãe quem se destaca como o agente da sedução logo nos primeiros meses de vida de um bebê. É ela quem alimenta a criança e cuida dela, ao mesmo tempo em que lhe desperta sensações corporais agradáveis e desagradáveis. É ela quem exerce a sedução sobre o bebê. Nesse sentido, para Freud, a mãe é o primeiro objeto de amor tanto de meninos quanto de meninas: à sedução dos cuidados maternos nenhum ser humano escaparia, já que à mãe são atribuídas duas funções estruturantes no trato com seu filho. Segundo ele,

no período em que o principal interesse voltava-se para a descoberta de traumas sexuais infantis, quase todas as minhas pacientes contavam-me haverem sido seduzidas pelo pai. [...] E agora encontramos mais uma vez a fantasia de sedução na pré-história pré-ediapiana das meninas; contudo, o sedutor é regularmente a mãe. Aqui, a fantasia toca o chão da realidade, pois foi realmente a mãe quem, por suas atividades concernentes à higiene corporal da criança, inevitavelmente estimulou e, talvez, até mesmo despertou, pela primeira vez, sensações prazerosas nos genitais da menina (Freud, 1932[1933]/1976a, p. 148).

A primeira função estruturante da mãe diz respeito à manutenção da vida do bebê, suprimindo as suas necessidades primárias – o aleitamento e a higiene –, essenciais para a sobrevivência deste. Por outro lado, suprir as necessidades fisiológicas não é suficiente. Ao mesmo tempo em que a mãe

¹ Diante das novas configurações familiares, tanto homens quanto mulheres têm exercido as funções ligadas tanto à maternidade quanto à paternidade, confirmando o caráter cultural da família.

nutre o seu bebê e cuida da assepsia dele, ela também erotiza o corpo da criança e a afaga com palavras.

Pode-se dizer que, ao extrapolar o cumprimento das tarefas dos cuidados meramente fisiológicos para algo diferente, com sentimentos derivados da própria vida sexual, como beijos, carícias e o próprio embalo, a mãe desperta a pulsão sexual do filho, consolidando a sua segunda função essencial.

Klein (1933/1981) menciona a importância do vínculo mãe-bebê no sentido de a mãe ser o receptáculo das angústias e do desamparo inicial da criança. A função materna, para a autora, tem a função de proporcionar alívio às ansiedades excessivas, discriminando-as e auxiliando o bebê no contato com seu mundo interno e com a realidade. Para Winnicott, a função materna diz respeito ao “holding”. Segundo ele, é a mãe que dá amparo, noção de existência e integração à criança. Para ele, “as bases da saúde mental do indivíduo, no sentido de ausência da psicose e predisposição à mesma, são definidas pelo cuidado materno” (Winnicott 1980, p.49).

A função paterna é referência na separação narcísica mãe-criança, de forma a interditar um vínculo incestuoso secundário - no qual a sexualidade é empregada de maneira destrutiva, configurando um desrespeito ao indivíduo. Ela insere-se como facilitadora da relação entre mãe-bebê, mas também representa a proibição, interditando a fusão entre a mãe e o bebê, e dá a contextualização da dupla.

Lacan apresenta a ideia de que o pai é aquele que ocupa um lugar específico de um poder normativo e tem uma função organizadora, que estrutura as leis de uma família. “Desempenha papel fundamental na transmissão da cultura, vez que instaura no sujeito a ética e a humanidade, bem como prevalece na primeira educação, na repressão dos instintos e na aquisição da língua acertadamente chamada materna” (Lacan, 2008 p. 24).

São essas algumas das concepções das funções dos pais, portanto, , neste estudo, a função principal a ser considerada será a transmissão da cultura – ou a proibição do incesto, que permite que o indivíduo se desenvolva eticamente. De acordo com Gobbetti:

a função dos pais é a de estimular a confiança da criança, dando continência as suas angústias, estruturando sua mente. Desse modo, a função dos pais, além de transmitir a cultura, permite que a criança (ao longo do seu desenvolvimento) passe também a distinguir o certo do errado. Mas, para que isso ocorra, são necessárias evidentemente certas premissas, entre elas, a proibição do incesto. (Gobbetti, 2000 p. 58)

Nesse contexto, é possível afirmar que, assim como outras, as funções fraternas desempenham papel importante no âmbito familiar, pois são fruto das alianças familiares centradas em torno do poder do pai, e responsáveis por garantir a coesão interna do grupo, como diz Freud em “Totem e Tabu”. São relações que se constituem com bastante intimidade imposta pelos pais, e não escolhidas. Essa é uma de suas peculiaridades. Os irmãos são coparticipantes de uma relação igualitária, duradoura e complexa, a qual permite que as partes aprendam a dividir, competir, negociar e colaborar.

Outras funções simbólicas podem ser atribuídas aos outros adultos tutelares, como avós e tios, por exemplo, pois os membros familiares assumem funções dentro da família e se relacionam de forma complexa.

A essa forma de relacionamento chama-se dinâmica familiar. A vida familiar é constituída com base na organização gerada por essas interações, que tanto podem ser para a proteção, desenvolvimento e defesa dos seus membros, como também podem ter um caráter ameaçador, fragmentador e desorganizador para os membros familiares.

De maneira geral, no caso das famílias em que ocorrem casos de abuso sexual, ou nas famílias consideradas incestuosas, nota-se com frequência, que a dinâmica familiar tem como característica predominante a presença de um caráter ameaçador e fragmentador entre os seus membros, e, conseqüentemente, provocando relações disfuncionais entre eles.

A dinâmica familiar das famílias incestuosas apresenta características específicas, pois esses grupos familiares negaram, desconhecaram ou desrespeitaram o Tabu do Incesto e, conseqüentemente, sua função principal: a de estabelecer funções sociais aos seus membros. Portanto, uma família incestuosa é aquela que não introjetou a proibição do incesto e na qual as

representações das funções de pai, de mãe, dos filhos e dos outros adultos tutelares não correspondem a quem são designados, fazendo com que a família se relacione de uma maneira disfuncional. Segundo Cohen, uma das funções do tabu do incesto é levar ao “reconhecimento das funções de pai e de mãe, contribuindo para a aquisição de uma identidade familiar, que será o primeiro passo para a estruturação de uma identidade social” (Cohen, 1993, p. 129).

Com opinião semelhante ao pensamento de Cohen, Benini apresenta sua reflexão sobre a família incestuosa afirmando que

A família incestuosa é, como toda família, simbiótica, porém excede os limites da normalidade, transformando uma condição simbiótica (necessária e presente em todo núcleo familiar) em uma estrutura patológica que não permitiu o curso normal do desenvolvimento psíquico dos membros.” (Benini, 2012, p. 44)

Essa simbiose necessária serve como reservatório, que contém e acolhe as partes mais regredidas dos seus membros, para depois servir de alicerce nos processos de discriminação da personificação dos seus integrantes. Quando esses processos são ineficientes ou inexistentes, segundo a autora, a condição simbiótica do grupo familiar se “transforma em uma borda que aprisiona os membros e torna falho o desenvolvimento de seus integrantes” (Benini, 2012, p. 53). A autora prossegue afirmando que esse núcleo simbiótico patológico designa dois tipos de funcionamento das famílias incestuosas, que servem tanto para os relacionamentos interfamiliares como para os extrafamiliares, com o mundo:

- um, totalmente aglutinado, que não permite o desenvolvimento cognitivo-afetivo dos seus membros, no qual podem existir leis próprias, como a da ordem e dos costumes, representados por uma grande rigidez. Esse tipo de organização demonstra extremo rigor no controle dos relacionamentos extrafamiliares, impedindo de a sexualidade se manifestar. Os namoros não são aceitos e as relações sociais das crianças ou adolescentes devem restringir-se

somente ao núcleo familiar, restrição essa mantida sob as mais diversas alegações, inclusive religiosas. Dessa forma, ocorre até de algumas crianças serem impedidas de irem à escola, o que, em muitos casos, significa uma busca por manter o elemento externo distante.

- outro, totalmente desligado, esquizóide, disperso, que não permite o desenvolvimento dos aspectos protetores da família. Há um tipo de organização caótica, na qual o limite, a ordem e o cuidado estão ausentes, estando presentes os sentimentos de abandono e rivalidade, deflagrando várias dificuldades no cotidiano dos envolvidos.

Em ambos os casos, a falta de proteção das figuras parentais e a organização baseada na perversão de funções (na qual, por exemplo, o pai não assume sua função de colocar limites, a mãe não assume sua função de continência e proteção e os irmãos não apresentam envolvimento fraternal) são os aspectos que mais perturbam os integrantes do grupo familiar, e não a relação sexual, propriamente, pois que ela somente denuncia a troca dessas funções entre os membros, caracterizando essa disfunção familiar.

Essas disfunções aparecem de várias formas nos grupos familiares e não são reconhecidas pelo grupo como transgressão às regras e normas sociais.

A experiência de concretização do incesto denuncia uma falha na organização das funções na família e na dinâmica familiar, demonstrando um tipo de violência que se dá em um contexto dissimulado, no qual os papéis, funções e limites entre os membros familiares não são respeitados, impossibilitando sua inserção na sociedade. Ou seja, uma vez que ao sujeito não lhe é permitida a sua função de criança ou filho, para que por ele seja exercida uma função pela qual ele não se identifica, assim como a de pai ou chefe da casa, por exemplo, também não lhe é permitido o ingresso na cultura. A esse respeito, Gobbetti observa que:

A principal violência das relações incestuosas é a não diferenciação das funções familiares. Compreendemos que essa primeira discriminação de funções, que deveria

ocorrer na família, é a base do processo de humanização do indivíduo, o qual permitirá a este interagir de forma ética com o mundo (Gobbetti, 2000 p. 33).

Levando em conta a afirmação da autora, percebe-se que nestas famílias onde tal disfunção se estabelece, se faz necessário propiciar a esses indivíduos, a possibilidade de se reinterarem social e culturalmente.

2.5 A intervenção terapêutica

Os casos de violência sexual intrafamiliar envolvendo crianças e adolescentes chegam ao Poder Judiciário por intermédio do Conselho Tutelar, da Delegacia de polícia e do Ministério Público. Além dessas vias, os abusos sexuais infantis são, rotineiramente, denunciados nos processos judiciais de cunho familiar, envolvendo disputa de guarda do menor, alimentos, visitação, suspensão e destituição do poder familiar.

Esses casos são subnotificados, isto é, chegam ao judiciário em números inferiores aos reais. Conforme Dias (2007) e Pfeiffer & Salvagni (2005), apenas 10 a 15% dos episódios de abuso sexuais são denunciados.

Desses, 90% das denúncias envolvem membros da família da vítima, em 69,6% dos casos o autor é o pai biológico, em 29,8% o padrasto, em 0,6% o pai adotivo.

De acordo com Furniss (1993), quando o abuso sexual acontece e é notificado, são possíveis alguns tipos de intervenções: intervenção punitiva primária, intervenção primária protetora da criança e primária terapêutica.

A punitiva primária “indica a direção de um processo intervencional entre a família e a rede profissional, sendo dirigida contra a pessoa que cometeu o abuso, como perpetrador que é culpado da agressão, punindo-o, resultando muitas vezes em detenção do abusador” (Furniss, 1993, p.64). Esse tipo de intervenção apresenta alguns inconvenientes como, por exemplo, a ameaça para a criança de remoção da família, que pode resultar, para além da separação de figuras importantes de apego, na separação dos amigos, da escola e do meio social mais amplo (Furniss, 1993, p.63).

