

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA

VALÉRIA APARECIDA CAMPOS SOARES PANHONI

Desfecho da gravidez por violência sexual intrafamiliar
e extrafamiliar entre crianças e adolescentes

São Paulo

2017

VALÉRIA APARECIDA CAMPOS SOARES PANHONI

**Desfecho da gravidez por violência sexual intrafamiliar
e extrafamiliar entre crianças e adolescentes**

Versão Corrigida: Resolução 6018 CoPGr, 13 de Outubro de 2011

A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP

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

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Panhoni, Valéria Aparecida Campos Soares

Desfecho da gravidez por violência sexual intrafamiliar e extrafamiliar entre crianças e adolescentes / Valéria Aparecida Campos Soares Panhoni. -- São Paulo, 2017.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Fisiopatologia Experimental.

Orientador: Claudio Cohen.

Nome: PANHONI, Valéria Aparecida Campos Soares

Título: Desfecho da gravidez por violência sexual intrafamiliar e extrafamiliar entre crianças e adolescentes

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

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Para Almiro e Paulina Soares, responsáveis pelas lindas e marcantes experiências do crescer saudável em tempos difíceis. Inspiradores, presentes sempre na minha vida, vocês potencializam o que eu carrego de melhor em mim, para mim e para o mundo. **Amo vocês...**

Para Flávio Panhoni, companheiro, meu porto seguro. Cúmplice de todas as horas, gratidão por sua força e doçura, por sua paixão e aconchego, por sua arte de reinventar o amor e abraçar nossos sonhos.

Amo você...

Para Fernanda e Michele Panhoni, filhas que escolhi amar para toda a vida e que completam e enriquecem o meu significado de família a cada dia em nossa vivência em família.

Amo vocês, meus tesouros...

AGRADECIMENTOS

A **toda à minha amada família** por ser fonte inesgotável de inspiração e amor.

Aos **amigos queridos** por todo apoio, presença, cuidado e compreensão diante à minha ausência.

Para minha **irmã Roseli e irmão Júnior** pelos momentos em que me senti apoiada e acompanhada por vocês.

Aos membros da **banca**, por cortesmente aceitarem participar e contribuir para o enriquecimento desta dissertação.

Aos profissionais e amigos do **Instituto Oscar Freire - Departamento de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da USP**, pelas inúmeras horas de amparo, orientação, minha eterna gratidão e respeito.

Ao **Prof. Dr. Claudio Cohen**, meu acolhedor orientador agradeço por me conduzir com paciência às ilimitadas reflexões de modo ético, afetuoso, exigente e dotado de autonomia. Obrigada por acreditar em minhas ideias, gratidão.

Ao **Prof. Dr. Jefferson Drezett**, meu coorientador, agradeço sua generosidade, por ser exemplo de dedicação acadêmica. Obrigada por tantas reflexões, por ser esse mestre inspirador, humano e acolher, gratidão.

À **Profª Gisele Gobbetti**, minha coorientadora, meu reconhecimento pelo apoio e dedicação ao ensinar, sempre me incentivando a ir além e acreditando na minha capacidade, tornando este trabalho mais fácil. A sua contribuição foi fundamental para a conclusão desse processo, minha eterna gratidão.

Ao **Prof. Oziris Simões**, minha gratidão e admiração por ter me ensinado, através do seu conhecimento a olhar para a complexidade humana e suas possibilidades de modo ampliado, sem amarras e sempre como uma possibilidade de envolver a coletividade.

Aos queridos colegas e amigos do **Núcleo de Programas Especiais - AVS do Hospital Pérola Byington**, minha admiração por todos, vocês inauguraram em mim a alegria de poder compartilhar minhas opiniões livremente, na certeza do acolhimento respeitoso.

Aos amigos e profissionais **do CEARAS da Faculdade de Medicina da USP** pelo incentivo, orientações que enriqueceram o meu olhar para clínica familiar: **Prof. Dr. Claudio Cohen, Prof. Dr. Claudio Castelo Filho, Profª Drª Gisele Gobbetti** e a todos os meus companheiros de discussão, estudo, atendimento e que se tornaram grandes contribuidores na reflexão desse estudo: **Ana Maria D'Alessandro, Amanda Pap, Aline Mazutti, Sonia Soussumi, Livia Zanin, Jéssica Gomez, Thereza Portinari, Livia Manfrinato, Victor, Raquel, Denise, Mariana, Adriana, Karol, Cris....**

E finalmente agradeço a equipe do Programa Fisiopatologia Experimental da FMUSP, em especial a **Profª Drª. Elia Caldini, Igor Tolgyesi, Vanda Mariscal, Tânia Souza e Gisele Souza** pelo suporte, apoio, respeito desenvolvido ao longo do processo. Obrigada pela parceria, companheirismo e receptividade.

Espero poder com os resultados desta dissertação, contribuir para uma maior atenção às **crianças e adolescentes em situação de violência sexual extrafamiliar e intrafamiliar**, no sentido de não se sentirem sozinhas, mas escutadas em seu sofrimento.

A **Capes**, pela concessão da bolsa de mestrado, pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

“A violência invade a vida de muitas pessoas em todo o mundo, e toca a todos nós de alguma forma. Para muitas pessoas, permanecer longe da violência é somente uma questão de trancar portas e janelas e evitar os lugares perigosos. Para outras, escapar da violência não é possível. A ameaça de violência está atrás daquelas portas – bem escondida da visão pública”.

(Gro Harlem Brundtland, 2003)

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação segue as normas referenciadas e adaptadas pelo *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 monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A.L. Freddie, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena, 3ª edição São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed In Index Medicus*.

RESUMO

PANHONI. V.A.C.S. **Desfecho da gravidez por violência sexual intrafamiliar e extrafamiliar entre crianças e adolescentes.** Dissertação (Mestrado). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2017.

Introdução: A violência sexual na infância e adolescência tem ocupado espaços de prioridade nas agendas do setor de saúde. Presente em diferentes espaços da sociedade, inclusive dentro da família, a violência deve ser olhada não apenas para a demanda do momento, mas com vistas às futuras gerações. Dentre as várias consequências físicas e emocionais que podem ser associadas ao estupro de crianças e adolescentes, os riscos físicos atrelados a uma gravidez precoce que, além de violar a dignidade sexual da pessoa, pode devastar a infância e adolescência destas jovens mulheres, retratando grave questão de saúde pública. Neste sentido, nota-se nessas gestantes, ausência de informações sobre a gravidez, suas consequências e seus direitos. Para o atendimento da gestação decorrente de estupro é estabelecido que os serviços de saúde ofereçam três opções de desfecho: manter a gestação até o término e incluir o recém-nascido na família, manter a gestação até o término e entregar o recém-nascido para adoção, ou recorrer ao aborto previsto em lei. **Objetivo:** Analisar e refletir sobre as características de violência sexual entre crianças e adolescentes com alegação de gravidez decorrente de estupro e incesto, frente às opções de escolha para os desfechos estabelecidos pela normativa brasileira para o atendimento nos serviços de saúde. **Método:** Estudo de abordagem quanti-qualitativa, descritivo, transversal por amostra de conveniência com 531 crianças e adolescentes entre 10 e 18 anos atendidas no Hospital Pérola Byington, entre 1994 e 2014, com alegação de gravidez por estupro. A relação entre o tipo de violência sexual intrafamiliar ou extrafamiliar e as variáveis de estudo foi investigada por Razão de Prevalência e Intervalo de Confiança de 95%, com teste de Qui-quadrado de Pearson. Para análise qualitativa utilizou-se a técnica de vinhetas documentadas em prontuário, representado por 10% dos dados originais na especificidade da violência sexual intrafamiliar. Empregou-se o referencial psicanalítico articulado à Bioética objetivando aprofundar o estudo. **Resultados:** Foram 401 (75,5%) gravidezes decorrentes de violência sexual extrafamiliar e 130 (24,5%) intrafamiliar. Nos dois grupos estudados a escolha das gestantes foi pelo aborto - 90% no intrafamiliar e 85,5% no extrafamiliar. Apesar da opção de realizar o aborto estar presente em ambos os grupos, nem todas as gestantes puderam realizá-lo. No grupo extrafamiliar, prevaleceu o percentual de 25,8% referido à gestação prévia ou posterior ao estupro como motivo para a não realização do aborto, enquanto no intrafamiliar, foi à idade

gestacional > 22 semanas (19,2%), fator técnico inibidor para a interrupção da gestação.

Conclusão: Desvelou-se a opção e a autonomia de escolha pelo aborto previsto por lei entre as crianças e adolescentes grávidas em decorrência de violência sexual nos dois grupos estudados, porém com diferença nos desfechos. As razões impeditivas do aborto legal foram diferentes nos dois grupos. No extrafamiliar, por questões legais, da justiça. No intrafamiliar, por questões da saúde.

Descritores: Violência sexual. Criança. Adolescente. Gravidez. Estupro. Incesto. Aborto legal. Psicanálise. Bioética.

Summary

Panhoni VACS. *Outcome of pregnancy for intrafamily and extrafamily sexual violence among children and adolescents*. [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina”, Universidade de São Paulo, 2017.

Introduction: The sexual violence in childhood and adolescence has become a priority in the health segment. Present in different spaces of society, including inside the family, violence must be looked not only at the demand of the moment, but with a view to the future generations. Among the various physical and emotional consequences that may be associated with rape of children and adolescents, physical risks linked to an early pregnancy, which in addition to violating the sexual dignity of the person, can devastate the childhood and adolescence of these young women, this shows a serious public health issue. In this context, these pregnant women lack information about pregnancy, its consequences and also its rights. For the care of the gestation resulting from the rape, it is established that health services offer three options: to maintain gestation till the end and include the newborn in the family, to maintain gestation till the end and deliver the newborn for adoption, or to require abortion under the law. **Objective:** To analyze and reflect on the characteristics of sexual violence among children and adolescents with pregnancy allegations of rape and incest, before the options presented for the outcome established by Brazilian legislation for health services. **Methodology:** This is a quantitative and qualitative research, and a descriptive, cross-sectional, and convenience-based approach of 531 children and adolescents between 10 and 18 years old attended at Hospital Pérola Byington between 1994 and 2014, alleging pregnancy due to rape. The relationship between the type of intrafamily or extrafamily sexual violence and the study variables was investigated by the Prevalence Ratio and the 95% Confidence interval with the Pearson’s Chi-square Test. For qualitative analysis, the technique of vignettes documented in medical records was used, represented by 10% of the original data on the specificity of intrafamily sexual violence. Theoretical contributions of psychoanalytic reference articulated to bioethics were used in order to deepen the study. **Results:** The study included 401 (75.5%) pregnancies resulting from extrafamily sexual violence and 130 (24.5%) intrafamily. In both groups, the choice of pregnant women was abortion, 90% in the intrafamily and 85.5% in the extrafamily. Although the abortion option was present in both groups, not all pregnant women were able to perform it. In the extrafamily

group, the 25.8% figure regarding previous gestation or before rape prevailed as a reason for non abortion, while in the intrafamily group, the gestational age >22 weeks (19.2%) prevailed as a technical factor inhibitor to the interruption of pregnancy. **Conclusion:** The option and autonomy of choice for abortion provided by law among pregnant children and adolescents as a result of sexual violence in the two groups studied was revealed, but with a difference in outcomes. The reasons preventing the legal abortion were different in the two groups; in the extrafamily the legal reasons prevailed, and in the intrafamily the health reasons were decisive.

Descriptors: Sexual abuse. Child. Adolescent. Rape. Incest. Pregnancy. Psychoanalysis. Legal abortion. Bioethics.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da idade das crianças e adolescentes gestante de estupro, São Paulo (1994-2014).....	40
Tabela 2 – Distribuição do autor do estupro extrafamiliar em gestação de crianças e adolescentes entre 10 a 18 anos, São Paulo (1994-2014).....	41
Tabela 3 - Distribuição do autor do estupro intrafamiliar em gestação de crianças e adolescentes entre 10 a 18 anos, São Paulo (1994-2014).....	42
Tabela 4 – Distribuição da atividade ou local das crianças e adolescentes gestantes no momento em que ocorreu a abordagem do autor do estupro, São Paulo (1994-2014).....	42
Tabela 5 – Distribuição do encaminhamento de crianças e adolescentes gestante por estupro ao serviço, São Paulo (1994-2014).....	43
Tabela 6 – Distribuição do tipo de intimidação no crime sexual em crianças e adolescentes com gestação decorrente de estupro, São Paulo (1994-2014).....	44
Tabela 6A – Distribuição do tipo de intimidação e por idade no crime sexual em crianças e adolescentes com gestação decorrente de estupro extrafamiliar, São Paulo (1994-2014).....	45

Tabela 6B – Distribuição do tipo de intimidação e por idade no crime sexual em crianças e adolescentes com gestação decorrente de estupro intrafamiliar, São Paulo (1994-2014).....	46
Tabela 7 - Distribuição do tipo de vulnerabilidade entre crianças e adolescentes com gestação decorrente de estupro, São Paulo (1994-2014).....	47
Tabela 8 – Realização da comunicação do abuso sexual das crianças e adolescentes gestante por estupro por meio do registro do Boletim de Ocorrência Policial, São Paulo (1994-2014).....	48
Tabela 9 – Realização do exame de corpo de delito e conjunção carnal nas crianças e adolescentes gestante por estupro, São Paulo (1994-2014).....	48
Tabela 10 – Distribuição da idade gestacional do abortamento legal, São Paulo (1994-2014).....	49
Tabela 11 – Distribuição da escolha das crianças e adolescentes frente à gestação decorrente de estupro, São Paulo (1994-2014).....	50
Tabela 12 – Distribuição do desfecho da gravidez decorrente de estupro, São Paulo (1994 – 2014).....	51
Tabela 13 – Distribuição do motivo da não aprovação do abortamento previsto em lei do crime sexual em crianças e adolescentes gestante por estupro, São Paulo (1994-2014).....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVS	Núcleo de Atenção Integral à Mulher Vítima de Abuso Sexual
CRSM	Centro de Referência da Saúde da Mulher
CC	Código Civil
CEARAS	Centro de Estudos e Atendimento Relativos ao Abuso Sexual
CFM	Conselho Federal de Medicina
CP	Código Penal
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CFB	Constituição Federal do Brasil
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto médico legal
INESC	Instituto de Estudos Socioeconômicos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SDH/PR	Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SINASC	Sistema de Informações sobre nascidos vivos
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas e Siglas