A primária protetora inclui as formas de intervenção em que a criança é o alvo da ação direta, com o objetivo de proteger seu desenvolvimento físico, emocional, moral e seu bem, uma vez que ela se encontra dependente e necessita de proteção.

Essas medidas tentam impedir que o abuso se repita. Portanto, constituem formas dolorosas psicologicamente, pois calcificam sistemas de ruptura, alimentando ressentimento e ódio entre os familiares. Por exemplo, em se tratando de casos nos quais o pai ou seu substituto é o alegado autor do abuso, este tende a ser excluído da vida da criança vítima e, em muitos casos, do contato com a família (Brito, 1999, Dantas, 2003, Dias, 2007, Souza, 2010). Apesar de serem legítimas e pertinentes em consonância ao ordenamento jurídico e social brasileiro, não constituem resposta suficiente às famílias que buscam suporte externo.

A terapêutica primária inclui todos os tipos de intervenção que objetivam tratar o trauma e modificar os relacionamentos familiares, oferecendo às pessoas e às famílias a possibilidade de enfrentamento do problema, ressignificando o fato, equacionando o conflito, cujo manejo escapa à utilização de seus próprios recursos internos. Sua efetividade se dá na potencialização de recursos familiares empregados no processo de reorganização da própria família, após a revelação do abuso sexual. Essa medida visa restabelecer a capacidade de amar dos indivíduos membros da família, principalmente da criança.

Cada uma tem a sua devida importância, porém diversos autores, tais como Furniss (1993), Faleiros & Faleiros (2001) e Oliveira (2003), enfatizam que, em casos de abuso sexual intrafamiliar nos quais crianças e adolescentes estão envolvidos, a atuação tem de ser, necessariamente, intersetorial e interinstitucional – e, além disso, integrada e com uma comunicação fluente entre os diversos segmentos. Alguns estudos (Deslandes, 1994, Habigzang *et al.*, 2006, Pelisoli *et al.*, 2007) sobre os processos de intervenção em casos de abuso sexual intrafamiliar indicam dificuldades quanto à efetividade das ações a partir de uma abordagem que não compreenda a família como totalidade numa perspectiva em que a mesma compareça ao processo de intervenção como objeto, em lugar de sujeito.

Significativa parcela das intervenções concentra-se basicamente em psicoterapia para as vítimas e processo judicial visando punição do autor. Portanto, os demais integrantes do grupo familiar – e não diretamente participantes da interação sexual abusiva – acabam sendo pouco considerados no processo de intervenção (Oliveira, 2012).

Ackerman chama a atenção para a

necessidade de abordagens que considerem a família como totalidade. Donde adverte para o fato de que as interações de comportamento individual e familiar precisam ser investigadas nestas três dimensões: 1 – as dinâmicas de grupo da família; 2 – os processos dinâmicos de integração emocional do indivíduo em seu papel familiar; 3 – a organização interna da personalidade e seu desenvolvimento histórico (Ackerman, 1986, p. 37).

Nesse sentido, em seguida será apresentada a proposta do CEARAS.

2.5.1 A terapia no CEARAS

O CEARAS funciona desde 1993, e faz parte do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Enquanto instituição acadêmica, desenvolve suas atividades baseadas no seguinte tripé: ensino, proporcionando estágio com duração de 18 meses a psicólogos interessados no tema; pesquisa, tratando o incesto como uma problemática familiar; e extensão, com o atendimento a mais de 300 famílias da comunidade.

O CEARAS trabalha em articulação com o sistema judiciário, e tem como proposta oferecer, exclusivamente, tratamento psicoterapêutico familiar às famílias que tenham tido uma denúncia de abuso sexual intrafamiliar formalizada juridicamente. Portanto oferece um atendimento inovador frente às famílias incestuosas, no que se refere a sua articulação com a Justiça e à compreensão da família como um todo, incluindo todos do grupo familiar na terapia, inclusive o "agressor", estigmatizado socialmente.

Trata-se de uma intervenção dirigida ao grupo familiar, que se concentra na dinâmica que levou à ofensa e a manteve, e não a qualquer membro da família especificamente, e que tem como objetivo fazer com que a família pense sobre aquilo que nunca pode ser pensado antes, o incesto, de forma que esse problema deixe de ser um “monstro” para ser algo real, de forma que pensar sobre ele permita que a família funcione de uma maneira saudável para seus membros. Espera-se uma mudança da percepção da família sobre o tabu do incesto.

A importância desse tipo de atendimento consiste em oferecer a possibilidade de que seja desfocado o problema dos dois componentes de uma “dupla”, muitas vezes rotulados na denúncia como ofensor e vítima, para que seja levada em consideração a complexidade e a ambiguidade envolvidas na dinâmica psicológica de todo o grupo familiar implicado na situação de abuso.

No grupo incestuoso há um ajuste para que todos, de certa maneira, tenham alguma satisfação, mesmo que isso pareça paradoxal e mesmo que essa satisfação, finalmente, produza uma patologia. Todos os membros têm benefícios primários e secundários nessa situação de incesto e, por isso, sair dela é muito difícil. Normalmente, não há a ideia de que o sofrimento que estão vivendo possa se referir à forma conjunta de organizarem as relações entre si.

As terapias de família vão, portanto, conduzir a atenção para o funcionamento da família enquanto grupo. Não se trata de fazer o grupo eliminar o sintoma, ou tentar compreender uma atitude especificamente, mas de tentar abordar a forma de funcionamento familiar, de forma que o sintoma seja simbolizado e compreendido. Meyer propõe uma reflexão sobre essa questão, observando que:

O grande aporte da terapia de família, sua grande novidade, é postular que existe um aspecto do sujeito que só é conhecido quando se reúne a família (seja na sua totalidade ou em parte). Aqueles aspectos identitários, que têm a ver com a vida familiar, são assim ativados nesse meio específico: a família (Meyer, 2002, p. 33)

O autor sugere que a dinâmica familiar patológica é “basicamente uma forma de funcionamento cristalizada, e que a simples entrada do terapeuta em

uma família causa desorganização” (Meyer, 2002, p. 46). Essa desorganização se faz necessária para que uma nova dinâmica familiar seja pensada.

Para que isso aconteça é necessário que a fala dos membros da família aconteça nesse espaço de conversa como possibilidade terapêutica, com o intuito de ressignificar o contexto da dinâmica incestuosa. Espera-se, portanto, que a terapia de grupo familiar com famílias incestuosas oferecida neste Centro de Estudos possibilite que a realidade objetiva seja discutida e a realidade psíquica dos membros familiares seja revisitada, de forma que seja elaborada uma nova representação social da relação incestuosa para cada membro familiar, possibilitando a construção da autonomia dos indivíduos e a reconstrução de seus projetos de vida.

3 METODOLOGIA

3.1 Objetivo Principal

Refletir sobre as mudanças primárias e secundárias apresentadas pelas famílias incestuosas que foram atendidas no CEARAS.

3.2 Objetivos Específicos

- Constatar nos prontuários das famílias atendidas a compreensão da necessidade da proibição das atitudes incestuosas e da atuação dos desejos incestuosos durante o tratamento no CEARAS;
- Observar nos prontuários das famílias atendidas compreensão sobre o tabu do incesto;
- Verificar nos prontuários das famílias atendidas a expressividade sobre a situação incestuosa;

3.3 Material e Método

3.3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva documental², de análise qualitativa, realizada com os dados coletados nos prontuários das famílias atendidas no CEARAS, que iniciaram e finalizaram o tratamento proposto, no período de 1993 a 2013.

3.3.2 - Critérios de Inclusão:

Foram incluídos no estudo os prontuários das famílias:

- Que tiveram o início e a finalização do processo de triagem;
- Que tiveram o início e a finalização do tratamento proposto;
- Que receberam apenas atendimento em grupo;

3.3.3 - Critérios de Exclusão:

Foram excluídos do estudo os prontuários das famílias:

- Que participaram somente do processo de triagem;
- Que não finalizaram o tratamento proposto;
- Que receberam atendimento em grupo e que tiveram membros familiares atendidos individualmente;

² A pesquisa documental, como procedimento de produção de dados, caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, como relatórios, reportagens de jornais, revistas, entre outras matérias de divulgação. Para o entendimento dessa modalidade de pesquisa, é fundamental observar o contexto em que foi produzido o documento, considerando os atores envolvidos em sua produção, a autenticidade de sua procedência e o público destinatário destas informações (Cellard, 2008).

3.3.4 -Amostra Final:

Os dados utilizados neste estudo referem-se ao período de Junho de 1993 a Dezembro de 2013. Na proposta inicial, 338 prontuários foram selecionados. Esse número corresponde ao total de famílias que passaram pelo serviço desde o início do seu funcionamento até Dezembro de 2013.

Considerando-se os critérios de inclusão e exclusão, esse número foi reduzido, como demonstrado no fluxograma abaixo, e finalmente foram 19 os prontuários que compuseram a amostra final dessa pesquisa.

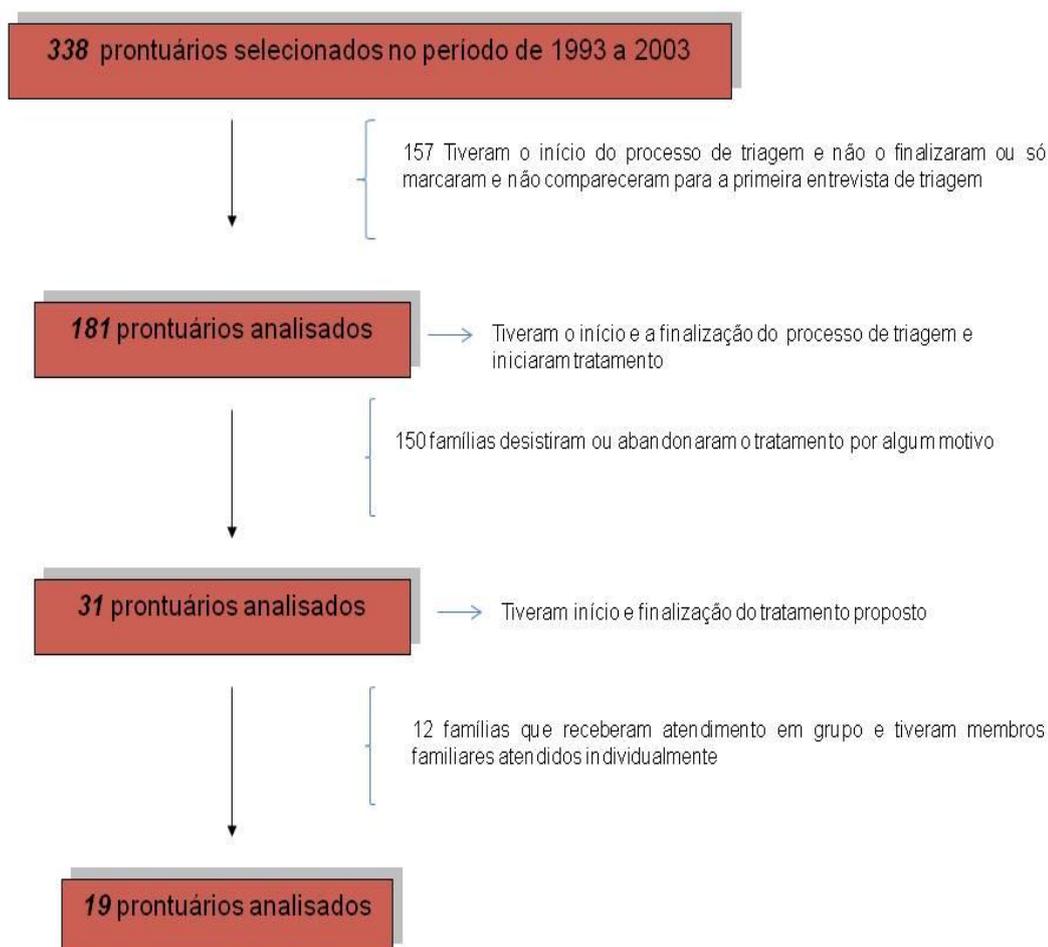


Figura 1 Fluxograma do Processo de Composição dos Prontuários Analisados

3.4 – Coleta e Análise de dados:

O material da pesquisa desta dissertação foi composto pela análise, durante o período de 2011 a 2014, dos prontuários do CEARAS que continham dados das famílias encaminhadas pelas Varas de Família ou Varas da Infância e Juventude do Sistema de Justiça da grande São Paulo e eventualmente das cidades fronteiriças do estado ao referido ambulatório no período de 1993 a 2013. O encaminhamento das famílias ocorreu após a realização de um processo de investigação pelas respectivas Varas de Família ou da Infância e Juventude, nos casos em que foram verificadas as relações incestuosas.

Os prontuários poderiam conter diversas fontes de informações, tais como:

- Ficha de identificação do prontuário e ficha de triagem;
- Cartas/bilhetes de encaminhamentos de juízes ou técnicos dos fóruns;
- Partes do processo judicial da família;
- Relatórios/Entrevistas de exploração semidirigidas de triagem;
- Relatórios abertos de atendimentos;
- Relatórios mensais semiestruturados;
- Relatórios finais semiestruturados;
- Desenhos, pinturas e outros materiais gráficos das famílias;
- Resultados dos testes TAT e CAT;
- Relatórios elaborados para os juízes;

Contudo, neste estudo, foram utilizados como instrumentos para a coleta dos dados sobre as mudanças das famílias durante a terapia, os seguintes itens dos prontuários:

- Ficha de identificação do prontuário e ficha de triagem;
- Relatórios/Entrevistas de exploração semidirigidas de triagem;
- Relatórios mensais semiestruturados;

- Relatórios finais semiestruturados;

O critério utilizado para a escolha desses itens foi que eles continham dados de identificação da família e dados elaborados e colhidos dentro do CEARAS.

Foram excluídos materiais produzidos nas varas de encaminhamento ou no fórum, bem como aqueles que contivessem resultados de testes projetivos, desenhos e outros materiais gráficos produzidos pelas famílias – pois a compreensão desses itens demandaria a eventual correção dos testes e a análise de desenhos livres, o que não estava previsto nesta pesquisa, que visou coletar os dados elaborados pelos terapeutas apenas.

Os dados contidos nos relatórios foram elaborados pelos terapeutas que atenderam as famílias. Esses relatos não foram interpretados para serem utilizados nesta investigação, ou seja, o que estava escrito nos mesmos foi compreendido de forma literal pela pesquisadora, tanto nas entrevistas de triagem, quanto nos relatórios parciais e finais. Os dados foram coletados com a permissão do orientador e do coordenador da instituição.

À medida que os prontuários foram sendo lidos e os dados da pesquisa foram sendo colhidos, gradativamente foi elaborada uma ficha com a finalidade de organizá-los. Isso foi fundamental para a análise que se seguiu.

Essa ficha foi dividida em duas partes: a primeira continha informações sobre a categorização dos atendimentos (tipo de atendimento, dinâmica do tratamento e condições de prontuário); a segunda continha campos de preenchimento sobre o tratamento segunda continha campos de preenchimento sobre o tratamento.

A primeira parte da ficha e suas 3 categorias de preenchimento:

1 - Tipo de Atendimento:

.familiar;

.familiar e individual para vítima e ofensor;

.familiar e individual;

2 – Dinâmica do Tratamento:

- .número de entrevistas de triagem;
- .duração do tratamento em meses;
- .número de faltas da família;
- .troca de terapeutas;
- .situação do tratamento: finalizado, desistência

3 – Condições do Prontuário

- .completo (contendo todos os relatórios mensais e final)
- .incompleto: número e tipo de relatórios ausentes (triagem, mensal ou final)

A Segunda Parte da Ficha:

Essa parte continha campos de preenchimento sobre o tratamento: as informações dos relatórios mensais e finais, especificamente as variáveis que indicassem mudanças durante os atendimentos. Essas variáveis poderiam indicar mudanças observadas pelos terapeutas em algum membro familiar, mudanças observadas pelos terapeutas na dinâmica familiar e/ou mudanças observadas pelos terapeutas no relacionamento social da família ou de algum membro desta, e estavam descritas nos campos de preenchimento 2, 3, 5 e 6 dos Relatórios Mensais (em anexo), e 4, 5, 6, 7, 10 e 11 dos Relatórios Finais (em anexo).

Observou-se, nessa etapa da pesquisa, que 25 variáveis de mudanças foram relatadas nos prontuários e estabelecidas ao longo da leitura dos mesmos:

- 1) Aquisição de camas individuais para os membros da família;
- 2) Mudança de residência para que cada um tivesse seu próprio quarto;
- 3) Estabelecimento de regras na convivência familiar;
- 4) Fim de agressão física entre os membros familiares;
- 5) Fim de agressão verbal entre os membros familiares;

- 6) Mãe se apropriou da sua função de mãe e do seu papel de mulher;
- 7) Pai se apropriou da sua função de pai e do seu papel de homem;
- 8) Discriminação das funções familiares;
- 9) Mudança na sexualidade da família;
- 10) Filhos deixaram de ser objeto erótico dos pais;
- 11) Percepção do outro enquanto indivíduo;
- 12) Mudança de casa de um dos membros familiares;
- 13) Auto crítica e crítica sobre o funcionamento familiar;
- 14) Aumento dos diálogos familiares;
- 15) Separação do casal;
- 16) Expressão dos sentimentos;
- 17) Desejo de estruturar a família;
- 18) Início de atividade escolar;
- 19) Início de atividade remunerada;
- 20) Início de atividade complementar;
- 21) Início de namoro com pessoa externa à família;
- 22) Casamento com pessoa externa à família;
- 23) Autonomia nas decisões;
- 24) Visita à casa dos pais separados;
- 25) Maior interação entre os membros familiares;

Após a coleta dos dados e o preenchimento das fichas, essas variáveis foram analisadas, sistematizadas e separadas em dois grupos, segundo critérios estabelecidos neste trabalho: um, denominado “mudanças primárias” e outro, “mudanças secundárias”.

As mudanças primárias foram consideradas aquelas que acontecem no âmbito intrafamiliar, no seio da família - onde se inicia o processo de humanização da criança - e estiveram relacionadas ao estabelecimento das funções familiares e à dinâmica familiar. Dizem respeito aos processos simbólicos individuais e do grupo familiar. Já as mudanças secundárias foram consideradas aquelas que acontecem no âmbito social e estiveram associadas aos relacionamentos sociais dos membros familiares, a partir da quebra do segredo familiar em relação ao tabu do incesto.

Mudanças Primárias (Funções Familiares e Dinâmica Familiar)

- Simbolização das funções familiares:
 - . mãe se apropriou da sua função de mãe e seu papel de mulher;
 - .pai se apropriou da sua função de pai e seu papel de homem;
 - .filhos deixaram de ser objeto erótico dos pais;
 - .mudança na sexualidade da família;
 - .discriminação das funções familiares;
 - .percepção do outro enquanto indivíduo;

- Expressividade sobre a situação incestuosa:
 - .aumento dos diálogos familiares sobre o tabu do incesto;
 - .expressão dos sentimentos em relação ao tabu do incesto;

- Compreensão da necessidade do Tabu do Incesto:
 - .auto crítica e crítica sobre o funcionamento familiar;
 - .aquisição de camas individuais para os membros da família;
 - .mudança de residência para que cada familiar tivesse seu próprio quarto;
 - .estabelecimento de regras de convivência familiar;

- Aproximação afetiva da família:
 - .diminuição/fim de agressão física entre os membros familiares;
 - .diminuição/fim de agressão verbal entre os membros familiares;
 - .maior interação entre os membros familiares;
 - .desejo de estruturar a família;

- Autonomia dos membros familiares:
 - .autonomia nos processos de tomada de decisão;

Mudanças Secundárias (Relacionamento Social)

- Atividades externas:
 - .início de atividade escolar;
 - .início de atividade remunerada;
 - .início de atividade complementar;
- Relacionamentos externos:
 - .início de namoro com pessoa externa à família;
 - .casamento com pessoa externa à família;
- Ruptura concreta da simbiose familiar:
 - .visita à casa dos pais separados;
 - .separação do casal;
 - .mudança de casa de um dos membros familiares;

Para organização e quantificação das informações colhidas, um banco de dados foi montado utilizando-se o programa Microsoft Excel, 2007. Realizou-se então, uma análise descritiva e quantitativa das variáveis categóricas e contínuas.

4 RESULTADOS

Os resultados da análise dos prontuários realizada nesta pesquisa estão representados nas tabelas assim como nos gráficos que se seguem ao longo desse capítulo.

Das famílias que foram encaminhadas para o CEARAS, 5,6% finalizaram o tratamento, considerando o período de 1993 a 2013 e o atendimento somente em grupo. Esse número (19 de 119) corresponde a 16% das famílias que iniciaram o tratamento somente em grupo.

Essas 19 famílias passaram pelo processo de triagem, finalizando-o. Elas também finalizaram o tratamento proposto, no período determinado de 12 meses, prorrogáveis por até 18 meses, embora tenha havido uma família que precisou de menos tempo (10 meses) para concluir esse processo, como pode ser visto na tabela abaixo.

As principais características dos atendimentos realizados, considerando os prontuários selecionados para a pesquisa estão descritas na Tabela1.

	N	%
Tipo de Atendimento		
Familiar	19	100
Dinâmica do Atendimento		
2 entrevistas de triagem	15	79
3 entrevistas de triagem	3	16
4 entrevistas de triagem	1	5
Média de entrevistas de triagem	2,2	
10 meses de tratamento	1	5
12 meses de tratamento	1	5
15 meses de tratamento	1	5
17 meses de tratamento	3	16
18 meses de tratamento	13	69
Tempo médio de duração do tratamento (meses)	16,3	
Condições de Prontuário		
Completos	11	58
Incompletos	8	42
Dos incompletos:		
Sem relatório de triagem	2	11
Sem algum relatório mensal	3	16
Sem relatório final	1	5
Sem algum relatório mensal e sem relatório final	2	11

Tabela 1: Caracterização dos prontuários selecionados

O processo de troca de terapeuta durante o tratamento dessas famílias foi analisado conforme descrito na Tabela 2. Observa-se que um maior número de mudanças ocorreu nas famílias que não passaram pelo processo de troca de terapeuta.