Lista de Tabelas

Dedicatória

Agradecimento

Resumo

Abstract

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO	1
2 REFERENCIAL TEÓRICO	5
2.1 Estupro e/ou violência sexual, abuso sexual	5
2.2 Estupro extrafamiliar	7
2.3 Incesto e/ou estupro intrafamiliar	8
3 PSICANÁLISE	12
4 BIOÉTICA	15
4.1 Atendimento de crianças e adolescentes sobre o olhar da Ética e da Bioética	17
4.2 Criança e adolescente	20
4.3 Criança e adolescente: proteção integral aos direitos garantidos	23
<i>4.3.1 Notificação - instrumento de prevenção, promoção e proteção da violência</i>	25
4.4 Gravidez na infância e na adolescência	26
4.5 Gravidez na infância e adolescência: família e o aborto previsto em lei	27

5 OBJETIVOS	32
5.1 Objetivo geral	32
5.2 Objetivos específicos.....	32
6 MATERIAL E MÉTODO	34
6.1 Amostra	34
6.1.1 <i>Local da amostra</i>	34
6.1.2 <i>Breve história</i>	34
6.2 Material de coleta de dados	36
6.3 Delineamento da pesquisa	36
6.4 Procedimentos e análise dos dados	37
6.5 Aspectos éticos	38
7 RESULTADOS E DISCUSSÕES	39
8 CONCLUSÕES	66
ANEXOS	67
Anexo I – Ficha de casos de gravidez por estupro – Núcleo AVS – Hospital Pérola Byington	67
Anexo II - Sistematização dos prontuários sobre violência sexual intrafamiliar/incesto	68
Anexo III - Comitê de Ética em Pesquisa - FMUSP	69
REFERÊNCIAS	70
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	79

APRESENTAÇÃO

Lembro-me que na primeira vez de “verdade” que eu ouvi falar sobre estupro eu estava diante de uma escolha referente a um concurso público para bolsistas estagiários em Psicologia. Frente às opções apresentadas, que, acreditem, eram três, uma delas me impactou muito devido ser alocada no Instituto Médico Legal. E me recordo que senti que fiz uma pergunta tola por falta de compreensão sobre o assunto, se o estágio seria no acolhimento às famílias dos falecidos. Diante da negativa compreendi que era para estagiar em atendimento especializado sobre violência sexual e aceitei o desafio. Práxis no programa de atendimento às vítimas de abuso sexual do Pérola Byington. Tempos de muito aprendizado, em que pude trabalhar com uma equipe de profissionais humanizada, referência na questão do abuso sexual infanto-juvenil. Essa experiência me fez pensar sobre o paradoxo da existência humana – crianças - vida – sofrimento e violência. O incompreensível e taciturno pedido que existe por trás de todo sofrimento que almeja seu fim.

Como nada é por acaso, dei sequência, também como bolsista, em outro programa. Desta vez, como aprimorando da violência como evento hospitalar no Núcleo de Violência Epidemiológica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, dando a conhecer um trabalho comprometido, humanizado e de muito aprendizado referente ao acolhimento, orientação, prevenção e linha de cuidado a quem sofre violência como evento externo. Prática esta realizada no pronto-socorro da Pediatria da Santa Casa. Concomitantemente a esta fase, iniciei uma pós-graduação em psicanálise freudiana.

Outra experiência que me influenciou quanto à escolha do tema, sendo contributivo e motivador para a realização desta pesquisa, estando articuladas à Psicanálise, à Bioética e às questões da saúde e seus agravos referentes à violência sexual, foi o fato de eu ter sido aprovada no processo seletivo para outro estágio e complementação especializada, desta vez no apoio terapêutico às famílias incestuosas do Centro de Estudos e Atendimento Relativos ao Abuso Sexual - CEARAS - da Universidade de São Paulo. Vivência que me gerou muitas vezes angústia a cada atendimento ou mesmo durante as supervisões internas e externas à instituição de ensino atrelada à reunião em equipe. Afinal, se falava tanto em sofrimentos reprimidos, sem escuta, que o sentimento que vinha à tona era provocado pela percepção de impotência. Eu acredito que o incesto deixa marcas, marcas do passado que frequentemente se revelam no presente, nas vivências dessas crianças, adolescentes, adultos, homens e mulheres - consigo mesmos e com os outros.

Por fim, incorporou-se a estas experiências, acarretando ainda mais valor de importância ao meu conhecimento - constituindo-se em mais aprendizagem -, a monitoria no curso de Pós-Graduação em Bioética também pela Universidade de São Paulo. Privilégio que tive de conviver com uma turma muito especial e com seres humanos e mestres que vieram a contribuir e a ampliar efetivamente meus horizontes em relação à figura humana e suas ações.

1 INTRODUÇÃO

A violência sexual na infância e adolescência tem ocupado espaços de prioridade nas agendas do setor de saúde, uma vez que é caracterizada como um problema crescente e significativo na sociedade brasileira e, portanto, uma questão de saúde pública. Trata-se de importante discussão em que mulheres abusadas sexualmente ficam expostas, entre outras consequências, à gravidez que pode ser evitada. De cunho hospitalar, o atendimento é imediato, sendo obrigatório em regime 24 horas para todos os hospitais integrantes da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). O protocolo prevê, entre outras medicações, o anticoncepcional de emergência (Drezett, 2016; 2010).

A maioria dos casos de abuso sexual relatados ocorre entre pessoas próximas, principalmente entre pessoas da família, configurando-se em relações incestuosas (Cohen & Gobbetti; 1998). Neste cenário, cabe considerar que o estupro, seja extrafamiliar ou intrafamiliar, embora afete ambos os sexos, diferentes idades, classes sociais e vários níveis de escolaridade, tem as mulheres como as maiores ameaçadas (Drezett, 2016).

Em resposta à violência sexual, há um posicionamento coletivo nas últimas décadas que, em conjunto com documentos nacionais e internacionais, vem trazendo cada vez mais visibilidade em busca de uma maior conscientização do direito à vida sem violência. Porém, há muito ainda a ser debatido. Para as mulheres, se reconhece que, embora se admita o respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos, a realidade persiste em mostrar um panorama paradoxal. Logo, há a necessidade de um compromisso continuado em que se discuta exaustivamente a temática, exigindo-se que toda pessoa humana tenha o direito ao respeito à sua vida sexual e opções sexuais, devendo o Estado assegurar os devidos meios (Brasil, 2013; ONU, 1995; Brasil, 1988).

Neste estudo, os termos ‘violência sexual’, ‘abuso sexual’ e ‘estupro’ abrangem o mesmo conceito; assim como ‘estupro intrafamiliar’ e ‘incesto’, caracterizados pelo ato de exercer violência sobre, estuprar, forçar, são também psicológicos ou intelectuais, no sentido de indicar contextos em que outra pessoa é obrigada a fazer algo que não está com vontade. É constranger. É tolher a liberdade, impedindo a outra pessoa de manifestar seu desejo e sua vontade, apontando para a coerção que submete outrem ao seu domínio, violando os direitos essenciais do ser humano (Teles e Melo, 2004).

Por estupro extrafamiliar considera-se a violência sexual praticada por alguém desconhecido ou não próximo à família. O estupro intrafamiliar ou incestuoso é concebido quando a ocorrência é no âmbito familiar, incluindo pessoas próximas e com laços afetivos ou de parentesco, como pai, padrasto, tio, irmão, cunhado e primo, entre outros (Cohen & Gobbetti; 1998).

Define-se como incesto o relacionamento sexual entre pessoas que são membros de uma mesma família, exceto os cônjuges; relacionamento este atribuído pela função social de parentesco exercida pelas pessoas dentro do grupo, independente da existência de consanguinidade (Cohen & Gobbetti; 1998).

Entre os agravos da violência sexual contra crianças e adolescentes, a gravidez se destaca pela complexidade de suas consequências físicas e emocionais que, além dos riscos associados a uma gravidez precoce, que viola a dignidade sexual, pode devastar a infância e adolescência destas jovens mulheres. Outro ponto a ser ressaltado se refere a que muitas destas crianças e adolescentes gestantes não têm informações eficazes sobre a gravidez, tampouco sobre suas consequências e, sobretudo, sobre os seus direitos.

A gravidez forçada e indesejada nessas circunstâncias tem implicações no ordenamento jurídico de cada país, com diferentes legislações que permitem ou não o aborto (ECA,1990). No Brasil, apesar do aborto ser tipificado como crime, ele é permitido quando a gravidez resulta de violência sexual, incestuosa ou não, mediante consentimento da mulher ou de seu representante legal, direito estabelecido pelo artigo 128 do Código Penal (Delmanto, 2011).

Apesar da existência da lei, percebe-se que ainda há pouco conhecimento, por parte da população, dos direitos das mulheres vítimas de violência sexual. Juntando-se o aborto, que é um tema especialmente polêmico em nossa sociedade, com os ainda pouco assumidos direitos sexuais de crianças e adolescentes, torna-se mais evidente a falta de informação quanto às possibilidades de abortamento para crianças e adolescentes que sofreram estupro.

A normativa brasileira para atendimento da gestação decorrente de estupro estabelece que os serviços de saúde ofereçam três opções de desfecho: manter a gestação até o término e incluir o recém-nascido na família; manter a gestação até o término e entregar o recém-nascido para adoção; ou recorrer ao aborto previsto em lei.

Abordaram-se neste estudo, frente à escassa produção científica observada em revisão da literatura, as escolhas para o desfecho de gravidez decorrente de estupro, visto que se desvelou ser uma importante trajetória a ser descoberta. Considerou-se também a compreensão da pergunta e hipótese original referente às possíveis diferenças pensadas entre

essas opções para o desfecho nos dois grupos estudados - extrafamiliar e intrafamiliar -, por se entender tratar-se de relações diferentes.

Por depreender que a violência sexual de crianças e adolescentes é uma questão impactante de grave violação de direitos humanos e importante problema de saúde pública que restringe o livre exercício de um direito dado ao ser humano, sexual e reprodutivo, considera-se a necessidade de se estabelecer continuada e ininterrupta discussão que vise trazer visibilidade sobre a violência sexual e suas consequências de maneira consciente e assegurando ao ser humano o direito à vida sem violência.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é analisar os desfechos de gestações decorrentes de estupro em crianças e adolescentes que chegaram com esta demanda em um serviço de saúde especializado, ampliando o conhecimento sobre a condição de crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual.

Diante da complexidade do incesto, que envolve uma dinâmica familiar disfuncional, na qual predominam sentimentos ambivalentes entre os membros da família, pretendeu-se aqui também distinguir as características de dois grupos: crianças e adolescentes grávidas em decorrência de estupro intrafamiliar e as que engravidaram por estupro de pessoa de fora da família, aqui nomeado como estupro extrafamiliar.

Nesta perspectiva, foram observadas as semelhanças e diferenças entre os dois grupos, principalmente no que se refere ao desejo, no sentido da escolha, destas em relação à gestação decorrente de violência sexual e ao efetivo desfecho obtido.

Sendo o abuso sexual uma questão de saúde e de justiça, o principal foco de análise foi o respeito ao desejo das gestantes. Para a apreensão ampliada do assunto, procurou-se articular um diálogo entre a Psicanálise, a Bioética, as formulações da amostra concatenada à normativa brasileira e seus determinantes para a escolha do adequado desfecho frente a uma gestação nessas circunstâncias de estupro. Da perspectiva psicanalítica, toma-se Freud (1974, 1980, 2006) e, a partir dele, Ferenczi (2011), articulando-os com os enfoques bioéticos de Cohen (1998, 1999) e Gobbetti (1998, 2006), assim como jurídicos (CF, 1988; ECA, 1990; CP, 2009), ferramentas estas pensadas em suas dimensões psíquica, relacional e social, visando uma maior aproximação da realidade vivida por essas crianças e adolescentes abusadas sexualmente. Pretende-se construir uma interlocução entre a Psicanálise e a Bioética no intuito de produzir uma reflexão entre essas áreas do saber, partindo-se do entendimento de que a violência não é obra do acaso - conferindo isolamento aos mundos internos e externos de uma pessoa-, mas do convívio entre esses mundos; e envolvendo um pensar nos fundamentos éticos de maneira sensata, integrando competências normativas de articulação

pluralista, visando uma atuação interdisciplinar frente à ação humana. Neste ponto, a Bioética se insere em uma perspectiva de acolhimento ao novo, trazendo, a partir da percepção apreendida das vinhetas em prontuário na especificidade do incesto, a oportunidade de uma discussão de aproximação do quanto é conhecido dos aspectos desse contexto incestuoso.

Por fim, esta dissertação pretende ser uma contribuição neste segmento.

1.1 Justificativa

Tópicos controvertidos como estupro extrafamiliar, intrafamiliar, gravidez na infância e na adolescência e aborto não se esgotam em si. Pelo contrário, oferecem material relevante e de extrema importância para o conhecimento e reflexão social.

Neste âmbito, justifica-se a realização deste estudo, de tornar conhecidos temas que suscitam questionamentos diversos e polêmicos, sobretudo que se refletem nos direitos das crianças e dos adolescentes. De modo a saber, e a garantir, que seus direitos sejam vistos, acolhidos e, portanto, respeitados em suas escolhas, precisamente diante de uma gravidez decorrente de violência sexual.

A gravidez por estupro e as opções de escolha para seu desfecho gestacional são pouco discutidas na literatura. Há escassa pesquisa que envolva esta discussão, havendo a necessidade de mais estudos nesta linha. Este estudo busca contribuir a este respeito, propondo trazer à reflexão os direitos da criança e do adolescente frente à sua escolha diante de uma gravidez por abuso sexual.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

“Existem momentos na vida da gente, em que as palavras perdem o sentido ou parecem inúteis e, por mais que a gente pense em uma forma de empregá-las, elas parecem não servir. Então a gente não diz, apenas sente” (Freud)

Conceituação sobre os termos utilizados

A fim de uma melhor compreensão de como são entendidos determinados termos utilizados nessa pesquisa, definiram-se alguns conceitos.

2.1 Estupro e/ou violência sexual, abuso sexual

A palavra ‘estupro’ deriva do latim *stupru*, do termo do direito romano *stuprum per vim*, ato vergonhoso em geral, mas não limitado ao sexo ilícito (Houaiss, 2001). Engloba as relações ditas culpáveis, como a sexual ilícita e diversos crimes sexuais, incluindo o estupro e o incesto. Logo, o estupro pelo Código Penal brasileiro configura-se através do dissenso, do não consentimento da vítima durante todo o ato sexual (Brasil, 2009).