Troca de terapeuta	Mudanças primárias (ocorrências)	Mudanças secundárias (ocorrências)	Total
Sim	14	6	20 (38%)
Não	21	13	33 (62%)

Tabela 2 – Análise da relação troca de terapeuta x mudanças observadas

No Gráfico 2, observa-se a frequência e a porcentagem em que mudanças primárias e secundárias apareceram no conjunto de prontuários analisados. Em um mesmo prontuário poderiam aparecer uma ou mais mudanças em cada categoria, bem como mudanças em ambas as categorias ou nenhuma mudança.

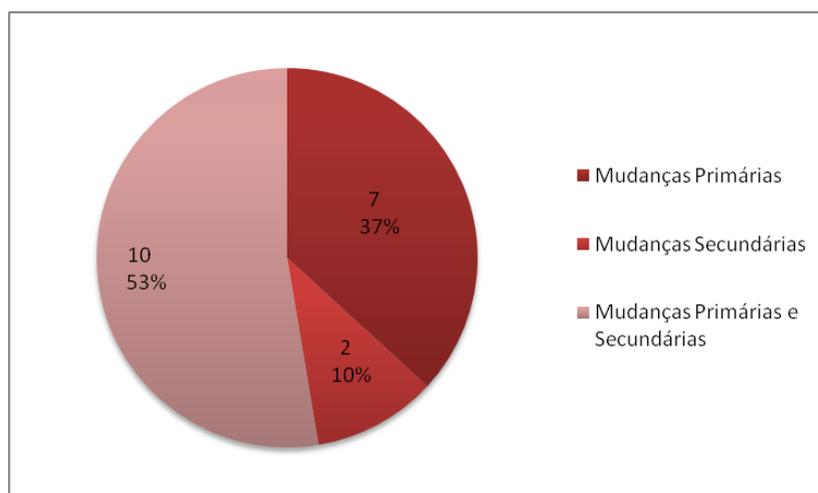


Gráfico 1 – Tipos de mudanças observadas nos prontuários analisados.

Percebe-se, portanto, que a maioria das famílias da amostra selecionada apresentou mudanças em ambas as categorias e que o número de famílias que tiveram somente mudanças secundárias relatadas é significativamente menor do que as que tiveram somente mudanças primárias relatadas.

Na Tabela 2 estão apresentadas as frequências e porcentagem de cada ocorrência no conjunto de prontuários analisados.

	Ocorrências observadas (N)	Ocorrências observadas (%)
Mudanças Primárias		
Simbolização das funções familiares	13	68
Expressividade sobre a situação incestuosa	5	26
Compreensão da necessidade do Tabu do Incesto	10	53
Aproximação afetiva da família	4	21
Autonomia dos membros familiares	3	16
Mudanças Secundárias		
Atividades externas	6	32
Relacionamentos externos	6	32
Ruptura concreta da simbiose familiar	7	37

Tabela 3 - Frequência das mudanças observadas nos prontuários analisados.

A Figura 2 ilustra a frequência das mudanças observadas nos prontuários analisados.

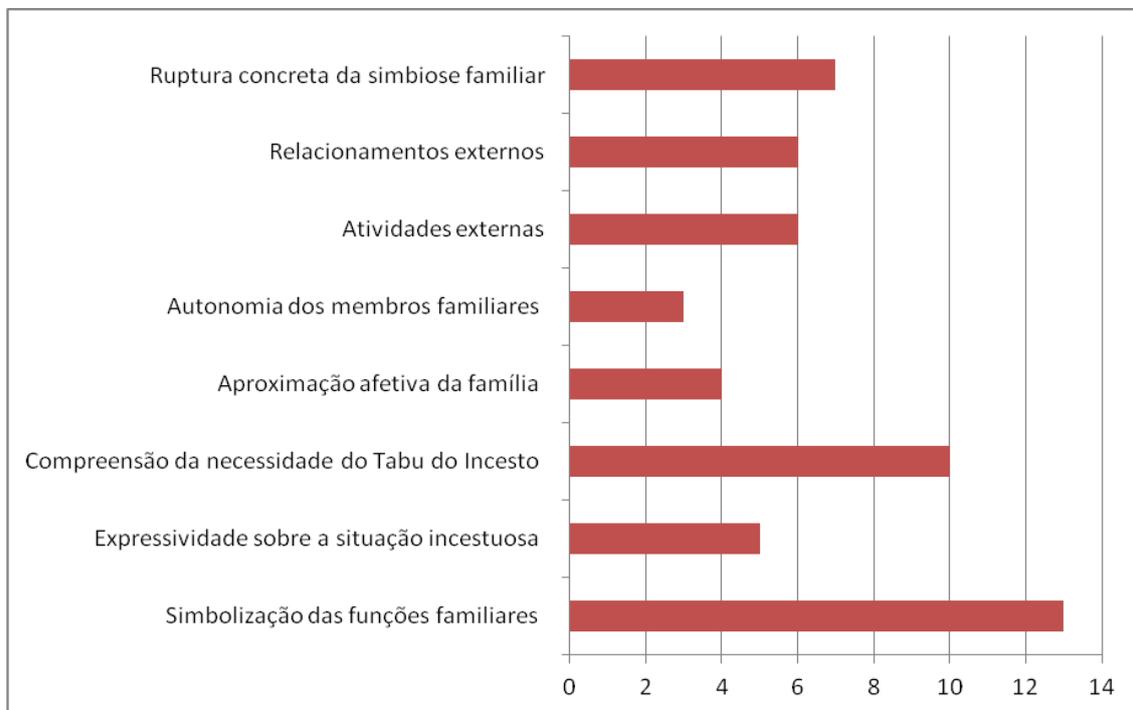


Figura 2: Frequência das mudanças observadas nos prontuários analisados

Em relação às mudanças primárias, observa-se que a simbolização das funções familiares foi a mais frequente e a autonomia dos membros familiares a menos frequente nos prontuários analisados. Observa-se uma baixa ocorrência de mudanças secundárias, contudo. Dentre as citadas, a ruptura concreta da simbiose familiar ocorreu com maior frequência do que o início de atividades externas e relacionamentos externos, que ocorrem com frequência iguais. Observa-se também que as mudanças secundárias tiveram uma pequena variação nas suas ocorrências, o que permite concluir que não houve um predomínio de nenhuma mudança nos prontuários analisados.

Percebe-se que as principais mudanças observadas nas famílias em tratamento no CEARAS foram em relação à simbolização das funções familiares e da compreensão das atitudes incestuosas.

Nas duas famílias que apresentaram somente mudanças secundárias, estas foram em relação ao início de atividade externa.

5 DISCUSSÃO

Essa dissertação buscou compreender as mudanças realizadas pelas, e nas famílias a partir do tratamento no CEARAS. As análises dos prontuários trouxeram descobertas contextuais, que corroboraram a hipótese posta inicialmente: são possíveis mudanças no grupo familiar a partir do tratamento proposto nesse Centro de Estudos.

Para se chegar a essa conclusão, foi realizada extensa pesquisa nos prontuários das famílias atendidas na instituição, o que possibilitou não somente a análise das variáveis relacionadas diretamente ao estudo - os relatos nos prontuários sobre as mudanças - mas também a análise de outras variáveis relacionadas ao modelo do tratamento, principalmente no que diz respeito à sua dinâmica. Esses resultados puderam ser observados de forma objetiva a partir dos dados coletados nos prontuários para essa pesquisa.

Inicialmente, cabe contextualizar alguns aspectos do Centro de Estudos e Atendimentos Referente ao Abuso Sexual (CEARAS). Trata-se de uma instituição alocada no Instituto Oscar Freire, que faz parte do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A proposta institucional almeja uma parceria entre a Universidade, o Estado e a Sociedade Civil, para que seja viabilizada uma nova forma de lidar com o abuso sexual que ocorre dentro do seio familiar – o incesto. Por ser um serviço oferecido em uma instituição, entende-se que a prática dos atendimentos seja permeada por algumas questões importantes que devem ser suscitadas, pois elas podem ter relação direta com o resultado do tratamento e com as mudanças apresentadas pelas famílias, fatores observados nessa pesquisa.

O primeiro dado que chama à atenção refere-se ao alto índice de evasão e desistência ou abandono do tratamento das famílias que o iniciaram. Dos 338 casos encaminhados no período de 1993 a 2013, 46,4% das famílias encaminhadas pelo juiz não chegaram a iniciar o tratamento, sendo que algumas finalizaram a triagem e outras apenas marcaram a triagem e não compareceram. 44,6% iniciaram o tratamento, portanto desistiram ou o

abandonaram em diferentes momentos, inclusive quando estavam próximas da finalização, sendo que, dentre essas, 22% (40 famílias) tinham mais de 12 meses de tratamento. Apenas 9% finalizaram todo o processo, nas duas modalidades de tratamento que foram oferecidas neste período: em grupo, com possibilidade de atendimentos individuais em paralelo, e em grupo. Dessas, 5,6% foram famílias atendidas somente em grupo e que correspondem à amostra desta pesquisa³. Para esse fato são apresentadas algumas hipóteses.

A primeira delas diz respeito aos encaminhamentos para a instituição. O CEARAS tem uma única porta de entrada para as famílias atendidas, que é via sistema judiciário: todas as famílias encaminhadas devem ter uma denúncia referente ao abuso sexual intrafamiliar formalizada juridicamente e devem ter o tratamento recomendado por um juiz das varas de família ou da infância e juventude. A denúncia é requisito para o tratamento, pois é o primeiro ato que torna público o fato de o abuso sexual ter ocorrido na família. Concordando com Cromberg,

a revelação do incesto é importante porque a noção de segredo é um elemento fundamental da situação incestuosa, na qual guardar o segredo é limitar as trocas, os recursos e, portanto, favorecer e perenizar o incesto. Colocar-se a questão da existência de um perigo para a criança é a primeira resposta para o juiz, à medida que isso obriga a família a sair do seu enquadre e a se referir a outras normas, a outras leis, diferentes que aquelas que existem em seu seio. (Cromberg, 2001, p. 253).

Além disso, o psicólogo não se vê diante do dilema ético entre fazer a denúncia de abuso sexual - pois como determinado no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), os profissionais da saúde e educação têm o dever de denunciar as possibilidades de violência contra a criança e adolescente -, e ter a confiança da família para que o tratamento seja possível. O fato de a denúncia ter sido feita facilita a vinculação à terapia.

Não há, no entanto, uma obrigatoriedade prevista em lei para que a família cumpra com os atendimentos terapêuticos. Sendo assim, a indicação do tratamento não é dada como obrigatoriedade para as famílias, mas como

³ Importante destacar que desde o ano de 2000 não há atendimentos individuais.

sugestão do juiz. O tratamento visa o zelo pela família e o resguardo aos direitos das crianças ou adolescentes pertencentes a ela, protegendo-as, também de acordo com as medidas de proteção previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Apesar de não configurar obrigatoriedade, a figura da justiça, encarnada em seus representantes, simboliza a autoridade, a força, a lei externa, frente às famílias, asseverando a importância do trabalho terapêutico (Selosse, 1989). Isso, de alguma forma, acaba sendo transmitido para as famílias encaminhadas. Outra função importante do papel do juiz é que ele, enquanto representante da lei, atua como um primeiro fator externo que se impõe para a organização familiar nas famílias incestuosas, nas quais o limite dado através das funções familiares praticamente não existe. Conforme descreve Benini, esse limite, para as famílias em questão, pode ser visto também como um limite externo a se haver, incidindo na configuração do princípio da realidade em detrimento do princípio do prazer, modo de funcionar tão presente na familiar incestuosa (Benini, 2012).