Dois requisitos classificam de maneira impactante a questão da violência sexual: grave violação de direitos humanos e importante problema de saúde pública. Restringe, assim, o livre exercício de um direito dado ao ser humano, sexual e reprodutivo. Em outras palavras, violência sexual, abuso sexual ou, ainda, estupro é a violação dos direitos sexuais, da Dignidade Sexual da pessoa em consonância com o Princípio Constitucional Da Dignidade Da Pessoa Humana (Constituição Federal, 1988). A sexualidade está incorporada ao ser humano, de cuja dignidade faz parte, assim como suas escolhas essenciais. O bem jurídico tutelado atualmente é a Dignidade Sexual, a liberdade de escolha de parceiros, a liberdade em praticar o ato sexual. Implica na proteção e no respeito ao ser humano em matéria sexual, garantindo-lhe a liberdade de escolha e opção nesse cenário, sem qualquer forma de exploração (Zaffaroni, 2007). “Toda pessoa humana tem o direito de exigir respeito em

relação à sua vida sexual, como também tem a obrigação de respeitar as opções sexuais alheias e, para tanto, deve o Estado assegurar os devidos meios” (CFB, art.1º, III, 1988).

Tipifica-se no Código Penal a dignidade sexual em crime contra a dignidade sexual (artigo 213) e estupro de vulnerável (artigo 217-A), algo que, anteriormente à Lei 12.015/2009, era atentado violento ao pudor, corrupção de menores, sedução e estupro. A Lei fusiona (artigo 213, *caput*, CP) os crimes de estupro (artigo 213) e atentado violento ao pudor (artigo 214) e substitui a presunção de violência (artigo 224) para estupro de vulnerável (artigo 217-A) (Damásio Jesus, 2011). A ação penal no crime de estupro passou a ser de iniciativa pública condicionada à representação da pessoa que sofreu o estupro, e não mais de ação penal privada. Basta que o promotor público tome ciência do fato para este apresentar a denúncia, seguindo, assim, o ordenamento jurídico, o que pressupõe, entre outras, o Princípio da Obrigatoriedade ou da Legalidade. Embora os crimes contra a dignidade sexual corram em segredo de justiça, o segredo não alcança a vítima, o acusado, seu defensor ou o representante do Ministério Público (Código Penal, artigo 225 §1; Masson, 2012).

Eis a atual conduta delituosa do estupro: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (art. 213 do Código Penal).

Um quesito importante é compreender que com a Lei nº 12.015/09 qualquer tipo de contato sexual com criança e adolescente, ainda que sem conjunção carnal, passou a ser considerado estupro, sendo qualificado como crime hediondo. De modo que homem pode ser vítima do crime de estupro por não englobar mais apenas a conjunção carnal, mas outros atos libidinosos (Masson, 2012). Outra mudança é no artigo 217-A. que substitui o conceito anterior pelo novo conceito de estupro de vulnerável, passando a presunção de violência a ser, em tese, absoluta, e não mais relativa. Basta que o agente tenha conhecimento de que a vítima é menor de 14 anos de idade e decida com ela manter conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso. Ainda que a vítima manifeste desejo no ato sexual, o adulto deve dizer não ao ato (Damásio Jesus, 2011).

Um segundo quesito é a apreensão do significado de pessoa vulnerável. Consiste na pessoa menor de 14 anos de idade ou aquela acometida de doença mental ou enfermidade destituída de capacidade para consentir com o ato ou oferecer oposição. É a vulnerabilidade na sua forma absoluta. O CP é claro: “o menor de 14 anos não pode consentir com o ato sexual” (Delmanto et al, 2011). Na forma relativa do conceito de vulnerabilidade, se discute

a probabilidade de se atribuir validade ao consentimento da vítima vulnerável para o ato sexual em razão da idade, maior de 12 anos e menor de 14 anos, admitindo, assim, depender de prova, portanto, da vulnerabilidade merecer ser discutida; assim justificada por alguns juristas pela obrigação de se buscar interpretação que mais se aproxime dos princípios norteadores do Direito Penal, visando conduta que ofereça ao bem jurídico tutelado (direito à liberdade, à vida, à honra) para que o agente mereça, de fato, a reprimenda estatal (Nucci, 2010).

Um terceiro quesito é evidenciado pela idade sobre o enfoque do Código Civil brasileiro, o artigo 1º instituído pela lei nº 10.406/2002, que esclarece: “Toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil”. Isto significa, que por toda pessoa, define-se quando a personalidade civil é capaz de gozar de direitos. Descreve-se algo que indica que a pessoa tenha aptidão para ser titular e para gozar de direitos e deveres que toda pessoa natural adquire no momento de seu nascimento com vida. Considera-se, no artigo 3º do Código Civil brasileiro, absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil, os menores de 16 anos. Já no artigo 4º prevê-se que maiores de 16 e menores de 18 anos são incapazes relativamente a certos atos ou à maneira de exercê-los (Lei nº 13.146/2015). Por fim, o artigo 5º refere-se à menoridade que cessa aos 18 anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil (Lei nº 10.406/02). Somando-se esses artigos do Código Civil, a síntese que se pode trazer é a de que quando o indivíduo absorve o mínimo de experiência, tanto quanto instrução, teria ele plenas condições de gerir sua vida no tocante ao exercício de direitos e obrigações.

Do que foi dito até aqui sobre o estupro se espera ter trazido clareza para abordar o que se segue na especificidade dos conceitos de estupro extrafamiliar e intrafamiliar.

2.2. Estupro extrafamiliar

O estupro extrafamiliar é uma forma de violência em que pessoas são alvos de interesse sexual de um ou mais adultos. É caracterizada por ser relação entre pessoas desconhecidas, sem laços parentais ou vínculo afetivo, podendo ocorrer em locais próximos da residência da pessoa ameaçada ou em trajetos como escola e trabalho. Atinge crianças, adolescentes e adultos de ambos os sexos, idade, nível educacional, social, econômico, cultural ou religioso (Ballone; Cunha et al, Souza & Bonfante, 2008).

Sob vários ângulos, falar sobre este assunto é relevante, entre eles se atribui o sofrimento físico e psicológico imputado às crianças e adolescentes. Nesse cenário, nasce o realce para a questão da decisão de escolha sobre o desfecho gestacional decorrente de gravidez por estupro. Respeitável assunto a ser pensado e que remete à negligência, representada por uma omissão em atender às necessidades físicas e emocionais da criança e adolescente, entre outros pontos, para um bom desenvolvimento biopsicossocial. Essa projeção traz ainda a importante questão do silêncio e vergonha instauradas nesta dinâmica de violência, causando “muita angústia e prejuízos, como o estresse pós-traumático” (Guerra, 1998; Cunha et al, 2008).

É nesse ambiente atento que a literatura adverte que a inadequação dos atendimentos diante da violência sexual vivenciada especialmente na infância e na adolescência predis põe ao aumento de riscos de futuros distúrbios psíquicos na vida adulta. Um dos prejuízos conferidos é a gravidez não esperada, implicando o envolvimento de um amplo cuidado interdisciplinar, um pronto acompanhamento nos diversos setores e serviços, sendo necessário importante trabalho e diálogo em rede (Mcqueen et al, 2008; Tavares, M, 2004; Rea LM & Parker,A, 1997).

2.3 Incesto e/ou estupro intrafamiliar

Conceitualmente, incesto vem do latim *incestu* (impuro, impudico). Incesto é um ato intimamente associado ao "proibido". A proibição do incesto, presente em quase todas as suas definições, parece estender-se à proibição da negação do assunto, tornando-se o mesmo um tabu, escapando a um esclarecimento mais profundo do tema. “Na família, esse segredo é mantido dentro dela. Para a sociedade é árduo o se dar conta dessa temática e, conseqüentemente, lidar com o problema” (Gobbetti GJ, 2000). Repercute assim o refletir do quanto permanece a dificuldade em conceituar o incesto. Pensando que a sexualidade humana é um assunto complexo, não se restringindo aos genitais, e que o sofrimento também pode provocar prazer. O obstáculo na conceituação do incesto está no fato de abranger dois conceitos sociais, o abuso sexual e a família, variando segunda a época e a cultura (Gobbetti GJ, 2000).

Em um movimento que tenta explicar o fenômeno da proibição do incesto, várias teorias têm sido empregadas. Contudo, sabe-se que as teorias sociais privilegiam a

importância do cruzamento exogâmico devido à sua ampliação familiar. Oferece assim uma maior chance de subsistir um sistema mais cooperativo e democrático, representada por uma regra universal que é a proibição do incesto; regra esta situada no limiar entre a natureza e a cultura. Por detrás da necessidade de tamanha proibição, só pode existir um desejo universal equivalente (Gobbetti GJ, 2000).

Já no entendimento das teorias biológicas, a proteção natural busca os não malefícios derivados do cruzamento endogâmico. Embora este motive uma redução da variabilidade dos genes, concedendo uma maior chance que outros de gerar uma criança com anomalia de expressão recessiva, é essencial lembrar que ao analisar casais consanguíneos em relação a um determinado gene, deve-se estar atento também à possibilidade de essa variedade manifestar-se pelos traços benéficos ou em doenças hereditárias (Cohen & Gobbetti, 2001). Quanto à concepção da teoria moral, “em uma perspectiva estruturalista, traz a proibição do incesto como cultural; em ambos existe a ligação com a ideia de proibição” (Lévi-Strauss, 1970).

Adicionalmente, inclui saber que a “restrição aos casamentos entre parentes se aplica às civilizações primitivas, assim como às civilizadas” (Lévi-Strauss, 1984). Não obstante, um dos objetivos dessa imposição de limite se manifestar pelas anomalias recessivas, o motivo nem sempre foi o de evitar esses riscos (Cohen & Gobbetti, 2001).

Cabe agora refletir sobre as teorias psicológicas cuja uma das características do aparelho mental é a influência do mundo externo e que tem a ver precisamente com a diferenciação entre um id e um ego diante dos perigos da realidade externa.

O ego é de certo modo obrigado a preservar-se desfavoravelmente frente a determinados impulsos estabelecidos no id e a cuidar dos mesmos como perigos (Freud, 2006). Neste sentido, há instituído o limite. A não atuação do incesto permite a diferenciação e a simbolização de funções dentro da família (pai, mãe e irmãos), possibilitando o desenvolvimento do indivíduo e da família. Nesta perspectiva, “a proibição do incesto é um fator organizador, demarcando limites” (Cohen, 1993).

As pulsões incestuosas constituem o fator sexual fundamental para o desenvolvimento da criança em termos afetivo-cognitivo. Entretanto, para que o “indivíduo se estruture como tal, é imprescindível que esta pulsão seja reprimida e sublimada, para que o ser, biológico, se humanize psicossocialmente” (Cohen, 1993).

Ao se admitir a ideia de que a proibição do incesto está fundamentada no processo de humanização do ser humano, logo, no seu desenvolvimento psicossocial e ético, origina-se em 1993, no Núcleo de Saúde Mental e Justiça do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Centro de Estudos e Atendimento Relativos ao Abuso Sexual - CEARAS -, coordenado pelo Prof. Dr. Claudio Cohen.

Entre as atividades do CEARAS estão os estudos de abordagem psicanalítica com o propósito de buscar compreender a função do incesto no desenvolvimento psicossocial frente à estruturação do indivíduo e sua relação familiar e a ética do indivíduo. O CEARAS outorga em conjunto com a Justiça, via encaminhamento do Fórum, representada pela lei social quando ocorrem as transgressões das leis familiares; ou Varas da Infância e Juventude, cujo processo de denúncia tenha sido aberto, o que possibilita o limite externo e a quebra do segredo familiar determinado pelo ECA. E, também, a viabilização do processo terapêutico, visando resguardar o vínculo de confiança necessária ao atendimento em saúde mental às famílias incestuosas.

Afinal, considerando-se que a relação incestuosa pode não envolver a completa relação sexual, ou seja, penetração vaginal, tampouco violência física, ausentando quem a sofre de marcas concretas e visíveis diante de um exame de corpo de delito, estudos elucidam que para a saúde mental tal fato não diminui a gravidade de suas consequências a seus partícipes. Entende-se que “outros abusos não denunciados devido não serem percebidos como relações abusivas pela família e pela sociedade, podem ser tão ou mais graves que os relacionamentos sexuais incestuosos manifestos” (Cohen & Gobbetti, 2001).

Na experiência clínica do CEARAS permite-se externar que em muitos casos atendidos nota-se o favorecimento de uma relação incestuosa envolvendo toda a família, cuja participação da mãe se mostra através da sua omissão de denunciar o companheiro. Denota, assim, ser um problema amplo, complexo e “mantenedor do segredo dentro da dinâmica familiar incestuosa” (Cohen & Gobbetti, 2001). Para o processo terapêutico no CEARAS é importante que exista o envolvimento de toda a família, tanto quanto a manutenção do acompanhamento familiar após a finalização desses atendimentos.

As angústias, vergonha e o medo de quem sofreu o incesto oculta-se no silêncio, o que pode retratar uma das principais características de violência no abuso incestuoso, transformar os atos de abuso sexual em eventos corriqueiros, banalizando-os. Sinaliza-se, neste ponto, um aspecto que poderá perpetuar a tendência dos membros familiares à repetição do incesto em

outros grupos que constituirão. De modo que é justamente “a perversão das funções familiares, que podem ser entendidas como necessárias e estruturantes no desenvolvimento psicossocial do indivíduo” (Cohen & Gobbetti, 2001).

O espectro desta importante distinção de funções familiares é bastante amplo. Reflete-se, neste ponto, que no panorama jurídico brasileiro, apesar de o incesto, quando não houver ameaça ou agressão física, não se constituir conduta delituosa - portanto, sem reprimenda penal -, a lei não reconhece o incesto como união estável. De modo que no Brasil o incesto não é considerado crime pelo Código Penal quando a pessoa é maior de 18 anos, idade legal em que pode usufruir todos os seus direitos civis, o que consentiria a relação incestuosa. Contudo, o incesto seria inválido pelo Código Civil brasileiro, que limita a união entre parentes próximos até o terceiro grau. É expresso por jurista que, caso a relação incestuosa fosse aceita, criaria uma instabilidade jurídica por supor o possível caos que causaria à Constituição (Dias, 2010).

Para este estudo, o incesto se define como a conjunção carnal, penetração vaginal entre parentes por consanguinidade ou afinidade, que se acham em grau interditado ou proibido para as justas núpcias (Cohen & Gobbetti, 2001). A lei 3.071/1916/CC, art. 183 define essa proibição.

Não podem casar:

I - os ascendentes com os descendentes, seja o parentesco legítimo/ilegítimo, natural/civil;

II - os afins em linha reta, seja o vínculo legítimo/ilegítimo;

III - o adotante com o cônjuge do adotado e o adotado com o cônjuge do adotante (art.376);

IV- os irmãos, legítimos/ilegítimos, germanos ou não, e os colaterais, legítimos/ilegítimos, até o 3º grau inclusive;

VI - as pessoas casadas (art.203);

VII - cônjuge adúltero condenado”.