Constata-se na literatura (Pombo-de-Barros & Marsden, 2008, Louzada, 2003), em relatos que descrevem esse cenário em outras instituições, que nesse modelo de atendimento (em que as famílias são encaminhadas pelo fórum e não procuram o serviço espontaneamente), muitas vezes, as mesmas não compreendem a pertinência do tratamento. Ao mesmo tempo, sem essa compreensão, tais famílias se sentem obrigadas a cumpri-lo, visto que este foi determinado por ordem judicial.

Esse fator gera uma necessidade de a equipe de atendimento construir, junto ao grupo familiar, essa demanda. Isso significa que o problema do incesto, o sintoma familiar que os colocou em crise, deve ser apresentado ao grupo. Isso porque, para as famílias incestuosas, o incesto não é compreendido como uma transgressão ou um problema. As leis e regras próprias destas famílias fazem com que o grupo familiar não compreenda, de forma consciente, esse interdito. O funcionamento familiar, do ponto de vista da família, não é prejudicado pelo descumprimento desse tabu, como pode ser visto no segundo capítulo deste trabalho (revisão de literatura). Muitas vezes a família não está disposta a reconhecer o lugar social que ela ocupa no

momento do encaminhamento, e isso gera uma resistência a fazer o tratamento em uma instituição tão específica, que nomeia aquilo que até então era inominável para ela. Do ponto de vista da psicanálise, percebe-se uma resistência da família em entrar no dispositivo transferencial, demonstrando uma indisponibilidade para o tratamento.

Uma vez ele iniciado, a família pode se deparar com um conflito: o próprio tratamento. Explica-se. O senso comum transmite a ideia de que a psicologia consiste em “dar conselhos”, verificando-se uma concepção assistencial da profissão, conforme explica Mendes em sua pesquisa “Um estudo exploratório sobre a imagem profissional do psicólogo”, realizada em 2008. Segundo essa pesquisa, as imagens que representam o psicólogo “estão, em última instância, relacionadas, em sua maior parte, à função de ajudar, orientar, dar caminhos, solucionar problemas e algumas vezes até de ‘salvar’ as pessoas” (Mendes, 2008, p. 30). Portanto, muitas vezes as famílias encaminhadas têm a expectativa de que serão magicamente ajudadas pelos psicólogos e que uma solução será encontrada facilmente para as questões que permeiam a vida psíquica familiar.

Uma terapia de família com base psicanalítica não fará isso. A função da psicanálise é a de auxiliar as famílias no percurso de um reconhecimento das suas questões. Ou seja, a psicanálise está em condições de fazer com que cada um reconheça suas funções e direitos, e com que a família, enquanto grupo, se inscreva no seu laço social particular. Esse desencontro entre a expectativa das famílias e a proposta de intervenção pode gerar um ciclo de frustração e abandono do tratamento, o que configura uma terceira hipótese acerca do alto índice de abandono e/ou desistência do mesmo.

Outra hipótese apontada para tentar compreender esse número é o fato de o tratamento ser oferecido gratuitamente. Entende-se que, tanto na psicanálise como nas outras formas de psicoterapia, a cobrança de um valor, mesmo que simbólico, é fundamental para o empenho do paciente em seu tratamento. Quanto a isso, faz-se pertinente a referência a Freud sobre o início do tratamento, quando ele diz que constitui fato conhecido que “o valor do tratamento não se realça aos olhos do paciente, se forem pedidos honorários

muito baixos” (Freud, 1913/1980, p. 173). Contudo, outros estudos devem ser realizados para uma melhor avaliação dessa variável.

Pode-se supor, a partir do exposto, que as famílias que finalizaram o tratamento consistem em um grupo que compreendeu essas questões e conseguiu usufruir da oportunidade oferecida a elas de ressignificar as relações familiares. Ficam aqui, portanto, quatro pontos importantes que podem contribuir para futuras discussões e estudos sobre a clínica no âmbito institucional: os encaminhamentos (ou a porta de entrada para o tratamento), a demanda (que não vem formulada, mas precisa ser construída junto ao grupo familiar atendido), a representação social do psicólogo e dos profissionais que trabalham com saúde mental diante do público que utiliza os serviços e, por fim, a questão dos valores para o tratamento.

As famílias atendidas pelo CEARAS e as que finalizaram a terapia familiar proposta passaram por alguns momentos no percurso dentro da instituição. O primeiro deles, a triagem.

A triagem é o momento em que são convocados ao CEARAS os membros da família originalmente nomeados pelo fórum. Ela é realizada por uma dupla de terapeutas, e tem a finalidade de compreender o motivo da denúncia, como aconteceu o encaminhamento, e principalmente quem é a família envolvida na dinâmica incestuosa em questão e como ela se apresenta. Em um momento cultural em que várias configurações e formações de família são possíveis, tal como foi constatado na revisão da literatura, “qual é a família?” é uma pergunta fundamental a ser respondida antes que seja iniciado o tratamento. Pode ser que na primeira entrevista os terapeutas entendam que a configuração familiar, do ponto de vista afetivo, não seja exatamente aquela indicada pelo juiz, e podem convidar outros membros da família a se juntarem ao grupo nas entrevistas subsequentes.

Esse processo, de acordo com as normas institucionais, pode consistir em, no mínimo, um encontro, podendo chegar a 3. Em casos pontuais, são necessários mais encontros. Nesta pesquisa, a maioria das famílias passou por duas entrevistas de triagem, e apenas uma família precisou de 4 entrevistas para que fossem esclarecidos os itens acima expostos.

É importante salientar que nesse momento, mesmo ele sendo prévio ao tratamento, com a entrada de terceiros na dinâmica da família e com o fato de o segredo familiar ter sido rompido, mudanças podem começar a acontecer, como também observado nos estudos de Wernet & Angelo (2003), que dizem que toda e qualquer vivência interfere e altera o funcionamento da família. Portanto, a triagem é de suma importância, não somente para a equipe de atendimento – que compreende melhor a denúncia e os papéis sociais dos membros da família - mas também para a própria família, que pode começar a se situar diante do processo terapêutico.

Finalizado esse procedimento de triagem, a família nomeada pelos terapeutas é convidada a iniciar a terapia familiar.

No CEARAS o tratamento é realizado por uma dupla de terapeutas, diferente daquela que realizou a triagem. Esse modelo de atendimento também é adotado em outras instituições que atendem o grupo familiar (Mohl, 2010, Penso et al, 2010). Essa configuração justifica-se, pois o incesto é uma problemática ampla, que mexe com as motivações inconscientes tanto dos terapeutas quanto dos indivíduos da família. Concordando com Lopes & Hemsli (1994), o trabalho em conjunto visa aumentar a caixa de ressonância, ou seja, oferecer mais canais abertos à percepção da dinâmica do grupo atendido, além de diminuir a ansiedade de cada um dos terapeutas. Um requisito importante nesse modelo de co-terapia é que não exista hierarquia entre os profissionais. Ambos devem estar no mesmo nível para poderem cumprir a função desse trabalho.

Os terapeutas são designados para atender a família de acordo com a disponibilidade dos horários dessa, e preferencialmente de forma que o período de permanência na instituição coincida com o período de tratamento da família, para que eles não precisem ser substituídos.

Quanto a essa condição dos terapeutas, são apontadas duas questões. Primeiramente, o fato de os terapeutas serem designados, e não escolhidos pela família, o que está diretamente relacionado à questão transferencial (Freud, 1910[1909]/1976b). Outra, o fato de eles poderem ser eventualmente substituídos durante o tratamento. Ainda que exista uma tentativa de controle nesse sentido, de maneira que cada terapeuta tenha tempo de completar a

tarefa terapêutica, é frequente que não consigam fazê-lo devido a algum imprevisto, fator externo, ou pelo motivo de que se esgotou o seu tempo na instituição. Nesses casos, as trocas são necessárias. Essas trocas ocorreram em 32% das famílias atendidas nessa pesquisa. Acredita-se que isso pode ter influenciado nos resultados do tratamento delas, pois houve variação expressiva na ocorrência de mudanças nesses dois grupos. As famílias nas quais houve troca de terapeutas apresentaram 38% na ocorrência de mudanças observadas nos relatórios, enquanto que as que não passaram por essa troca apresentaram 62% de ocorrência das mudanças totais. Outros estudos, como os de Gauy & Fernandes (2008), também chegaram à conclusão de que as trocas de terapeutas em algum momento durante o tratamento podem influenciar negativamente os resultados do mesmo.

Concordando com Ferreira (2003), pode-se dizer que há grande importância do trabalho da transferência durante o tratamento e então, de um vínculo entre os terapeutas e a família na busca dos processos inconscientes que os permeiam. Segundo o autor, é preciso se pensar nas condições de trabalho atuais de tais instituições, que permitem uma troca constante de terapeutas no período de atendimento, representando um rompimento prematuro dessa relação transferencial. Conclui-se que a transferência da família não ocorre somente com a instituição, mas também com os terapeutas envolvidos no tratamento.

Uma vez finalizada a triagem e iniciada a terapia, são colocadas para a família outras condições do tratamento: a questão do tempo, das faltas e da relação com o fórum.

O CEARAS se propõe a oferecer um tratamento de terapia familiar com duração de no mínimo 12 e no máximo 18 meses. Quando as famílias completam os 12 primeiros meses de tratamento, é realizado um novo contrato entre a família e os terapeutas para que o tratamento se prolongue por mais um período de 6 meses caso as partes achem necessário.

Durante todo esse tempo em que as famílias estão na instituição, elas não podem faltar três vezes consecutivas sem justificativa para não serem desligadas. Para elas, é fundamental que saibam disso, pois faz com que tenham que lidar, mais uma vez, com o limite – questão tão importante.

Nesta pesquisa, a maioria das famílias cumpriu com o período máximo estipulado. Apenas uma família permaneceu por um período inferior ao mínimo, 10 meses, o que não a impediu de concluir o processo da terapia familiar no CEARAS.

Durante todo o período em que a família está na instituição – desde o encaminhamento até a finalização da terapia - existe uma comunicação entre o fórum e o CEARAS. À medida que as etapas vão acontecendo, os terapeutas vão informando ao juiz, através de ofícios, sobre o processo terapêutico do grupo familiar. Nesses relatórios são demarcados principalmente o início, ou seja, a chegada da família à instituição, a família que foi recomendada para o tratamento, a formalização da finalização do tratamento ou desligamentos, e, eventualmente, os terapeutas podem ser solicitados a responderem a alguma determinação jurídica sobre o andamento do processo. Esses relatórios não contêm, portanto, informações referentes ao conteúdo da dinâmica familiar, mantendo o sigilo do tratamento da família, respeitando-se o código de ética do profissional. Esse sigilo quanto às informações recebidas pelos terapeutas não atende apenas ao compromisso ético da profissão, mas possibilita um fator primordial para a ocorrência de um atendimento terapêutico, que é a criação de um vínculo de confiança entre a família e os terapeutas.

A família é informada do teor dessa comunicação entre fórum e CEARAS, o que acaba funcionando como mais um dado de realidade para o grupo familiar, contendo a ansiedade e a fantasia de que haveria conhecimento judicial sobre o tratamento, ou uma comunicação frequente entre as duas partes (terapeutas-juiz). Sobre isso, Gobbetti (2000) aponta que esse diálogo entre áreas distintas acaba levantando muitas questões éticas, sendo um problema constante a noção da confidencialidade entre os profissionais que assistem esta população.