V- o adotado com o filho, pai/mãe adotiva (art.376)

3 PSICANÁLISE

"Todo tratamento psicanalítico é uma tentativa para libertar o amor reprimido"

Sigmund Freud

Em *O incesto um desejo*, Cohen (1993) pondera sobre a conferência de introdução à psicanálise proferida por Freud (1917), em que a mitologia dirá que o ato incestuoso torna-se um privilégio que é negado aos homens comuns, mas concedido sem nenhum reparo aos deuses. Torna-se o incesto, por meio dessa concepção, condenado a um crime repulsivo à consciência dos homens.

Dentro desta reflexão, Freud (1917) discorreu sobre a sexualidade através da observação clínica da importância dos fatores sexuais na etiologia das neuroses. Inaugura, deste modo, um estudo sobre as divergências entre objeto e o alvo sexual, supondo uma bissexualidade universal nos seres humanos e uma autonomia da escolha objetal em relação ao sexo do objeto. Assim, ele se lança da pedofilia para explicar as múltiplas formas de objetos sexuais em que o valor não está no objeto, mas, sim, na pulsão sexual. Isso implica dizer que as perversões, segundo o autor, estão ligadas a algo que faz parte da vida normal sexual das pessoas, como: transgressões anatômicas, fetichismo e fixações de alvos sexuais transitórios. Contudo, ele chama atenção que nas transgressões, seja fetichismo, sadismo, masoquismo, o que os torna patológicos é justamente quando o objeto sexual normal é substituído por outro que mantém certa relação com ele, e que é expressamente impróprio para servir ao alvo sexual normal, seja o aparente prazer de olhar e ver deslocado seu olhar, exclusivamente, para as genitálias.

O que significa dizer que no sintoma patológico há a característica da exclusividade e fixação do objeto sexual. Lembrando que em 1905 Freud havia concebido duas definições para as perversões: às transgressões anatômicas quanto às regiões do corpo destinadas à união sexual e a demora, a fixação nas relações intermediárias com o objeto sexual, que comumente transitariam com agilidade rumo ao alvo sexual final. Freud verificou então que o que existe nas perversões também existe na vida cotidiana e que pessoas normais podem, em alguns momentos, desenvolver aspectos perversos, e o que parece patológico deve ser revisto como algo peculiar ao ser humano. Como as tendências ambivalentes em que a pulsão parcial

aparece como pares opostos da pulsão. Os movimentos afetuosos transformam-se em hostis, como: amor-ódio, masoquismo-sadismo, feminino-masculino e assim por diante.

De modo que, sendo a neurose o negativo da perversão, pode-se instaurar o quadro patológico, visto que o caráter neurótico intensifica a resistência à pulsão sexual empregando a moralidade, a vergonha. E entre a resistência e exigência da pulsão sexual se encontra a doença, interferindo na conduta social da pessoa ‘adoecida’.

[...] As diferenças que separam o normal do anormal só podem residir na intensidade relativa de cada componente da pulsão sexual e no uso que lhes é dado no decorrer do desenvolvimento (Freud, 1974, p.194).

Nesta linha de raciocínio, a Psicanálise traz uma contribuição fundamental para o diálogo da compreensão da neurose. Ao escrever os *Três ensaios sobre a teoria sexual*, Freud (1905) atribui, para compreensão da neurose, o complexo de Édipo. Assim, a todo ser humano é confinada a difícil tarefa de dominar o Complexo de Édipo. Caso isso não ocorra, cai na neurose (Cohen, 1993).

Outra referência ao conceito de complexo de Édipo é trazida pela ótica ampliada de Lacan, cuja vinculação da situação edípica, que ocorre com a criança, se estende para a interrelação familiar, estando incluída a criança (Cohen, 1993). Desta forma, a função do Pai, função da lei, é interferir na relação diádica mãe e filho. O pai passa a ter a função de separação dos membros desta relação, o que permitirá à criança encontrar a sua identidade. Com isso, o pai passa a ser a lei que proíbe o incesto.

Em seguida, estreia e se ressalta o olhar de repulsa que há em torno do incesto, levantado em *Totem e Tabu*. Freud (1913) articula a moral sexual dos povos das sociedades primitivas com a dos outros povos considerados “desenvolvidos”. Evidencia que para ambas as sociedades é compreensível o rigor da interdição de relações sexuais entre indivíduos de um mesmo totem. Relação esta existente entre o desejo ao incesto e o psiquismo infantil do neurótico. A Psicanálise sinaliza que a primeira escolha do objeto para amar e desejar é fundamentada em objetos proibidos. Essa ordem incestuosa, na medida em que a criança cresce, tais desejos são libertados. Já o psiquismo infantil do neurótico, em certo grau, é preservado, revelando-se como inibição ou como regressão do desenvolvimento. Embora as fixações incestuosas sejam reprimidas, elas exercem papel fundador na vida mental inconsciente. “Quando o indivíduo viola um tabu, torna-se um tabu também, porque o tabu violado vinga-se por si só” (Freud, 1974, p.15-29).

'Tabu' é um termo originário da Polinésia. Apresenta significados incompatíveis como os de sagrado, consagrado e de inquietante, perigoso, impuro. Entretanto, a palavra tabu nos reporta à noção de restrição, proteção e prevenção em combate às ações representativas de perigo ou ameaça, levando, por conseguinte, à contravenção do tabu, à punição e ao castigo (Freud, 1974, p. 60).

Na acepção da proibição do incesto como estruturante do aparelho mental em suas três instâncias, ou seja, id, ego e superego, a Psicanálise destaca a instância do superego como responsável pela internalização da Lei, da consciência moral. O limite entre o desejo e a realidade, o "não" à atuação dos desejos edípicos, tendo o ego como mediador entre as leis internas e as externas (Freud, 1974).

Em suas produções, Freud fornece a ideia da dimensão da tendência destrutiva que está presente na humanidade, de sorte que, ao sermos antissociais e anticulturais, a reflexão que se faz é de quais defesas a civilização se apropria para se tornar sociais. Em 1897, ele escreveu a seguinte frase para Fliess: "O incesto é antissocial e a civilização consiste numa progressiva renúncia a ele". Esse texto é o tema do antagonismo entre as exigências dos impulsos e as restrições da civilização. Em outras palavras, a inserção do indivíduo na cultura. Conflito este presente em todos os seres humanos, com o qual ele sempre deverá lidar. De modo que o desejo incestuoso deve ser reprimido para a sobrevivência da civilização. Sofre-se quando o mundo externo nos tolhe ou se nega a satisfazer nossas necessidades. Numa tentativa de regular nossos relacionamentos sociais, em uma comunidade civilizatória, exige-se que se instaure um estatuto legal para todos. Isso leva o indivíduo a renunciar a certas pulsões em detrimento da coletividade. A justiça se estabelece, posto que todo ser humano possui instintos agressivos, antissociais e destrutivos, o que representa o maior impeditivo à civilização.

Sobre a proibição das pulsões como o incesto, no artigo *A Moral Sexual Civilizada e Doença Nervosa Moderna* (1996), Freud afirmou que a cultura *repousa sobre a coerção das pulsões*. Aqui ele discute as consequências da renúncia sexual exigida pela sociedade. Isto é, regras, normas morais fundamentadas na abstinência sexual até o matrimônio, na educação moral e na relação sexual objetivando a reprodução.

Sabe-se que semelhanças genéticas podem estender-se para além da família, mas refuta-se a ideia do incesto ser uma questão que passa pelos aspectos biológicos, pois se assim fosse não precisaria de leis sociais. "O incesto passa por aspectos socioculturais" (Gobbetti, 2000).

4 BIOÉTICA

“O
*conhecimento torna-se perigoso nas mãos de
 especialistas aos quais falta um referencial
 amplo para visualizar todas as implicações de
 seu trabalho. Sabedoria é o conhecimento
 necessário para utilizar o conhecimento para o
 bem social”*

(Van Rensselaer Potter – 1971)

Bioética se traduz pela comunicação clara ao respeito pelo pluralismo, que resulta de uma multiplicidade de fatores. Seu campo de ação implica na integração, no diálogo das diversificadas áreas do conhecimento humano. Na introdução do livro *Bioética, ponte para o futuro* (1971), o criador do termo ‘bioética’, Van Rensselaer Potter, afirma que na existência de duas culturas incapazes de dialogar - as ciências e as humanidades -, faz-se imprescindível construir, diante de um futuro duvidoso, uma ponte entre as duas culturas. Ele coloca dessa forma a necessidade de sentido de ética e compromisso universal frente à estabilidade e preservação da relação dos seres humanos, das ciências e do ecossistema.

Entende-se, nesse contexto potteriano, sua preocupação circunspecta com o futuro da humanidade. Potter traz à reflexão os valores éticos que devem ser testados em termos de futuro sem se divorciarem dos fatos biológicos. Ele fala ainda das ações que diminuem as chances de sobrevivência humana. Trata-as como imorais, e devem ser julgadas em termos do conhecimento disponível. Isto, através de discussões. E estas, articuladas entre os vários campos do conhecimento humano, buscando distinguir as obrigações humanas com o futuro, de maneira intensificada e com esforços interdisciplinares.

“Eu proponho o termo bioética como forma de enfatizar os dois componentes mais importantes para se atingir uma nova sabedoria, que é tão desesperadamente necessária: conhecimento biológico e valores humanos” (Potter, 1971).

A ampliação e abrangência da Bioética incluem assuntos controversos e de grande complexidade frente aos possíveis enfrentamentos e soluções nos quais se inserem estupro, incesto, abortamento previsto em lei na infância e adolescência. Um exemplo é que, num

passado não tão remoto, as revelações de abusos sexuais por parte da criança e do adolescente eram interpretadas como suspeita de fantasia. Aludido ao fato contado por elas como uma inverdade (Thouvenin, 1997). Isso mostra as implicações da revelação. Ao que parece, é um momento crucial que pode, por si só, representar um risco de trauma suplementar para a criança e adolescente. A Bioética se coloca como contributiva na tentativa de lançar ponte entre as lacunas existentes entre a escuta, o acolhimento, o atendimento e tratamento resolutivos dessas demandas.

Tais desafios culminam com outra humanidade, como chamaria Potter. Humanidade de fundamental importância nas reflexões sobre o futuro das crianças e adolescentes; a gravidez decorrente do estupro e incesto. Aos enfrentamentos para a problemática se sugere, entre outros desfechos, a opção pelo abortamento; criminalizada em nossa legislação, mas prevista em lei quando referida ao estupro, em que as regras jurídicas protegem a decisão pelo abortamento.

Dilema que envolve ampla conexão, meditada e integrada à questão da imprevisibilidade e dos recursos de acessibilidade legais disponíveis em nossa sociedade. O fato contempla ainda a ausência de profundos debates que não sejam reducionistas sobre o significado da escolha a ser adotada pela criança ou adolescente grávida decorrente de estupro, tomada de decisão esta que mobiliza muita angústia.

Corroborando, neste sentido, o conceito de Ayer (2012) sobre a bioética das relações, que compreende na percepção de que todo ser humano é interativo, pois a humanização do indivíduo ocorre a partir do momento em que ele toma consciência do convívio social.

Conceito interdisciplinar, a Bioética aponta para a possibilidade de se pensar no sujeito bioético, “define-se como ser bioético, indivíduo humano e ético pessoa capaz de lidar com suas pulsões e desejos” (Cohen & Gobbetti, 2001). Postura, que segundo os autores, nas relações definidas como assimétricas, desiguais, cujo modelo que se tem é a relação entre pais e filhos, que devem respeitar essa função para a estruturação psicossocial do indivíduo. Neste contexto, considera-se que o ato antiético é a atuação do desejo, o incesto, que desvela a impossibilidade de discriminar as funções sociais. Indo ao contrário do que os autores definem como ser bioético.

Para a difícil solução dessas questões, o que a Bioética parece sugerir é a fomentação de uma constante construção de diálogo em busca de uma linguagem comum de humanismo científico, cujo consenso sobre o assunto seja o esperado, visando, assim, uma ética mundial. Reflexões que reforçam as expressões críticas de Ayer (2010) sobre a atuação ética no universo da sociedade organizada em torno de dispositivos de legalidade, de consensos e de

ética no exercício da saúde e com os profissionais da área da saúde, principalmente na medicina. De modo que a Bioética surgiu da necessidade de se debater e de se decidir sobre as questões éticas relacionadas, sobretudo, com a pesquisa e os avanços científicos e as conquistas frente aos direitos humanos e os avanços socioculturais: ela é a expressão crítica do nosso interesse em usar convenientemente os progressos da área da saúde, arte médica e da ciência.

4.1 Atendimento de crianças e adolescentes sobre o olhar da Ética e da Bioética

A Pediatria atua de forma policlínica em toda uma faixa etária de duas décadas de duração, todo o período de crescimento e desenvolvimento do ser humano. Para tanto, conhecer ciência médica não é suficiente. Para o bom e seguro exercício da medicina, faz-se imprescindível o conhecimento da ética e dos referenciais bioéticos. Neste sentido, em Bioética significa o direito a um futuro aberto, tendo a sociedade a obrigação de oferecer-lhes condições necessárias para que no futuro tenham características pertinentes ao exercício pleno da sua autonomia (Constantino, 2013).

A autonomia reporta-se à capacidade do ser humano de decidir o que é bom para si e para seu bem-estar de acordo com valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças próprias. Portanto, o respeito pela autonomia da pessoa conjuga-se com o princípio da dignidade da natureza humana. O que presume concordância com o pluralismo ético-social, admitindo-se que cada pessoa possui pontos de vista e expectativas próprias quanto ao seu desejo, sua escolha, seu destino de modo a deliberar sua tomada de decisão em concordância com seu plano de vida e ação. Isto pressupõe harmonia com suas crenças, aspirações e valores próprios, ainda que discordantes dos valores de outras pessoas ou da sociedade.

Pode-se pensar a questão da autonomia em Bioética em oposição ao modelo autoritário, de modo que o ser humano seja um elemento participante e interativo. E quanto às crianças e adolescentes? Pensando que criança e adolescente não tem ainda competência para exercer sua plena autonomia, visto que não são adultos, parece haver a necessidade de serem habilitados ao exercício da sua autonomia, que se dá por intermédio de outros -no caso, seus progenitores ou responsáveis.

O que diz a legislação, a ética sobre a autonomia em nome das crianças e adolescentes? Como instrumentá-las auxiliando-as a trilhar tal caminho com segurança? Deve-se ter claro que “não há diferença com o adulto as questões éticas envolvendo crianças e adolescentes na atualidade” (Pessini, 2000). A eles é preservada a sua autonomia, capacidade

e dignidade. “É direito dos mesmos de receberem as informações compatíveis com seu momento evolutivo para que possam assentir às decisões” (Constantino, 2012).

Feitas essas ponderações, percebe-se o quanto é fora de propósito dizer que uma situação é bioeticamente correta ou não, uma vez que os valores referentes ao convívio humano variam no tempo, nas diferentes culturas e localidades geográficas. De maneira que o grande mérito da Bioética é a sobrevivência humana. “É trazer um juízo prático, visando ética, moral, direito, decisões, valores, conduta e atenção à saúde, buscando pressuposto que atinja um acordo” (Segre e Cohen, 2004).

De fato, para os autores, os princípios éticos versam sobre o respeito ao ser humano quanto à sua autonomia. Não há condições, a não ser numa sociedade teórica, ideal, de se permitir que cada ser humano, ou cada comunidade, adote, na prática, a postura ética que considerar válida. “[...] a anomia ética (falta de regras), em termos pessoais, para que cada um possa questionar toda e qualquer lei anterior, e não a anarquia, em termos sociais” (Segre e Cohen, 2004).

No que se refere às diferentes situações que envolvem crianças e adolescentes, inúmeros questionamentos tomam proporções cada vez maiores em busca de atender às garantias de direitos da criança e do adolescente, ainda que o poder familiar dos mesmos caiba aos pais ou responsáveis. Tais garantias visam dar força à autonomia de sua decisão, respeitando qualquer que seja a escolha da criança e do adolescente, como as opções apresentadas para o desfecho gestacional decorrente de estupro. A Bioética, embora respeite a diversidade, coloca-se irreduzível quanto aos valores éticos de modo a cuidar para que as ações em busca de autonomia não levem à arbitrariedade. O consenso não é fácil e nem utópico. O caminho a ser trilhado é por meio do diálogo em direção aos direitos fundamentais e não à exclusão desses direitos e garantias.

Nessa linha de considerações, vale uma breve menção aos aspectos bioéticos da corrente principialista que visa princípios básicos éticos na pesquisa com seres humanos. Foi introduzida a partir do Relatório Belmont (1974-1978) e orienta o pensamento rumo à corrente teórica dos quatro princípios bioéticos de Beauchamp & Childress (2001). Logo, apresentam a Bioética sob os seguintes prismas não absolutos: princípio do respeito da autonomia (ter consciência do direito da pessoa de possuir um projeto de vida próprio, de ter seus pontos de vista e opiniões, de fazer escolhas autônomas, de agir segundo seus valores e convicções); princípio da não maleficência (dever ético do profissional de saúde, que, se não cumprido, coloca-o numa situação de má prática ou prática negligente da medicina ou das demais profissões da área biomédica); princípio da beneficência (obrigação moral de agir para

o benefício do outro) e o princípio da justiça (fundamento de que as pessoas têm direito a um mínimo decente de cuidados com sua saúde, o que inclui garantias de igualdade de direitos, equidade); igualmente admitindo exceções quando há conflitos entre os preceitos. Tais características abrangem grande parte das questões éticas aplicadas aos cuidados de saúde.

Disposto a fazer a ponte entre a ciência e humanidade, e assegurando os direitos das crianças e adolescentes, estabeleceu-se, em 1995, pelo Ministério da Justiça, mediado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), sob a Resolução 041/95, os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, impondo-se o aspecto ético do consentimento da própria criança e adolescente, seguido do dos seus representantes legais.

Observa-se, desta maneira, o que era antes amparado pelo princípio da beneficência, cuja relação assimétrica entre médico e paciente era justificada pela ausência de capacitação do paciente em tomar decisão, delegando, deste modo, ao médico o poder decisório, é hoje sustentado pela medicina a partir do princípio da autonomia. O princípio da autonomia do outro é moralmente respeitado. Inclusive, é requisito legal e protegido como direito individual pela sociedade (Constantino CF, Barros JCR, Hirschheimer MR, 2009).

Exigem-se cada vez mais atitudes responsáveis e competentes do ponto de vista ético e moral no atendimento às crianças e adolescentes. Reconhece-se a complexidade da situação de violência à que as mesmas ficam expostas no cotidiano, levando a um posicionamento transparente na busca de formas de enfrentamentos e prevenção contributivos no auxílio aos profissionais em seus atendimentos, diagnóstico, registro, notificação dos casos de violência contra as crianças e adolescentes (Constantino, 2013). Sobre o serviço médico, o manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência (2011) “considera como fonte de violência o desrespeito aos valores mínimos do paciente em atendimento”.

A responsabilidade do médico, por exemplo, dentro de uma instituição hospitalar - esclarece o manual supracitado -, existe independente da responsabilidade dos pais. Diante de suspeita ou confirmação do abuso sexual, o profissional de saúde está obrigado a agir no melhor interesse do paciente, fazendo o bem em relação a essa pessoa, promovendo seu bem-estar físico, mental, social e espiritual da melhor forma.

O profissional de saúde no atendimento à criança e adolescente deve obedecer à recomendação de protegê-las. Ser capaz de identificar comportamentos de risco diante de um conflito não claro, buscando prevenção. Elucidar atitudes, climas negativos criados pelo seu entorno que possa ter caráter repetitivo e trazer danos para o desenvolvimento psíquico, afetivo, emocional, moral e social dessas crianças/adolescentes (Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência, 2011). Convém pontuar que a ação em saúde

visa à integridade do paciente, sendo que o seu princípio fundamental perpassa pelos princípios bioéticos (beneficência, atender o interesse do paciente; não maleficência, evitar danos e sofrimento; autonomia, direito de escolher).

No artigo 14 do Código de Ética Médica/2010 o posicionamento, embasado no regulamentado na Constituição Federal, ECA e Código Civil, é a de que em um atendimento médico às crianças e adolescentes, embora se compreenda serem os pais seus defensores legais, entende-se também que não são donos dos seus filhos. Em um conflito de interesses, os profissionais de saúde estão regulamentados a agirem favoráveis aos interesses do paciente menor de idade.

4.2 Criança e adolescente

Quando se fala de infância e adolescência é imprescindível ter em mente o contexto no qual ela surge e se desenvolve. O que é diferente da maturação biológica, período do desenvolvimento humano com duração variável entre as fases e a idade adulta, com mudança física, cognitiva, emocional, sexual. Pressupondo um olhar ampliado, pensar nas influências das relações sociais, dos aspectos econômico, histórico, cultural e político, entre outros. Conforme documentado na literatura, existem marcantes mudanças nutricionais, ambientais, familiares e contextuais na vida das mulheres adolescentes. Uma delas é a menarca caracterizada pela primeira menstruação. Em média, ela ocorre aos 12,8 anos de idade (Takiuti, 2015; Eisenstein, 2005).

Parecem subsistir diferentes infâncias coexistindo em uma mesma sociedade, em um mesmo tempo e lugar. Portanto, ao se buscar respostas para a questão sobre a criança e o adolescente, há que se pensar no período histórico que se pretende elencar, porque ser criança na contemporaneidade é diferente de ser criança na sociedade nos períodos históricos anteriores, visto que a sociedade está sempre em movimento.

Historicamente, conforme Eisenstein (op. cit.), a infância tem perpassado por várias etapas, cujas definições passam por crise de conceitos, uma vez que as referências usadas para conceituá-la mudam. No rastro do movimento histórico e nas palavras de Lepikson (1998), em 1921 aprovou-se a Declaração dos Direitos da Criança. Já em 1927, no Brasil, oficializava-se o Código de Mello Mattos, conhecido como o Código de Menores, cuja prática era intervencionista, portanto, de caráter corretivo. Neste período fazia-se distinção entre criança (educação e saúde) e menor (social, jurídica e policial). Em 1979 revisou-se o Código

de Menores de 1927 substituído pelo Código de Menores de 1979, que dispunha sobre a assistência, proteção e vigilância aos menores, nascendo a Doutrina da Situação Irregular, buscando regularização desses menores, visando resguardar a sociedade. Nota-se que menor com dificuldade de subsistência, dentre outras situações, era considerado em situação irregular. Muitas vezes, as autoridades judiciárias aplicavam como instância de tratamento o internamento, incluindo a suspensão do poder familiar. Vários movimentos sociais nacionais e internacionais entram em ações em meados de 1980 combatendo o tratamento *menorista* do Código de Menores de 1979. A Constituição de 1988 inseriu o artigo 227, baseado na Doutrina de Proteção Integral e fundamentado na Declaração dos Direitos da Criança da ONU. Derruba-se o Código de Menores e inicia-se a concepção de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, cidadãos, originando o ECA/1990.

Este panorama descrito é marcado, ao longo dos últimos anos do século XX, por inegáveis avanços e conquistas no campo legal em prol da criança e do adolescente. A criação do ECA/1990 vem promover a inserção definitiva do papel da criança e adolescente enquanto cidadãos de direitos. Não são mais suspeitos de potenciais criminosos diante de uma situação dita irregular. O risco, agora, é cuidar para que os direitos adquiridos não sejam violados.

Quem são as crianças e os adolescentes em nossa atual sociedade? Hoje, o mundo moderno evidencia um movimento inclinado ao pensar ético, integrado entre a criança, a família, a escola, a justiça, a saúde, entre outros aspectos. Pensar a infância na atualidade, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), pressupõe a faixa de idade entre 10 e 19 anos. O ECA considera entre os 12 e 18 anos. Apesar dessas diferenças aqui caracterizadas “é pouco relevante frente a todas as modificações biológicas e sociais desse período da vida” (Oselka, 2000). A Sociedade Brasileira de Pediatria se posiciona do mesmo modo, visto que a atuação do pediatra estende-se desde a concepção até o término do crescimento, ou seja, 18 anos.

Embora a sua significação tenha sofrido influências do momento histórico, da cultura ou da relação com o entorno, a definição e visão frente à criança se mantêm, “um ser humano com pouca idade, menino ou menina; pessoa ingênua, infantil” (FERREIRA, 1999). Se o termo criança deriva do latim *creantia*, *criantia*, a etimologia de infância deriva de “infante”, do latim *infans*, que significa ‘incapaz de falar’; a definição de adolescente, adolecer vem do latim *adolescere* que significa ‘crescer’, ‘atingir a maturidade’, ‘entrar na fase da adolescência’, ‘ser adolescente’, ‘jovem’, ‘desenvolver-se’. Parece, neste ponto, levar a meditar que na história a criança e adolescente mostraram indícios de que mereceram pouca atenção até então, devendo-se cuidar para que os direitos adquiridos não sejam violados.

A infância e adolescência, de acordo com Takiuti (op. cit.), são etapas de grande criatividade, e a criança e o adolescente devem ter seu potencial criativo apoiado e estimulado, o que não descarta que o projeto de vida nessa fase do desenvolvimento possa ser facilitado ou dificultado pelas condições sociais e possibilidades que o meio possa oferecer a esses cidadãos de deveres e direitos.

Sobre a condição de o jovem ser sujeito de direitos, enfatiza-se que, atualmente, tanto a criança quanto o adolescente gozam dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízos da proteção integral, da promoção de oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Sobre o dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público, reforça-se que eles assegurem com prioridade a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária da criança/adolescente (ECA,1990).

Ressalta-se que há um posicionamento coletivo tanto nacional quanto internacional que reconhece que infância e adolescência correspondem a etapas da vida que sugere ser vivida de modo saudável, estimulante e protegida. Conferem-se os avanços, porém, na especificidade da dignidade sexual. O que se observa, na realidade, é um conjunto de vulnerabilidades presentes na vida das crianças/adolescentes, sobretudo, diante da gravidez por estupro e incesto, afetando direta e gravemente o seu futuro.

Corroborar, neste sentido, pesquisa realizada por Takiuti (2008) com crianças e adolescentes. Para a autora, a adolescência e juventude são admitidas como uma travessia do mundo infantil para o adulto, onde riscos e desafios contribuem para a intensa vulnerabilidade desta fase. Esta fase vulnerável pode ser acentuada por comportamentos de risco, por se caracterizar pela busca de autoafirmação, vivências de novas experiências, contestação, magia e onipotência. Isto pressupõe a facilidade ao acesso, sem restrição, à clara informação, tanto quanto à orientação do autocuidado.

Importante ponto que mostra avanços e o muito a ser feito se refere à ética e, portanto, a Bioética com crianças e adolescentes ocorrido em 1947 com o Código Universal de Ética em Pesquisa pelo Tribunal de Nuremberg, mas sem relato claro à participação das crianças. Em 1964, a Declaração de Helsinque redigiu os princípios éticos incluindo a participação da criança em pesquisa com o consentimento legal dos pais e/ou responsáveis. Em 1996, preocupados com a questão da dignidade da pessoa humana, acordados aos princípios fundamentais da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade,

regulamentou-se no Brasil a Resolução CNS 196/96, primando pelo interesse dos sujeitos participantes em pesquisa, de modo a promover o respeito e a dignidade humana. Estabeleceu-se, ainda, a obrigatoriedade, além do consentimento do representante legal, da autorização dos menores de 18 anos quando existisse condição de compreensão (Constantino, 2013).

Em razão das vulnerabilidades circunstanciadas entre as crianças e adolescentes no aspecto biopsicossocial, tem havido esforços conjuntos em busca de um posicionamento ético, cuidadoso para com as questões que as cercam, envolvendo-as em rotina familiar junto aos médicos, para acompanhamento do seu desenvolvimento. Além de informar, prevenir e tratar possíveis enfermidades em âmbito ambulatorial ou hospitalar, o médico pediatra orienta os pais desde o nascimento, auxiliando a família na formação da criança, zelando por seu bem-estar físico e psicológico. Uma vez que o contato com a criança é mediada pelos pais, possíveis queixas sobre eventuais negligências na maioria das vezes partem de familiares (Constantino, 2013).

Reflete-se, assim, que, ética e bioeticamente, a criança e adolescente têm o direito a um futuro aberto, o que remete a sociedade à obrigação de organizar-se com o objetivo de oferecer-lhes as condições necessárias para que no futuro possam exercer sua autonomia de forma plena, resguardando suas potencialidades em crescimento e desenvolvimento para serem cidadãos de pleno direito (Constantino, 2013).