Além desses relatórios técnicos, são elaborados relatórios sobre as entrevistas de triagem, mensalmente sobre os atendimentos, e sobre a finalização do processo. Esses são chamados de relatórios semiestruturados de atendimento, e foi a partir deles que foram coletados os dados sobre os atendimentos das famílias neste estudo.

Tais relatórios são preenchidos pelos terapeutas que atendem as famílias e, portanto, traduzem o que acontece nos atendimentos. Neles estão descritos aspectos objetivos do tratamento, como por exemplo, a presença da família nas sessões, novas informações a respeito do histórico de abuso sexual da família, mudanças na organização familiar, bem como aspectos subjetivos observados pelos terapeutas, por exemplo, o grau de disponibilidade à terapia, mudanças no funcionamento da família e as percepções dos terapeutas em relação ao atendimento.

Um aspecto a ser destacado é que nos 19 prontuários analisados constatou-se que existe uma deficiência no preenchimento desses relatórios, tanto nos de triagem, quanto nos mensais e finais. Quase metade dos prontuários (42%) se apresentou incompleta, com um ou mais relatórios ausentes. Alguns possuíam campos de preenchimento em branco, grafia ilegível ou informações muito generalizadas, que não transmitiam conteúdo compreensível, por exemplo: “família progrediu” (sic), ou “aproveitaram o espaço de atendimento” (sic) – o que torna inconclusiva a extração dos dados sobre aquela família nos parâmetros da pesquisa. Nessa análise, portanto, só foram avaliadas a ausência e presença dos documentos. A frequência dessas outras variáveis (campos em branco, grafia e conteúdo incompreensível) não foi calculada.

No âmbito institucional, ressalta-se a necessidade de instruir e/ou capacitar os terapeutas sobre a importância da elaboração de todos os relatórios referentes aos atendimentos, bem como do preenchimento de seus campos, para que os arquivos possam representar com mais precisão o que de fato acontece com as famílias que passam pelo tratamento no CEARAS, e para que outras pesquisas possam ser realizadas com mais riqueza de conteúdo e consequentemente resultados mais exatos.

Outros estudos, como os de Setz & D`Innocenzo (2009) e Silva & Tavares-Neto (2007), também constatam que a falta de informação descrita em prontuários pode trazer prejuízos às pesquisas institucionais e reforçam a necessidade de um maior empenho dos profissionais de saúde no preenchimento dos documentos referentes aos atendimentos prestados.

Em uma esfera mais ampla, o preenchimento adequado dos relatórios e formulários pelos profissionais de saúde pode contribuir inclusive para o levantamento de dados e aprimoramento de políticas públicas de saúde

As constatações acima possibilitaram suscitar questões que dizem respeito à dinâmica do CEARAS e a outros aspectos institucionais, o que pode servir como gatilho para reflexões diversas.

Mesmo com essas limitações, é importante destacar a percepção de mudanças efetivas nas famílias. Através da leitura dos relatórios dos prontuários, puderam ser observadas várias mudanças relatadas pelos terapeutas no decorrer do tratamento, tanto na dinâmica intrafamiliar quanto nas relações sociais das famílias atendidas. Pretendeu-se obter um panorama geral da dinâmica afetiva, psicológica e social das famílias, através da revelação de possíveis padrões de interação comuns aos grupos nos quais ocorrem as relações incestuosas: as situações de ambivalência afetiva existentes, as dificuldades de percepção acerca de si e do outro, focos de tensão e agressividade.

Estudos como os de Cohen (1993), Gobbetti (2000) e Benini (2012) apontam para o fato de que as famílias incestuosas estabelecem modos de funcionamento peculiares que podem ter características tanto de dispersão quanto de aglutinação, que indicam a disfuncionalidade da organização familiar, de forma que sua integridade esteja constantemente em risco. Pode-se dizer, a partir desses estudos, que a participação das famílias no tratamento proposto possibilitou algumas mudanças nos aspectos disfuncionais das mesmas.

Foram apontados dois grupos de mudanças: primárias e secundárias. Esses termos foram escolhidos para nomear esses grupos, de acordo com a qualidade das mudanças neles compreendidas.

As mudanças primárias dizem respeito àquelas que acontecem no âmbito intrafamiliar, ou seja, no primeiro ambiente no qual a criança entra em contato com as experiências humanas e éticas (Freud, 1980, Cohen, 2003, Lévi-Strauss, 1976, Cohen & Gobetti, 1998). A hipótese é de que elas foram acontecendo à medida que a família reconheceu a situação incestuosa,

entrando no tratamento, e se propôs a construir limites entre os membros, tanto emocionais quanto físicos, contendo a atuação incestuosa entre eles.

Tal como dito no segundo capítulo deste trabalho (revisão da literatura), a proibição do incesto é um fator organizador, demarcador de limites e condição para o desenvolvimento do ser humano, pois reconhecer o tabu do incesto e não atuá-lo permite a diferenciação de funções dentro da família, possibilitando o desenvolvimento tanto do indivíduo quanto do grupo.

As mudanças primárias estiveram relacionadas principalmente à funcionalidade familiar. Conforme descrito anteriormente, algumas variáveis importantes foram observadas e foram formados 5 grupos a partir dos dados coletados nos relatórios dos prontuários analisados:

- 1) simbolização das funções familiares;
- 2) expressividade sobre a situação incestuosa;
- 3) compreensão da necessidade do Tabu do Incesto;
- 4) aproximação afetiva da família; e
- 5) autonomia dos membros familiares.

A simbolização das funções familiares foi a mais prevalente das mudanças, portanto pode ser considerada de maior relevância neste trabalho.

De acordo com os parâmetros teóricos adotados no CEARAS, considera-se que a maior violência em uma família incestuosa é a indiferenciação dos papéis familiares, ou seja, a confusão e a perversão das funções familiares, como diz Gobbetti em pesquisa realizada na mesma instituição no ano de 2000. Percebe-se, portanto, que os membros de uma família incestuosa não exercem com critério seus papéis dentro do grupo familiar, não simbolizam as funções familiares, impossibilitando o desenvolvimento psíquico e social, individual e do grupo. A expectativa no tratamento nesta instituição é de que mudanças referentes a esse aspecto ocorram nas famílias a ele sujeitas.

Nos relatórios dos prontuários analisados nesta pesquisa, houve um grande número de ocorrências de mudanças referentes à simbolização das funções familiares (68%). Pode-se inferir a partir desse dado que a terapia familiar se mostrou favorável para que a simbolização das funções familiares se tornasse uma realidade possível para os membros do grupo familiar.

Os relatos dos terapeutas nos prontuários revelam que o pai, muitas vezes, assumiu a função de colocar limites, a mãe, a função de continência e proteção, por exemplo, e que a sexualidade da família mudou, de forma que os filhos deixaram de serem objetos eróticos para os pais. Nesse grupo de variáveis, também constam relatos que demonstram que houve a percepção do outro enquanto indivíduo, e que a família pôde discriminar as funções familiares.

Outra mudança primária de grande ocorrência foi a compreensão da necessidade do tabu do incesto pelas famílias. As famílias nas quais o tabu do incesto não foi internalizado não reconhecem a dinâmica disfuncional na qual estão envolvidas. O relato dos terapeutas, ao longo do tratamento, foi de que algumas famílias passaram a reconhecer a dinâmica incestuosa da qual fazem parte, bem como os membros familiares passaram a conversar sobre essa disfuncionalidade. Do ponto de vista da psicanálise, esse é um passo fundamental para o que seria o desenvolvimento dos indivíduos: reconhecer o sintoma para que ele possa ser pensado. Esse grupo de variáveis observadas teve importância, pois as famílias puderam exercer a crítica e auto crítica de seus comportamentos incestuosos e, a partir daí, modificá-los, se desejado, impondo limites e regras explícitas nas suas relações interpessoais e nos seus lares. Como visto na literatura, é o tabu do incesto que permite com que haja regras e limites em uma família. Reconhecer esse tabu é fundamental no processo de estruturação do sujeito.

Corroborando com estes dados, no estudo de Ferrari (2002) a compreensão da necessidade do tabu do incesto também foi descrita como uma mudança relevante nas famílias, após o tratamento psicológico das mesmas.

As próximas mudanças, referentes à expressividade sobre a situação incestuosa, aproximação afetiva da família e autonomia dos membros familiares, foram as menos frequentes, com ocorrência baixa, em torno de 20%, nos prontuários analisados.

Constata-se nas famílias incestuosas, que o afeto entre os membros familiares fica prejudicado: seus membros não interagem, ou interagem de forma violenta. Corroborando com os estudos de Bandeira & Almeida (1999),

conclui-se que se faz necessário que se restabeleça a circulação do afeto entre os seus membros, demarcando as fronteiras intergeracionais, bem como os papéis e as regras familiares. Muitas vezes, as famílias permanecem presas ao silêncio, ao não-dito e ao não-interpretado.

A partir dos relatórios analisados nos prontuários selecionados para a pesquisa, foi possível constatar que 21% das ocorrências observadas durante a terapia familiar são em relação à aproximação afetiva da família, o que inclui maior interação entre os membros familiares e a diminuição ou interrupção da atuação da pulsão tanática entre eles.

Uma hipótese é que a interrupção da atuação da pulsão tanática esteja relacionada com a possibilidade de dialogar proporcionada pelo tratamento. Isso porque a atuação da violência ocorre quando o sujeito não tem mais recursos simbólicos para lidar com determinada situação, o que parece ter sido possível adquirir a partir da terapia familiar.

A compreensão de autonomia utilizada aqui foi aquela definida por Cohen & Marcolino (1995): autonomia é a capacidade de uma pessoa para decidir fazer ou buscar aquilo que ela julga ser o melhor para si mesma diante da liberdade ou possibilidade de escolha a partir dos seus valores e crenças individuais. Trata-se da liberdade em poder optar. Essa mudança não teve uma ocorrência alta (16%). A hipótese é de que as famílias incestuosas dos prontuários analisados convivem de forma muito aglutinada, de forma que os sujeitos não conseguem vislumbrar a possibilidade de existir dentro do grupo, e apesar do grupo. A simbiose dos membros familiares é uma característica marcante nas famílias incestuosas. Pode ser que isso faça com que a perspectiva de autonomia extrapole o limite do tempo de terapia ofertado.

As mudanças secundárias foram assim nomeadas, pois se trata de mudanças que acontecem na família em relação aos grupos sociais e ambientes externos ao núcleo familiar, como por exemplo, escolas, igreja, pessoas fora da família e outros grupos de atividades. As mudanças secundárias dizem respeito às atitudes da família ou de membros delas em relação ao convívio social, ou seja, às relações externas ao próprio grupo familiar. Conforme diz Cohen (1993) em suas pesquisas sobre o incesto, quando o tabu do incesto é internalizado por uma família através da cultura, as

consequências disso podem ser também sociais, como por exemplo a famílias exogâmicas. Neste estudo, as variáveis observadas nos relatos dos terapeutas nos relatórios dos prontuários formaram 3 grupos:

- 1) atividades externas,
- 2) relacionamentos externos,
- 3) ruptura concreta da simbiose familiar.

Dentre as mudanças secundárias, não houve uma que se destacou em frequência nos relatos dos prontuários analisados. As três tiveram ocorrências muito parecidas, em torno de 30%.