4.3 Criança e adolescente: proteção integral aos direitos garantidos

A criança e o adolescente que se sustentam como sujeitos de direitos pelo ECA (1990) são reconhecidos: como criança até doze anos de idade incompletos e adolescente entre doze e dezoito anos de idade, logrando, assim, dos seus direitos pela condição de cidadão. Cidadão, por definição, é todo aquele que tem seus direitos fundamentais protegidos e aplicados para atender suas necessidades básicas visando o seu desenvolvimento e atualizando suas potencialidades enquanto ser humano (Veronese & Custódio, 2007). Ou seja, cidadão é quem tem plenas condições de manter a sua própria dignidade “*dentro do conjunto de direitos e deveres que está sujeito em relação à sociedade em que vive*” (2007 p.131; grifo dos autores).

Destaca-se, assim, que os direitos fundamentais da criança e do adolescente estão previstos na Magna Carta do seguinte modo:

[...] é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, 2009).

A concretude das diretrizes do sistema de garantias à criança e ao adolescente são articuladas ao ECA (1990), onde são estabelecidas medidas protetivas e de atuação com políticas públicas de atendimento, promoção, proteção e justiça. Existem, ainda, revigorando essas diretrizes, a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Convenção sobre os Direitos da Criança. Instrumento que origina tanto em combate à violação de direitos quanto a mecanismos de fortalecimento dos direitos fundamentais, levando em consideração a articulação da sociedade civil organizada em espaços públicos não estatais, implicando na escolha dos representantes da comunidade no Conselho Tutelar e na realização das conferências de Direitos da Criança e do Adolescente, propondo apontar diretrizes de ações para os anos seguintes.

O paradigma de democracia participativa aplicada pela Constituição Federal do Brasil de 1988 se dá não somente por meio dos direitos políticos, mas, principalmente, a partir da participação popular. O modelo de democracia participativa não pressupõe status de algo novo, pois a Constituição brasileira contemplou a possibilidade de integração dos cidadãos no processo de discussão política, visando, com isso, combater as situações de negligência e promover o bem-estar da criança e do adolescente. Há, portanto, uma prioridade absoluta e reforçada em direção à efetividade dos direitos fundamentais da criança e do adolescente.

O sistema de garantias contempla a conexão com um conjunto de ações entre o Estado e a sociedade civil constituído pelo diagnóstico, planejamento, controle e avaliação das políticas em níveis diferenciados e que passa desde a construção de uma rede de atendimento integral, nas diversas áreas relativas aos direitos fundamentais, na qual os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente constituem-se como os principais responsáveis. Acentua-se essa preposição mediante a elaboração de políticas sociais que permitam o real desenvolvimento sadio de meninos (as), estimulando a garantia do princípio da tríplice responsabilidade compartilhada: Estado, família e sociedade (ECA, 1990).

Aos profissionais da rede de atenção à saúde reforça-se que, em caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos, violência sexual, há a incumbência compulsória desses profissionais de comunicar tal fato ao Conselho Tutelar, ou a autoridades competentes, por intermédio de uma cópia da ficha de notificação/investigação individual de violência

doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais, em conformidade com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, SINAN, implantado no país de modo gradual a partir de 1990 até 1993 pelo Ministério da Saúde (artigo 13 do ECA).

Tais procedimentos objetivam a garantia de proteção da criança e do adolescente.

4.3.1 Notificação - instrumento de prevenção, promoção e proteção da violência

Importantes contribuições trouxeram mudanças significativas na forma de se ver, compreender e atender demandas na área da infância e juventude no Brasil. Dentre elas, observa-se a ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais. Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o artigo 13 da Lei no 8.069/1990 – ECA. Na proteção da criança vítima de violência sexual, os profissionais de saúde são os primeiros a participar do sistema de garantias. Até porque, a eles é incumbida a tarefa de notificar as situações de abuso sexual ao Conselho Tutelar (artigo 13, art. 56, inciso I, e art. 245 do ECA). A tarefa do Conselho Tutelar é a de requisitar tratamento psicológico para a criança vítima (artigo 136, I, e art. 101, inciso V), serviços públicos nas áreas de saúde e serviço social (artigo 136, III, a do ECA) e ainda encaminhar ao Ministério Público notícia do abuso sexual - fato este que constitui infração administrativa e penal contra os direitos da criança ou adolescente (artigo 136, IV do ECA). Já ao Ministério Público é atribuído avivar o processo judicial relativo à infração administrativa e à infração penal (artigo 201, X do ECA), assim como a intercorrência que remete, de acordo com o suporte probatório, ao afastamento do agressor do lar (artigo 130 do ECA), adotado pelo relatório apresentado pelos serviços públicos solicitados pelo Conselho Tutelar.

Frente às possíveis dúvidas que o profissional de saúde muitas vezes carrega sobre como agir diante da violência, é importante saber que o Sistema de Notificação Compulsória compartilhará responsabilidades com o Conselho Tutelar em cada caso encaminhado, devendo acompanhar todo o seu desenrolar até o final do atendimento. As normas técnicas e de rotinas vêm apoiar esses profissionais no diagnóstico e no registro da notificação dos casos de violência, que são medidas iniciais para um atendimento de proteção às vítimas e de apoio a suas famílias. Considerando o paradigma de acolhimento e proteção às vítimas de violência sexual, tal movimento busca a efetivação do fluxo criado em articulação com um sistema de

notificação e de atendimento na tentativa de contribuir para uma cultura de paz, cuja responsabilidade é de todos os cidadãos - em especial, dos profissionais de saúde. Em uma atenção integral, é imprescindível, a quem sofreu o abuso sexual, um trabalho em rede. A rede de proteção deve estar em sintonia com o sistema de justiça e punição do agressor, o que não exclui o direito do agressor de ser cuidado. A garantia da proteção integral depende um do outro, num movimento em rede. Quem sofreu o abuso sexual, a sociedade, os conselheiros tutelares, os profissionais das áreas de Saúde, Serviço Social e Psicologia buscam uma resposta do Ministério Público e do Poder Judiciário, visto que admitem suas limitações numa ação isolada. A função em rede prevê integração e a retroalimentação, sugerindo cobranças mútuas entre as partes.

4.4 Gravidez na infância e na adolescência

A infância e adolescência mostra ser uma fase do desenvolvimento rica em oportunidades. No entanto, traz em si uma perspicaz armadilha que abriga e esconde o sofrimento: a gravidez - processo em que reside o medo, a violência, o desrespeito, compreendidas como características não saudáveis. A gravidez é um fenômeno que não vem sozinho, produz preocupações e riscos físicos, emocionais e sociais.

O adolescente se distingue como uma combinação instável de múltiplos corpos e identidades. Reside o obstáculo de atingir uma coerência de identidade sexual. O desprender-se da infância, cujas descobertas ocasionam conflitos familiares e sociais (Aberastury e Knobel, 1981). Processo de crescimento que não somente culmina com novas descobertas, mas que engloba transformações que podem ser conflitivas, prazerosas ou de sofrimento. Assim, pensando-se na prevenção de uma gravidez imatura, o diálogo familiar é primordial.

É conveniente aos profissionais de saúde, tanto generalistas quanto especialistas, estar instruídos sobre as diretrizes em relação à saúde sexual e reprodutiva das crianças e adolescentes, com adequada abordagem sobre sexualidade e anticoncepção, o que envolve aspectos éticos e prescrição dos métodos anticoncepcionais, sob pena de ser considerada violação do direito da paciente na situação em que esta indicação é prevista (Sociedade Brasileira de Pediatria SBP, 2005). Gravidez na infância e na adolescência mostra ser uma situação delicada e de alto risco em qualquer lugar do mundo, sugerindo uma atenção redobrada no sentido de levar a criança e adolescente a compreender os passos preventivos para que a gravidez possa ser evitada.

Estudiosos elencam algumas complicações possíveis para a saúde da mãe e bebê em gravidez na adolescência: imaturidade - o que provoca maior incidência de baixo peso ao nascer e prematuridade; toxemia gravídica - que está associada com formas graves de pré-eclampsia e eclampsia e síndrome de HELLP; problemas no parto (prematuro ou demorado); infecções urogenitais; anemia (por a gestante estar em fase de crescimento) e retardo do desenvolvimento uterino (Eisenstein E, 1999; Carneiro e Matos, 1999; Taquett SR, Vilhena MM, 2005).

A gravidez na adolescência não deve ser vista como interrupção voluntária da gravidez, tampouco ser tratada como um método anticoncepcional ou, ainda, como doença que pode ser curada pelo parto ou aborto. Este procedimento exige protocolar providências, oferecendo atenção integral e permanente à criança e adolescente. O que implica acolher a ansiedade das mesmas, assim como a insegurança e os tantos temores que a situação propiciam. A gravidez na adolescência mostra ser uma trajetória difícil. “Pode provocar desvios muitas vezes irreversíveis. Para isso há que se identificarem fatores protetores e desencadeadores de risco” (Bocardi, 2003).

Na ocorrência de uma gravidez na adolescência devido ao estupro extra ou intrafamiliar é importante buscar assistência protocolar especializada, cuja rede de apoio se insere. As estratégias integrantes ao processo de interrupção da gestação resultante de estupro, conquanto constitua um direito previsto em lei, estão asseguradas por essa possibilidade. Porém, parte preponderante dessas adolescentes e mulheres aparenta desconhecimento a respeito das informações sobre o protocolo e serviços credenciados para o acesso aos serviços de saúde que realizam o método de abortamento seguro e humanizado (Drezett, 2016).

4.5 Gravidez na infância e adolescência: família e o aborto previsto em lei

Confere-se à infância e adolescência um processo de descobertas, mas também abriga armadilhas, revelando outro modo de viver não saudável. Esconde o sofrimento, o medo, a violência, o desrespeito. O que poderia levar crianças e adolescentes a se sentirem na contramão de um processo compreendido como positivo para o seu desenvolvimento? Aparente desencontro transitório entre a infância e a vida adulta? Ou poderia se pensar que a beleza de tantos talentos pudesse se apresentar sombrio, com uma gravidez não pensada, planejada e decorrente de uma violência? Pois bem, tais fenômenos não vêm sozinhos, trazem intrínsecas as preocupações e riscos físicos, emocionais e sociais. Quais?

A idade fértil pode variar entre as jovens. Porém, qualquer jovem em idade fértil está em condição de engravidar, intensificando-se a importância da jovem estar orientada após o ato sexual consentido. “Orienta-se às famílias de crianças e adolescentes que conversem e ensinem sobre os riscos que uma gravidez adolescente implica” (OMS, 2011). Ato contínuo, essas crianças e adolescentes trazem em si a possibilidade do despreparo em manejar tal situação. De maneira que essa mãe “não atingiu um amadurecimento suficiente para assumir esse papel” (Eisenstein E, 1999; Carneiro e Matos, 1999; Taquett SR, Vilhena MM, 2005). As crianças e adolescentes grávidas deparam-se com o risco de morte para si e para o bebê ante o parto prematuro, más formações do feto, rejeição ao bebê, medo da rejeição social e controvérsia relativa à nutrição. A nutrição da grávida demonstra não possuir nutrientes necessários para que o bebê se desenvolva de maneira correta.

Qual seria o cenário frente à gravidez decorrente de estupro ou incesto? Cabe neste ponto introduzir o que é previsto para a entidade familiar em relação aos filhos na lei brasileira. A Lei 13.105/2015 traz juridicamente a ação de guarda enquanto o filho for menor, mantendo vigilância no exercício de sua custódia.

Dispõe sobre o dever da família na lei nº 8.069/90 do ECA:

Art. 4º É dever da família, comunidade, sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Art. 6º Na interpretação desta Lei levar-se-ão em conta os fins sociais a que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos, e a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento.

Na história, as mudanças de paradigmas no contexto familiar têm, entre outras circunstâncias, o desprendimento entre o ato sexual e a função de procriar. A noção de posse e poder estavam atreladas à origem e evolução do grupo familiar. Às mulheres era delegada a missão de obediência aos seus esposos. Os filhos eram certificados como propriedade de ambos os pais. Em tais laços de dependência e referência dos modelos parentais estavam presentes as obrigações, regras e interdito. Como função dos pais destaca-se o entendimento da responsabilidade mútua do bem-estar dos filhos (Osório, 2002).

Parece oportuno conhecer o trazido pela jurista Dias (2010). Diz respeito ao afeto que merece ser visto como uma realidade digna de tutela. Em sua experiência com incesto, ela levanta a questão da alienação parental e as fraudulentas denúncias do ato incestuoso, implantando falsas memórias na criança. Este estudo não se aprofundará neste conceito de

Dias. Ele é aqui trazido para uma maior aproximação deste fato atual em que se concebem duas realidades aparentemente diferentes, mas que é tratado pelos seus pontos de contato: o incesto. A jurista assinala sobre o caráter de segredo muito bem guardado dentro da família do incesto e que se expressa em números assustadores em todos os níveis socioeconômicos. Revigora a atenção para um grande perigo do incesto, que é tratar os atos libidinosos como algo normal dentro da relação afetiva. Em certo sentido, este fato leva o pensar sobre o repúdio que o incesto parece exercer em nossa sociedade; o quanto ele é um tabu, devendo-se reconhecer as marcas da violência silenciosa do incesto presente em algumas dinâmicas familiares. Reporta também ao cuidado destinado a um olhar desidealizado do lar, no sentido de ser esta realidade um lugar exclusivo de proteção dos abusos do mundo externo. Freud, neste sentido, pondera que o inconsciente de natureza íntima é a verdadeira realidade psíquica. Paradoxalmente, induz a refletir que o inconsciente se apresenta tão desconhecido quanto a realidade do mundo externo. Tal objeção parece encontrar respaldo no que tais suspeitas de abuso sexual incestuoso podem promover ao pensamento mais íntimo da sociedade. Alude-se aqui aos “refreamentos de suas próprias pulsões e desejos incestuosos” (Cohen & Gobbetti, 2001).

Não obstante as particularidades de cada caso, o pensamento de aversão ao incesto aparenta perpassar questões genéticas e biológicas, uma vez que o seu resultado tem razões culturais, a exemplo da lenda nada sensual e inocente do mito do boto, pertinente à diversidade cultural dos vilarejos ribeirinhos da Amazônia. Com seu vocabulário regional, traz a representação do medo, da gravidez incestuosa e a sensação de impotência diante dessa aparente força superior maléfica.

As Lendas Amazônicas do compositor Waldemar Henrique (1905-1995), que transita entre a música erudita e popular, são canções indígenas, afro-brasileiros, nordestinas e do folclore amazônico. Em sua obra, o que intriga esta pesquisa diz respeito aos sentimentos despertados através da canção *Foi Boto, Sinhá!*, em que sugere similitude com as questões incestuosas. Considerado amigo do homem, o boto cor-de-rosa é uma das lendas mais populares da Amazônia, fenômeno que mostra a força dos mitos e lendas e sua fronteira com a realidade. Para o físico e escritor Pereira FK (1994, 2001) o folclore traz a confusão entre o que é mito e o que é lenda, apesar dos limites entre os termos ser praticamente inexistente. A lenda do boto representa o pensar na relação entre o mito (narrativas que possuem forte componente simbólico) e lenda (são estórias, heroicas, sentimentais que misturam fatos reais e imaginativos, com elementos sobrenaturais que dão sentido às coisas misteriosas) como mantenedora de um sigilo. Segredo que estaria a serviço de proteger a verdadeira identidade

do responsável de uma gravidez outorgada ao boto. Fato que seria a denúncia de um costume incestuoso, cujo filho do boto se apresente como rebento de incesto. Muito embora existam discordâncias sobre essa pretensa prática conferida ao boto, ele permanece protegido pela lenda. O que mostra a complexidade das dinâmicas envolvidas em algumas partes do Brasil. De acordo com essa lenda,

Reza a lenda que o boto costuma perseguir as mulheres que viajam pelos rios e inúmeros igarapés; às vezes tenta virar a canoa em que elas se encontram, e suas investidas contra a embarcação se acentuam quando percebe que há mulheres menstruadas ou mesmo grávidas. Esse particular é curioso, e devemos observar que, em relação à mulher menstruada, há uma série de abusões e tabus, que realmente servem de vetor para certas atitudes e crenças populares (...). A que se deve essa superstição é difícil dizer (...). O boto é o grande encantado dos rios, que se transformando num guapo rapaz, todo vestido de branco e portando um chapéu – que é para esconder o furo no alto da cabeça, por onde respira – percorre as vilas e povoados ribeirinhos, frequenta as festas e seduz as moças, quase sempre engravidando-as. Há, inclusive, estórias em que na moça é fecundada durante o sono. Para se livrarem da "influência" do bicho, os caboclos vão buscar ajuda na magia, apelando para os curandeiros e pajés. O primeiro, com suas rezas e benzeduras exorciza a vítima, e o segundo ‘chupa’ o feto do ventre da infeliz. É esse Don Juan caboclo, o sedutor das matas, o pai dos filhos cuja paternidade é "desconhecida", que deu origem à deliciosa expressão regionalista: ‘Foi o boto, sinhá!’. A credibilidade no mito é tamanha que há casos de pescadores perseguindo e matando o pobre cetáceo por achá-lo responsável pela gravidez indesejada de suas filhas ou mulheres. (Pereira FK, 1994, 2001, pg. 34-35)

Complementando a questão das lendas, Pereira (2001) insere o mito do Chibuí, que tem sua origem num pequeno caramujo branco e guarda similitude com o mito do boto, no que tange à transformação invisível que engravida as donzelas.

Partindo do retratado através destes mitos, ainda hoje tão atuais, em que a sexualidade feminina se mostra reprimida, parece ser necessário que se ampliem cada vez mais as discussões sobre temas tabus por fazerem parte da nossa realidade em sociedade que esconde o sofrimento. Neste cenário, este ponto de contato visa esclarecimento na busca de espaços que promovam maior entendimento dessas crianças e adolescentes sobre sua sexualidade, sua vida sexual, do controle do seu próprio corpo e dos seus direitos reprodutivos. Conscientizá-las do seu direito de fazer escolhas, de evitar uma gravidez não pensada, desejada, ampliando seus horizontes no trato com uma gravidez decorrente de estupro ou incesto e informações de espaços existentes para o atendimento integral desta demanda.

Ecoa, assim, a voz do marco que legitima os direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos, o documento original da conferência do Cairo. Plataforma de Pequim (1995), que passa a considerar as mulheres, além de seres reprodutivos, seres sexuais. Compromisso, de acordo com Ventura (2004), de promover o desenvolvimento por meio da

promoção dos direitos humanos, fortalecendo a cidadania, o acesso universal à saúde, à informação e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, de maneira a permitir escolhas responsáveis e a equidade entre os sexos, em que há a previsão legal do aborto.

É necessário que se transmita para a compreensão dessas crianças e adolescentes que desconhecem as informações protocolares sobre o significado da criminalização do aborto. Estão previstas três exceções na legislação brasileira – duas, na lei penal (artigo 128, para salvar a vida da gestante, gravidez contra a dignidade sexual) e uma terceira admitida em decisões judiciais (má-formação fetal incompatível com a vida extrauterina) (Torres, 2012). Insere-se, portanto, entre as possibilidades, a escolha do desfecho gestacional decorrente de violência sexual, integrando ao processo a escolha de interrupção como direito previsto em lei.

A tais procedimentos legais, deve-se garantir que seja uma opção viável, furtando-se de desvios de percursos que culminem com a impossibilidade de sua realização tanto quanto ao perigo de vida da vítima, a exemplo do aborto clandestino e seus inúmeros riscos, sequelas, traumas, complicações como a morte.

Na interrupção da gravidez prevista em lei, o procedimento protocolar é feito com segurança e de modo humanizado. Em caso de risco de vida da gestante, não há necessidade do consentimento, nem da gestante e nem do seu representante legal, ainda que a vítima tenha algum distúrbio mental (Torres, *op. cit.*).

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Analisar e refletir sobre as características do tipo de violência sexual entre crianças e adolescentes com alegação de gravidez decorrente de estupro e incesto frente às opções de escolha para os desfechos estabelecidos pela normativa brasileira para o atendimento nos serviços de saúde.

5.2 Objetivos específicos

1. Identificar e discriminar crianças e adolescentes que chegaram grávidas por estupro em serviço público de saúde do Estado de São Paulo, referência para atendimento de situações de violência sexual e de aborto previsto em lei, categorizada em dois grupos - extra e intrafamiliar - no período de agosto de 1994 a janeiro 2014;
2. Analisar os dois grupos em relação às variáveis de estudo conforme duas categorias de violência sexual. 1. Quanto à caracterização do crime sexual: forma de intimidação; tipo de encaminhamento; condição de vulnerabilidade; realização de boletim de ocorrência policial e exame pericial pelo Instituto Médico Legal; e local de abordagem da vítima; 2. Características da gestação e da opção de escolha do desfecho da solicitação de aborto: avaliação segundo a idade gestacional; realização do aborto; e motivo para não realizar ou não aprovar o aborto.
3. Comparar as opções de escolha para os desfechos escolhidos em função do tipo de estupro, extra ou intrafamiliar, ampliando o conhecimento sobre a condição de crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual. Sendo o abuso sexual uma questão de saúde e de justiça, a normativa brasileira para o atendimento da gestação decorrente de estupro estabelece que os serviços de saúde ofereçam três opções para a escolha de desfecho: manter a gestação até o término e incluir o recém-nascido na família, manter a gestação até o término e entregar o recém-nascido para adoção; ou recorrer ao abortamento previsto em lei;

4. Aprofundar qualitativamente o estudo sobre o respeito ao desejo das gestantes desta amostra na especificidade do incesto.

6 MATERIAL E MÉTODO

6.1 Amostra

Dados primários coletados desde a criação do Núcleo de Programas Especiais – Serviço de Violência Sexual e Aborto Legal (AVS). Período de agosto de 1994 a janeiro de 2014, com pacientes atendidas no Hospital Pérola Byington. A amostra de conveniência considerou a alegação de gravidez decorrente de violência sexual entre crianças e adolescentes com idade legal de 10 a 18 anos (ECA, 1990), totalizando 531 crianças e adolescentes em situação de estupro e gravidez. Não houve criança grávida abaixo de 10 anos na amostra. Acatou-se, para a idade do sujeito da pesquisa, o instituído pelo ECA, Lei 8.069/90, artigo 2º: “Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos e, adolescentes, aquela entre doze e dezoito anos de idade”. A caracterização do crime sexual foi realizada mediante queixa apresentada pela paciente ou por um representante legal concordante com o previsto nos artigos 213 ou 217-A da legislação penal brasileira (Delmanto, 2010).

6.1.1 Local da amostra

O estudo foi realizado no Núcleo de Atenção Integral à Mulher Vítima de Abuso Sexual – AVS -, Centro de Referência da Saúde da Mulher do Hospital Pérola Byington, serviço público de saúde do Estado de São Paulo para atendimento de situações de violência sexual e de aborto previsto em lei, cujos atendimentos são referência na questão da humanização, abuso sexual infanto-juvenil.

6.1.2 Breve história

Pérola (1879-1963) inaugurou em 1959 o Hospital Infantil e Maternidade da Cruzada Pró-infância, recebendo após sua morte o nome de Hospital Pérola Byington. Em agosto de 1994 teve início o Núcleo de Programas Especiais – Serviço de Violência Sexual e Aborto Legal (AVS), sendo que o acolhimento pelo Pronto Atendimento da instituição funciona 24 horas para situações de emergência sexual. Não há restrição de idade e de local da demanda. Na ausência de intervenção médica de urgência, a porta de entrada do hospital é pelo serviço social, que não exige o boletim de ocorrência para o atendimento. Visando a qualidade no acolhimento às vítimas de

abuso sexual, foi criada uma parceria do hospital e Secretaria de Segurança Pública por meio do Programa Bem-me-quer em 2001, resultando uma unidade do Instituto Médico Legal para exames de sexologia forense dentro do hospital. Esse exame requisita o boletim de ocorrência que oferece procedimento médico-legal como o atendimento de urgência para responder às lesões físicas e a intervir nos riscos de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis - DST.

Incluem-se no Programa Bem-me-quer denúncias mediadas por investigadores em contato direto com distritos policiais, cujas vítimas procuraram a polícia depois do flagrante de violência sexual para fazer corpo de delito. O AVS conta com atendimento de estagiários em Psicologia que são acionados pelos investigadores do Bem-me-quer alocados no hospital. Este fluxo de atendimento à vítima realiza-se dentro de uma viatura descaracterizada e conduzida pelos investigadores.

Sobre o trajeto entre o distrito policial e o IML do Pérola Byington. A importância dos estagiários em Psicologia durante o trajeto é de acolhimento, visto que entre os destinos se deparam com pessoas assustadas e com dificuldades emocionais, e o investigador não habilitado para a acolhida se silencia. O estagiário tem a premissa de acolher a vítima do estupro sem forçá-la a falar sobre o ocorrido, ser empático, escutar, informar o fluxo de atendimento ao chegar ao hospital e tirar dúvidas sobre possíveis procedimentos. Sequencialmente, o atendimento é mediado pelo serviço social do hospital seguindo protocolo do AVS que garante também alimentação aos envolvidos e retorno ao distrito policial de origem.

Por fim, o Hospital Pérola Byington é um dos primeiros serviços de saúde no país a oferecer atendimento às mulheres em situação de violência sexual praticados no ato, há meses ou até há anos - reconhecido hoje como referência no Estado de São Paulo.

O AVS tornou-se responsável pelo atendimento de crianças, adolescentes e mulheres com denúncia de estupro e com possibilidade de interrupção da gravidez prevista em lei. O hospital é credenciado pelo Ministério da Saúde e segue rigorosíssimo protocolo para a realização do procedimento do aborto. Respeita-se a vontade da vítima em qualquer opção escolhida. Prescreve-se para o aborto previsto em lei avaliação psicológica e protocolo de tratamento que insere o acompanhamento psicológico antes, durante a internação e após a interrupção da gestação.

6.2 Material de coleta de dados

Os dados foram extraídos do banco de dados em programa Microsoft Excel 2010. A alimentação do banco de dados foi realizada por meio de ficha complementar pré-codificada e cada caso incluído foi previamente submetido à revisão de consistência das informações por revisor diferente daquele responsável pela digitação. Os dados foram confrontados e as divergências identificadas nessa etapa foram corrigidas, resultando o detalhamento dos dados em 13 tabelas, variáveis investigadas comparativamente entre os dois grupos para maior compreensão do fenômeno estudado.

(...) a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade). (Minayo, 2008, p.14).

Para a análise qualitativa, os dados foram extraídos de 10% (13 prontuários) do banco de dados da amostra original e sistematizados por meio de ficha complementar pré-codificada, exclusivamente sobre o incesto (anexo 1). A cada inserção de dados, incorporava-se, também, a transcrição das falas documentadas por profissionais do serviço de saúde AVS, que eram posteriormente revisadas por outra pessoa diferente daquela que alimentava esse banco de dados. Reforça-se que os dados são os mesmo utilizados desde o início do estudo.

6.3 Delineamento da pesquisa

Na sequência, os grupos de violência sexual foram caracterizados em:

1. Violência extrafamiliar: criança e adolescente grávida de estupro de desconhecido, comunidade, parceiro e ex-parceiro íntimo, colega de trabalho, sendo o total de 401 - 11 crianças e 386 adolescentes;
2. Violência intrafamiliar: criança e adolescente grávida por incesto. Pai biológico, padrasto, tio, cunhado, primo e irmão, sendo o total 130 - 4 crianças e 126 adolescentes.

Para que o objetivo desta investigação científica fosse alcançado, aprofundaram-se, num segundo momento, os dados originais deste estudo na especificidade do estupro intrafamiliar/incesto, correspondendo a 10% do total da amostra do grupo intrafamiliar. A finalidade da ferramenta documental foi revigorar potencialmente o material resultante - quantitativamente - referente à violência intrafamiliar, visto que aparentou abarcar um rico e fértil campo empírico sobre o estupro incestuoso, cuja área de atuação se mostra complexa devido pertencer ao âmbito familiar.

As variáveis documentais/prontuários foram analisados pela idade, autor do incesto, quem fez a denúncia, dinâmica familiar; início e frequência da violência; uso de drogas lícitas e ilícitas, idade gestacional, desfecho, encaminhamentos, sentimentos e falas registradas pela equipe multiprofissional.

6.4 Procedimentos e análise dos dados

Cada processo foi analisado de acordo com a técnica apropriada. Para análise estatística dos dados quantitativos foram realizadas frequência e porcentagens para descrever as variáveis de estudo nos dois grupos. A relação entre casos de gravidez decorrente de violência sexual intrafamiliar e extrafamiliar e variáveis de estudo foi investigada por razão da tabela dinâmica, frequência, médias e desvio padrão para análise estatística descritiva e, por razão de prevalência e Intervalos de Confiança 95%, utilizando teste de Qui quadrado.

Para a análise dos dados qualitativos (10% da amostra total), foi utilizada a técnica de vinhetas. As vinhetas foram determinadas por meio de uma pré-análise da fala, da linguagem, pelo método da leitura flutuante. Processo que apresenta similitude com a linguagem psicanalítica quanto à “atenção flutuando do analista”.