Compreende-se que a simbiose dos membros familiares contribui para que as famílias vivam isoladas de outras, o que faz com que elas tenham trocas culturais empobrecidas, assim como a falta de oportunidade de vislumbrar outras dinâmicas familiares mais saudáveis, tornando improváveis eventuais questionamentos e problematizações a respeito das experiências vividas num grupo familiar incestuoso.

Essa pode ser uma hipótese para a baixa frequência de mudanças secundárias, ainda que elas tenham ocorrido nas famílias incluídas na pesquisa.

Neste estudo, a maioria das famílias apresentou mudanças em ambas as categorias definidas. Das 19 famílias analisadas, apenas duas apresentaram somente mudanças secundárias e quase metade apresentou somente mudanças primárias. Uma hipótese para a constatação de as mudanças primárias aparecerem com mais frequência é o fato de que elas acontecem antes das mudanças secundárias, uma vez que ocorrem no seio da família e na intimidade de cada um dos seus membros e das relações interpessoais. Outra é de que as mudanças primárias sejam necessárias para a ocorrência das mudanças secundárias.

A possibilidade de compreensão e tratamento das famílias incestuosas está diretamente ligada à inserção de uma lei proporcionada pela cultura. Concordando com Schmickler (2001), a importância do tratamento terapêutico para essas famílias encontra-se no fato de que somente a revelação do segredo no momento da denúncia não é para elas motivo para mudança de

racionalidade e transformação das ações no ambiente doméstico e social, ainda que esse seja o primeiro passo.

É na terapia familiar que se vê que nessas famílias o incesto não é proibido, mas perfeitamente tolerado e conhecido por outro adulto, normalmente a mãe da criança, cúmplice ou conivente, como também observado nos estudos de Gobbetti (2000), Cohen (1993), Matias (2006), Padilha & Gomide (2004) e Araujo (2002). Na terapia familiar, a criança tem a oportunidade de se expor e ser ouvida pelos terapeutas e familiares, desmentindo a afirmação de que nada aconteceu. Como dizia Ferenczi no seu texto “Confusão de língua entre os adultos e a criança”: “O pior é o desmentido, a afirmação de que nada aconteceu” (1933/1992).

Essas categorias de mudanças sugeridas dizem respeito somente às mudanças encontradas nos prontuários analisados, portanto a uma realidade “recortada”, que por sua vez pode representar outra de maior significância.

Se um número maior de famílias tivesse finalizado o tratamento em grupo, pode ser que os resultados fossem diferentes e mais representativos nesta pesquisa. Contudo, a mesma metodologia pode ser utilizada com uma amostra que seja mais abrangente – incluindo famílias que desistiram do tratamento após um período de 12 meses, por exemplo, que é o período estabelecido inicialmente para um recontrato da terapia – para se obter uma melhor representação dos efeitos da terapia e da ocorrência de mudanças primárias e secundárias nas famílias que passaram pelo tratamento no CEARAS.

Este estudo teve como objetivo analisar o processo terapêutico das famílias incestuosas atendidas em grupo, em um modelo de tratamento específico, oferecido pelo Centro de Estudos e Atendimentos Relativos ao Abuso Sexual, portanto os resultados encontrados dizem respeito a um grupo também específico. Por esse motivo, outros estudos podem ter apresentado resultados discrepantes dos encontrados aqui, devido à diferença da metodologia utilizada.

Sugere-se, a partir do encontrado nesta pesquisa, que outras investigações sejam realizadas, com parâmetros distintos de análise. Por exemplo, as famílias da amostra selecionada tinham características variadas,

em termos do número de pessoas vivendo na mesma casa, se eram famílias reconstituídas ou não, idades, tipo de trabalho, rotina de trabalho e rotina dos filhos, escolaridade dos membros familiares, dentre outras características. Essas qualidades não fizeram parte dos critérios de seleção da amostra. Estudos afirmam que não há um perfil preestabelecido para famílias em que há o abuso sexual intrafamiliar. Diferente do que se pensava - que ele ocorria com mais frequência nas classes mais pobres da população - “O abuso sexual intrafamiliar é um fato histórico que acomete a todas as culturas e sociedades, a despeito da classe social dos envolvidos” (Walker et al., 1988, Badinter, 1985). Ainda que o abuso sexual intrafamiliar não dependa de condição econômica ou cultural, outras variáveis sociais podem ser avaliadas na ocorrência de incesto e nas mudanças a partir do tratamento oferecido.

Sugerem-se estudos com metodologia de análise longitudinais, que permitem uma melhor avaliação e compreensão do processo terapêutico das famílias incestuosas, principalmente para avaliar a hipótese de que as mudanças secundárias ocorrem após as mudanças primárias já estarem estabelecidas nesses grupos, uma vez que o estudo apresentou que as mudanças intrafamiliares acontecem com mais frequência do que as sociais, e que, nas famílias nas quais ocorrem as mudanças primárias, as secundárias são mais prováveis de ocorrerem também.

6 CONCLUSÃO

A pesquisa aponta que as mudanças primárias e secundárias são possíveis de acontecer através da terapia familiar. A família que passa pelo tratamento começa a simbolizar o ato incestuoso como pensável, e não apenas ameaçador, o que faz com que sejam vislumbradas outras possibilidades de construção de novas narrativas sobre a dinâmica disfuncional vigente. A partir dessa elaboração, é possível que o grupo funcione de forma mais saudável para os seus membros, conseguindo transformar a compreensão de suas histórias e mudando o modo de se relacionarem tanto na intimidade (mudança primária), quanto com grupos externos (mudança secundária).

Dentre as mudanças possíveis, a relevância da diferenciação das funções familiares se destaca enquanto a mais importante para a manutenção de um núcleo familiar saudável.

Não se sabe se as mudanças observadas pelos terapeutas e relatadas nos prontuários ocorreram por aprendizado moral, de natureza imitativa ou por transformação mental ética, de qualidade psíquica, portanto dificilmente se terá acesso a essa resposta.

No âmbito da análise institucional, essa pesquisa permitiu concluir que a transferência, nas famílias, não ocorre somente com a instituição, mas também com os terapeutas envolvidos no tratamento. Depreende-se, a partir disso, que há a necessidade de se atentar aos processos de trocas de terapeutas, tanto no acolhimento, ou seja, na triagem, quanto durante o tratamento das famílias na instituição, pois se estima que eles estejam diretamente relacionados aos resultados da terapia.

A capacitação dos profissionais e das instituições se traduz como algo fundamental, tendo em vista encontrarem-se numa posição de viabilizar as mudanças nas famílias disfuncionais.

Foram esses atendimentos que possibilitaram que se revelassem, para essas famílias, horizontes para a autonomia – a capacidade de tomar cada vez mais em suas mãos as possibilidades da vida, a diferenciação das funções familiares e formas de fazer escolhas mais conscientes, considerando a grande diferença na própria forma, modo e na aceitação social para cada uma delas.

REFERÊNCIAS⁴

Ackerman NW. Diagnóstico e tratamento das relações familiares. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

Araujo MF. Violência e abuso sexual na família. *Psicol. estud.* [online]. 2002; 7(2): 3-11.

Azevedo MA, Guerra VNA. Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento. São Paulo: Cortez, 1993.

Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

Banchs MA. O papel da emoção na representação do self e do outro em membros de uma família incestuosa. In: Lane STM, Sawaia BB, organizadores. *Novas veredas da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 97-113.

Bandeira L, Almeida TMC. Pai e avô: o caso de estupro incestuoso do pastor. In: Suárez M, Bandeira L, organizadores. *Violência, gênero e crime no Distrito Federal*. Brasília, DF: UnB/Paralelo 15, 1999. p. 147-172.

Benini MC. *Categorias das atuações incestuosas: funcionamento familiar e psicanálise* [dissertação]. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina; 2012.

Brasil, Ministério da Saúde. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 1991.

Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*, Brasília: Senado, 1988.

Brasil. Ministério da Justiça. *Plano nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil*. Brasília, 2001.

Brito LMT. *Ser Educado por Pai e Mãe: utopia ou direito de filhos de pais separados* [tese]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 1999.

Cantelmo CA. *A relação de proteção mãe-filha no contexto do abuso sexual* [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília UnB; 2010.

Cellard A. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008.

⁴ De acordo com o Estilo Vancouver.

Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Chauí M, Cardoso R, Paoli MC, organizadores. *Perspectivas antropológicas da mulher: sobre mulher e violência*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p. 25-62.

Cohen C, Ferraz FC, Segre M, organizadores. *Saúde mental, crime e justiça*. 2a ed. atual. São Paulo: Edusp, 2006.

Cohen C, Gobbetti GJ. Bioética e Abuso Sexual. *Rev Assoc Med Bras*. 2002. 48(2): 99.

Cohen C, Gobbetti GJ. Bioética e Abuso Sexual. *Rev Assoc Med Bras*. 2002. 48(2): 99.

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*. 2a ed. atual. São Paulo: Edusp, 2006. p. 151-168.

Cohen C, Gobbetti GJ. O incesto: o abuso sexual intrafamiliar. *Rev Bras Cien Crim*. 1998. 6(24): 235-243.

Cohen C, Marcolino JAM. Relação médico-paciente: autonomia e paternalismo. In: Segre M, Cohen C, organizadores. *Bioética*. São Paulo: Edusp, 1995. p. 51-62.

Cohen C, Matsuda NE. Crimes sexuais e sexologia forense: estudo analítico. *Rev Paulista Med*, 1991. 109:157-164.

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

Cromberg R. *Cena Incestuosa*. 2a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2006; 11:1163-1178. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013510007>.

Dantas CRT. *O exercício da paternidade após a separação: um estudo sobre a construção e a manutenção do vínculo afetivo entre pais e filhos na família contemporânea* [dissertação]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2003.

Deslandes S. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cadernos de Saúde Pública*. 1994; 10 supl. 1: 177-188.

Dias MB. Síndrome da alienação parental: o que é isso? In: APASE: Síndrome da alienação parental e a tirania do guardião: aspectos psicológicos, sociais e jurídicos. Porto Alegre: Equilíbrio, 2007, p. 11–14.

Faculdade de Medicina ABC. Relatório do Programa de Atendimento Médico e Psicossocial para o Adolescente. Santo André, SP: PAMPA, 2001.

Faleiros E, organizadora. O abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des)caminhos da denúncia. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos Presidência da República, 2003.

Faleiros VP, Faleiros ETS, coordenadores. Circuito e curtos-circuitos: atendimento, defesa e responsabilização do abuso sexual contra crianças e adolescentes. São Paulo: Veras, 2001.

Ferenczi S. Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 97-106.

Ferrari DCA. Visão histórica da infância e a questão da violência. In: Ferrari, DCA, Vecina, TCC, organizadoras. O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática. 2a ed. São Paulo: Ágora, 2002. p. 23-56.

Ferreira AL. O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual: avaliação de um serviço público [doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

Ferreira MC. A troca de terapeutas nos atendimentos psicanalíticos em instituições. *Estud. Psicol.* [Internet]. 2003, 20(2): 63-69. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2003000200006

Ferreira MH, Azambuja MRF. Introdução. In: Azambuja MRF, Azambuja, Ferreira HM, editores. Violência sexual contra crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 17-21.

Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976a. Vol. XXII, Novas conferências introdutórias sobre psicanálise.

Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976b. Vol. XI, Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos.

Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976c. Vol. XVIII, Psicologia das massas e análise do eu.

Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. Vol. XIII, Totem e tabu e outros trabalhos.

Furniss T. Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar. 1a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Gauy FV, Fernandes LFB. Um panorama do cenário brasileiro sobre atendimento psicológico em clínicas-escola. *Paidéia* [Internet]. 2008, 18(40): 401-404. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2008000200016&script=sci_arttext

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

Guimarães NA, Farias EP, Barbosa AMFC. O incesto como problema de violência: atendimento e estratégias de interrupção. In: Lima CA, coordenador. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 81-86.

Habigzang, LF et al. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicologia: reflexão e crítica*. 2006; 19(3): 338–344.

Kehl MR. Em defesa da família tentacular. In: Groeninga GC, Pereira, RC, organizadores. *Direito de família e psicanálise: rumo a uma nova epistemologia*. Rio de Janeiro: Imago, 2003. p. 163-173.

Klein M. O desenvolvimento inicial da consciência na criança. In: *Contribuições à Psicanálise*, 2 ed. São Paulo: Mestre Jou, 1981. p. 335- 348

Krugman R, Leventhal J. Confronting child abuse and neglect and overcoming gaze aversion: the unmet challenge of centuries of medical practice. *Child Abuse Negl*. 2005 apr. 29(4): 307-309.

Lacan J. *Os complexos familiares*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

Lévi-Strauss C, Gough K, Spiro M. *A família: origem e evolução*. Porto Alegre: Villa Martha, 1980. p. 107.

Lévi-Strauss C. *As estruturas elementares do parentesco*. São Paulo: Vozes, 1976.

Lopes AR, Hemsli L. "Co-terapia". In: Ramos M, organizador. *Casal e família como paciente*. SP: Escuta, 1994. p. 48-54.

Louzada RCR. Caracterização da clientela atendida no Núcleo de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Espírito Santo. *Estud. Psicol.* 2003, 8(3): 451-457.

Matias DP. Abuso sexual e sociometria: um estudo dos vínculos afetivos em famílias incestuosas. *Psicol. Estud.* 2006 mai/ago. 11(2): 295-304.

Mendes RL. Marketing na psicologia: um estudo exploratório sobre a imagem profissional [mestrado]. Belo Horizonte: Universidade FUMEC, Faculdade de Ciências Empresariais; 2008.

Meyer L. A família do ponto de vista psicanalítico. In: Sanchez, M, organizadora. *Família: conflitos, reflexões e intervenções*. São Paulo, Editora Casa do Psicólogo, 2002. p. 131-146.

Mohl A. Sexual abuse of the child: a treatment model for the incestuous family. *J Psychohist.* 2010. 38(2): 168-181.

Oliveira AC, organizador. *Abuso sexual de crianças e adolescentes: desafios na qualificação profissional*. Rio de Janeiro: Nova Pesquisa, 2003.

Oliveira AC. Abuso sexual intrafamiliar de crianças e a família como totalidade O Social em Questão. 2012. 28: 233-262.

Organização Mundial da Saúde. *Informe mundial sobre a violência e a saúde (Resumo)*. Washington, DC: OMS, 2002.

Padilha MGS, Gomide PIC. Descrição de um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estud. psicol.* [Internet]. 2004. 9(1): 53-61. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/12artigo.pdf>

Pelisoli C, Teodoro MLM, Dell'aglio DD. A percepção de famílias em vítimas de abuso sexual intrafamiliar: estudo de caso. *Arq. Bras. Psicol.* 2007. 59(2): 254-269.

Penso MA et al. O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde. *Temas psicol.* [Internet]. 2010. 18(1): 137-152. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n1/v18n1a12.pdf>

Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J. Pediatr.* 2005. 81(5): 197-204.

Pombo-de-Barros CF, Marsden M. Reflexões sobre a prática do psicólogo nos serviços de saúde pública. *Arq. bras. psicol.* [Internet]. 2008 Abr. 60(1): 112-123. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v60n1/v60n1a10.pdf>

Portal Brasil. País incentiva combate ao abuso sexual e exploração de crianças e adolescentes. [Internet]. Brasília: 23 jan. 2013 [atualizado em 30 jul. 2014]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2013/01/pais-incentiva-combate-ao-abuso-e-exploracao-sexual-contra-criancas-e-adolescentes>

Rede Brasil Atual. Atendimento a crianças vítimas de abuso sexual em hospital de referência em São Paulo triplica em dez anos. [Internet]. 21 dez. 2012. Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2012/03/atendimento-a-criancas-vitimas-de-abuso-sexual-em-hospital-de-referencia-de-sao-paulo-triplica-em-dez-anos>

Roche A, Fortín G, Labbé J, Chadwick D. The work of Ambroise Tardieu: the first definitive description of child abuse. *Child Abuse Negl.* 2005. 29(4): 325-334.

Saffioti H. Gênero, classe social, raça. In: Ministério da Justiça. Anais do Seminário contra a exploração sexual de crianças e adolescentes nas américas; 1997; Brasília. Anais do Seminário contra a exploração sexual de crianças e adolescentes nas américas. Brasília: Ministério da Justiça. p. 67-73

Schmickler CM. A revelação do indizível: um estudo sobre o protagonista do abuso sexual incestuoso contra crianças e adolescentes [doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001.

Selosse J. Les intervections des psychologues en justice. *Psychologie Française.* 1989. 34(4): 293-300.

Setz, VG, D’Innocenzo, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paul Enferm.* 2009. 22(3):313-317.

Silva FG, Tavares-Neto J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. *Rev. Bras.Ed. Méd [Internet].* 2007. 31(2), 113-126. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/01.pdf>

Souza AM. Síndrome da alienação parental: um novo tema nos juízos de família. São Paulo: Cortez, 2010.

Walker CE, Bonner BL, Kaufman KL. The physically and sexually abused child: evaluation and treatment. London: Pergamon Press, 1988.

Wernet M, Angelo M. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. *Rev. Esc. Enferm.* 2003. 37(1): 19-25

Winnicott DW. A família e o desenvolvimento do indivíduo. Belo Horizonte: Interlivros, 1980.

ANEXOS

ANEXO A – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA FMUSP

4/11/11
Ana


MEDICINA
 USP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 10/08/2011, APROVOU o Protocolo de Pesquisa nº 263/11 intitulado: "TRANSFORMAÇÕES DA DINÂMICA INCESTUOSA NAS FUNÇÕES FAMILIARES" apresentado pelo Departamento de MEDICINA LEGAL, ÉTICA MÉDICA, SOCIAL E MEDICINA DO TRABALHO.

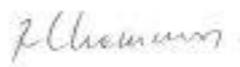
Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: Claudio Cohen
 Pesquisador (a) Executante: Mariana Lanna Pinheiro

CEP-FMUSP, 16 de Agosto de 2011.

Encaminhe-se à CPG-FMUSP para as devidas providências.
 S.P. 02.11.11


Prof. Dra. Marcia Dalastro Laureti
 Programa de Fisopatologia Experimental
 Pós-Graduação em Ciências
 Suplente da Coordenadora


Prof. Dr. Roger Chammas
 Coordenador
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina
 e-mail: cep_fmusp@fmc.usp.br

ANEXO B – MODELO DE RELATÓRIO MENSAL**RELATÓRIO MENSAL**

Mês:

Família:

Terapeuta(s):

1) Frequência nos atendimentos:

2) Novas informações a respeito do histórico de abuso sexual:

3) Mudanças na organização familiar:

4) Grau de disponibilidade ao atendimento:

5) Mudanças no funcionamento do(s) paciente(s):

6) Percepções do terapeuta em relação ao atendimento:

ANEXO C – MODELO DE RELATÓRIO FINAL**RELATÓRIO FINAL**

Paciente(s):
Terapeuta(s):

1) Início: Término:

2) Motivo do encerramento:

3) Frequência e disponibilidade:

4) Mudanças na organização familiar:

Observações do terapeuta:

Observações da família:

5) Mudanças na compreensão da família sobre o abuso sexual:

6) Mudanças no funcionamento do(s) paciente(s):

7) Percepções do(s) terapeuta(s) em relação a outros tipos de abuso:

8) Articulações com o fórum:

9) Encaminhamento:

10) Observações da família sobre a terapia familiar:

11) Observações do(s) Terapeuta(s) sobre a terapia familiar

ANEXO D – MODELO DE FICHA DE COLETA DE DADOS

Prontuário Nº _____		
Parte 1: Categorização dos Atendimentos		
Tipo de Atendimento:	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Familiar e Individual v/o <input type="checkbox"/> Familiar e Individual
Dinâmica do Tratamento	<input type="checkbox"/> Sessões de Triagem <input type="checkbox"/> Duração do Tratamento em Meses <input type="checkbox"/> Nº de faltas da família <input type="checkbox"/> Troca de Terapeutas	<input type="checkbox"/> Nº de faltas individuais v. <input type="checkbox"/> Nº de faltas M1 <input type="checkbox"/> Nº de faltas individuais o. <input type="checkbox"/> Nº de faltas M2
Motivo do Término	<input type="checkbox"/> Finalizado	<input type="checkbox"/> Desistência
Condições do Prontuário:	<input type="checkbox"/> Completo	<input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Relatórios de Triagem <input type="checkbox"/> Relatórios Mensais <input type="checkbox"/> Relatório Final
Parte 2: Análise do Tratamento		
Mudanças Primárias		<input type="checkbox"/> 1.mãe se apropriou da sua função de mãe e seu papel de mulher; <input type="checkbox"/> 2.pai se apropriou da sua função de pai e seu papel de homem; <input type="checkbox"/> 3.filhos deixaram de ser objeto erótico dos pais; <input type="checkbox"/> 4.mudança na sexualidade da família; <input type="checkbox"/> 5.discriminação das funções familiares; <input type="checkbox"/> 6.percepção do outro enquanto indivíduo; <input type="checkbox"/> 7.aumento dos diálogos familiares sobre o tabu do incesto; <input type="checkbox"/> 8.expressão dos sentimentos em relação ao tabu do incesto; <input type="checkbox"/> 9.auto crítica e crítica sobre o funcionamento familiar; <input type="checkbox"/> 10.aquisição de camas individuais para os membros da família; <input type="checkbox"/> 11.mudança de residência para que cada familiar tivesse seu próprio quarto; <input type="checkbox"/> 12.estabelecimento de regras de convivência familiar; <input type="checkbox"/> 13.diminuição/fim de agressão física entre os membros familiares; <input type="checkbox"/> 14.diminuição/fim de agressão verbal entre os membros familiares; <input type="checkbox"/> 15.maior interação entre os membros familiares; <input type="checkbox"/> 16.desejo de estruturar a família; <input type="checkbox"/> 17.autonomia nos processos de tomada de decisão; <input type="checkbox"/> 18.início de atividade escolar; <input type="checkbox"/> 19.início de atividade remunerada; <input type="checkbox"/> 20.início de atividade complementar; <input type="checkbox"/> 21.início de namoro com pessoa externa à família; <input type="checkbox"/> 22.casamento com pessoa externa à família; <input type="checkbox"/> 23.visita à casa dos pais separados; <input type="checkbox"/> 24.separação do casal; <input type="checkbox"/> 25.mudança de casa de um dos membros familiares;
1) Simbolização das funções familiares 2) Expressividade sobre a situação incestuosa 3) Compreensão da necessidade do Tabu do Incesto 4) Aproximação afetiva da família 5) Autonomia dos membros familiares		
Mudanças Secundárias		
6) Atividades externas 7) Relacionamentos externos 8) Ruptura concreta da simbiose familiar		