Logo após a análise flutuante do documento a ser trabalhado, passou-se para a análise expressa das vinhetas descritas pelos profissionais do serviço de saúde em prontuário. A vinheta tem a premissa de evidenciar indicadores que permitam inferir sobre outra realidade que não a do conteúdo da mensagem. Procurou-se, assim, ampliar o entendimento desse processo vivenciado pelas crianças e adolescentes da pesquisa mediada por suas falas, denotando a significância da situação traumática frente à escolha sobre o desfecho gestacional decorrente de incesto. De modo a ser respeitável e contributiva reflexão para conhecimento deste assunto. A técnica de vinheta vem compor a estratégia de coleta de dados destinada ao

aprofundamento da particularidade da violência intrafamiliar, aparecendo como forma alternativa de observação, sendo descrita por alguns autores como curta e compacta situação real ou fictícia para detectar comportamento, atitude e conhecimento (Morrison RL, Stettler K. & Anderson E., 2004).

Para a discussão e interpretação das descrições resultantes das vinhetas, compostas por situações vivenciadas dentro da dinâmica familiar da amostra, empregou-se o referencial psicanalítico frente ao indício do significado inconsciente das vinhetas recortadas das falas destas jovens grávidas por incesto transcritas em prontuário. Mediou-se também as discussões a partir da reflexão interdisciplinar oferecida pela Bioética, em meio às atitudes, aos valores, aos símbolos, sendo um porta-voz representativo deste grupo de mulheres.

6.5 Aspectos éticos

Manteve-se protegida a identificação das participantes da pesquisa durante todo o processo de coleta de dados e divulgação dos resultados, respeitando-se as recomendações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os requisitos do Hospital Pérola Byington. O projeto de pesquisa submeteu-se à apreciação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 19/03/2014 e aprovado de acordo com o protocolo de pesquisa nº 014/14. Não se incorporou nenhuma forma de registro que permitisse a identificação das crianças ou adolescentes, garantindo a confidencialidade das informações. Todos os sujeitos do estudo receberam aconselhamento médico, social e psicológico, incluindo-se orientações sobre questões éticas e legais relativas ao abortamento e violência sexual.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram incluídos nesta pesquisa 401 casos (75,5%) de gravidez decorrente de violência sexual extrafamiliar e 130 casos (24,5%) de violência sexual intrafamiliar. Este dado pode parecer contrastar com os estudos sobre abuso sexual, já que a maioria dos casos de abuso sexual relatados na literatura ocorre entre pessoas próximas, principalmente entre membros da família, configurando-se em relações incestuosas (Cohen & Gobbetti, 1998), mas, pelo contrário, evidencia as diferenças das características do estupro extra e intrafamiliar.

Apesar de diferentes fatores que envolvem danos diversos de curto e longo prazo para o saudável desenvolvimento cognitivo e emocional dessas pessoas, o incesto indica, nesta pesquisa, um número de casos menor quando comparado ao extrafamiliar, pois tem como características específicas à longa duração das relações, a dificuldade de denúncia, já que a família toda tem um envolvimento na dinâmica familiar disfuncional e, importante para este dado do presente estudo, a maioria das relações sexuais são configuradas por atos libidinosos diversos da conjunção carnal, ou seja, poucos casos chegam à penetração vaginal, portanto, à gravidez.

A Tabela 1 mostra os aspectos referentes à distribuição de idade, que variou de 10 a 18 anos em ambos os grupos, com média de idade foi de $15,4 \pm 2,0$ anos no grupo de crianças e adolescentes com violência sexual extrafamiliar e de $14,2 \pm 1,6$ anos no grupo intrafamiliar. Não se retratou gravidez anterior aos 10 anos nesta amostra. Os dados revelaram diferença significativa estatisticamente na idade entre os tipos de violência, com maior número de casos entre as idades de 12 e 14 anos para o intrafamiliar e dos 17 e 18 anos para o extrafamiliar. Fase do crescimento que culmina com a menarca, sinalizando a possibilidade de fertilidade, e também com o assegurado à pessoa com idade acima de 12 anos de transitar livremente sem acompanhamento de um responsável, salvo no caso de legítimo impedimento (ECA, 1990). Os percentuais são contundentes em relação à gravidez extrafamiliar intercorrer de modo crescente na medida em que a idade da jovem avança.

Na gravidez intrafamiliar, a tendência de ocorrer é mais significativa entre os 12 anos e 14 anos, o que pode ser atribuído aos atos libidinosos sem penetração vaginal, dando a conhecer a situação abusiva por meio da gravidez. Entende-se, assim, a presença do pacto do silêncio familiar na dinâmica incestuosa, levando muitas vezes a pessoa abusada a depender de pessoas externas à família para a realização da denúncia; isso quando a revelação não se dá pela gravidez. Corrobora, neste sentido, pesquisa realizada por Gobbetti (2006) sobre incesto, em que a frequência dos episódios de abuso sexual, quando duram mais de um ano, mostra a

presença de uma relação “conjugal” entre os envolvidos, demonstrando concreta troca de papéis dentro do grupo familiar, reforçando que nas relações incestuosas a maioria dos abusos é conferida aos atos libidinosos sem conjunção carnal (70,64%) (Cohen & Gobbetti, 1998). Posto que o envolvimento é de toda família, sendo resguardado através de um segredo, tanto quanto sua frequência, acredita-se que existe maior discriminação dos fatos que circundam o abuso na medida em que a adolescente tem mais idade, sendo este um fator determinante para a digressão da idade observada nos resultados do grupo intrafamiliar, que ocorreu a partir dos 16 anos.

Tabela 1 – Distribuição da idade de crianças e adolescentes gestantes de estupro, São Paulo (1994-2014)

Idade (anos)	extrafamiliar	%	intrafamiliar	%	total	%	p*
10	1	0,2	1	0,8	2	0,4	0,400
11	10	2,5	3	2,3	13	2,4	0,905
12	19	4,7	17	13,1	36	6,8	0,001
13	51	12,7	26	20,0	77	14,5	0,040
14	60	15,0	29	22,3	89	16,8	0,051
15	62	15,5	29	22,3	91	17,1	0,072
16	62	15,5	12	9,2	74	13,9	0,075
17	63	15,7	10	7,7	73	13,7	0,021
18	73	18,2	3	2,3	76	14,3	0,000
Total	401	100,0	130	100,0	531	100,0	

p* qui-quadrado de Pearson

Na Tabela 2, o autor do estupro extrafamiliar foi indicado como desconhecido em 216 casos (53,9%). Se somados morador da comunidade, parceiro íntimo e colega de trabalho são verificados 185 casos (46,1%), que podem apontar para pessoas que talvez a vítima conheça.

Tabela 2 – Distribuição do autor do estupro extrafamiliar em gestação de crianças e adolescentes entre 10 e 18 anos, São Paulo (1994 – 2014)

Autor	n	%
Desconhecido	216	53,9
Comunidade	133	33,2
Ex e parceiro íntimo	45	11,2
Colega de trabalho	7	1,7
Total	401	100,0

Na Tabela 3, o autor do estupro intrafamiliar foi o padrasto em 40 casos (30,8%) e pai biológico em 28 casos (21,5%), indicando um laço de confiança estabelecido, corroborando estudos da literatura com crianças e adolescentes que sofreram abuso e não chegaram a engravidar (Gobbetti, 2006). O resultado aponta para o contraditório da função familiar. Aos pais compete a responsabilidade pela proteção integral dessas crianças e adolescentes (ECA,1990).

Cabe aqui uma observação percebida nos estudos das relações incestuosas: as mães que não podem aparecer neste trabalho como autoras, também não aparecem nas denúncias de abuso sexual por não serem reconhecidos seus abusos socialmente, nem lhes é conferida a responsabilidade da participação de uma dinâmica na qual suas filhas chegam a engravidar de seus companheiros. Resultado que vai ao encontro do que diz Ferenczi (2011) sobre o fator traumático: o abuso sexual ocorre, entre outros motivos, pelo amor forçado e/ou falta de amor. Aqui ele se refere às experiências de sedução entre crianças e adultos, a *confusão de línguas*, que pode ou não chegar aos atos libidinosos e, posteriormente, à conjunção carnal. Trata-se de seduções incestuosas produzidas pelo jogo erótico sob o efeito da ternura, levando a criança a confundir brincadeiras infantis com pulsões não reprimidas por parte do adulto. A condição oculta do abuso é sustentada pela *conspiração do silêncio* mantida pela dinâmica familiar. Estatísticas como as de Cohen, Gobbetti (1998), Torres (2012), Drezett (2016) indicaram que cada vez mais casos de estupro têm sido reportados. Todavia, os números de subnotificações são elevados. Dentre esses abusos, os sexuais intrafamiliares têm uma prevalência mais elevada do que a imaginada devido ao segredo familiar. Dias (2010) aponta que 90% das denúncias recebidas envolvem membros da família da vítima. Por tais razões, a exata incidência e prevalência do estupro se mantêm desconhecida.

Tabela 3 – Distribuição do autor do estupro intrafamiliar em gestação de crianças e adolescentes entre 10 e 18 anos, São Paulo (1994 - 2014)

Autor	n	%
Padrasto	40	30,8
Pai biológico	28	21,5
Tio	21	16,2
Irmão	20	15,4
Primo	12	9,2
Cunhado	9	6,9
Total	130	100,0

As características da violência sexual contra crianças e adolescentes verificadas nos dois grupos estudados são demonstradas nas tabelas subsequentes.

A Tabela 4 apresenta a distribuição da atividade da gestante no momento em que ocorreu a abordagem do autor do estupro. A variável da abordagem, quando confrontada à violência sexual extrafamiliar e intrafamiliar, apresentou discrepância estatística significativa em todos os locais ($p < 0,05$), exceto residência do autor. Nota-se que, no extrafamiliar, a abordagem da vítima foi mais frequente em espaços públicos (73,7%), como em atividade cotidiana, lazer, percursos da escola e trabalho, enquanto que no intrafamiliar a abordagem da vítima foi mais frequente em espaços privados (93,1%), como as residências da adolescente e autor.

Tabela 4 – Distribuição da atividade ou local das crianças e adolescentes gestantes no momento em que ocorreu a abordagem do autor do estupro, São Paulo (1994 – 2014)

Abordagem	extrafamiliar	%	intrafamiliar	%	total	%	p*
Atividade cotidiana	121	30,2	6	4,6	127	23,9	0,000
Lazer	80	20,0	2	1,5	82	15,4	0,000
Percurso da escola	66	16,5	1	0,8	67	12,6	0,000
Residência da adolescente	56	14,0	99	76,2	155	29,2	0,000
Residência do autor	50	12,5	22	16,9	72	13,6	0,197
Percurso do trabalho	28	7,0	0	0,0	28	5,3	0,002
Total	401	100,0	130	100,0	531	100,0	

p* qui-quadrado de Pearson

A Tabela 5 retrata a distribuição do encaminhamento das gestantes ao serviço de saúde referenciado, sendo que a busca espontânea por atendimento apresentou diferença estatística com maior frequência para o grupo extrafamiliar ($p < 0,05$). Cabe aqui destacar que a busca espontânea mostrou frequência 4,1 vezes menor no grupo intrafamiliar, sugerindo que o silêncio imposto na dinâmica incestuosa possa inibir a procura por atendimento sem a necessidade de intervenção institucional, mantendo protegido o autor. Com relação às outras categorias de encaminhamento, o teste de Qui quadrado de Pearson mostrou que a respectiva escolha pelas crianças e adolescentes é estatisticamente indiferente entre os dois grupos. Além disso, tais categorias de encaminhamento são as mais procuradas pela gestante, quando somada as duas totaliza 90,2% no extrafamiliar e 97,7% no intrafamiliar.

Tabela 5 – Distribuição do encaminhamento das crianças e adolescentes gestante decorrente de estupro ao serviço, São Paulo (1994 – 2014)

Encaminhamento	extrafamiliar	%	intrafamiliar	%	total	%	*p
Órgão de proteção ou segurança	288	71,8	101	77,7	389	73,2	0,188
Serviço de saúde	74	18,4	26	20,0	100	18,8	0,695
Busca espontânea	25	6,2	2	1,5	27	5,1	0,034
Outro	14	3,5	1	0,8	15	2,8	0,103
Total	401	100,0	130	100,0	531	100,0	

p* qui-quadrado de Pearson

A Tabela 6 exibe a distribuição do tipo de intimidação contra as gestantes. Esta categoria, quando associada ao grupo extrafamiliar, mostra ser mais assídua, apresentando forte significância estatística ($p < 0,05$) quando caracterizada como violência física e/ou grave ameaça. Em contrapartida, se associada à violência sexual intrafamiliar, destacou-se o estupro de vulnerável (menor de 14 anos, doença mental, substância com atuação no sistema nervoso central). De modo que nas grávidas desse grupo a porcentagem é menor para grave ameaça e força física e maior para estupro de vulnerável quando comparada ao extrafamiliar, admitindo o pensar reforçado sobre a provável existência de casos não denunciados de incesto, fortalecido pelo sigilo familiar que em ato contínuo se mantém. Afinal, ninguém pode falar ou discutir sobre o assunto. É um fato que a família insiste em não ver, o que representa a possibilidade de o incesto ser mantido por sedução na relação entre crianças/adolescentes e adultos com vínculo de confiança e afetivo por longo período de tempo e, muitas vezes, com o consentimento delas por falta de compreensão da situação. Importante destacar que o crime

existe com ou sem consentimento, com ou sem violência ou grave ameaça, posto que na lei brasileira menores de 14 anos são considerados incapazes de autoproteção, em caráter absoluto de presunção de vulnerabilidade, sem discernimento para consentir o ato sexual. Outros juristas, entretanto, acreditam que a idade deva ser relativizada frente ao conceito de vulnerabilidade sexual, particularmente entre 12 e 14 anos e, em certos contextos, evitando a normatização legal do afeto e das relações entre adolescentes (Nucci, 2010). O incesto, apesar de ser incluído como delito na literatura jurídica brasileira, não é tipificado no Código Penal. Em outras palavras, se a pessoa é maior de 18 anos e não estiver sob ameaça ou violência física, ainda que seja tabu moral e religioso, a lei entende o incesto como conduta não delituosa (Delmanto, 2010).

No cruzamento da Tabela 6 (autor) e Tabela 2 (intimidação) refletiu-se que na violência sexual extrafamiliar, por estar inserido como autor da violência sexual o ex e parceiro, colega de trabalho, comunidade, pode sugerir indícios de relação forçada proveniente de alguém que as crianças e adolescentes já conhecem. Neste ponto, o que chama a atenção para esta discussão e, aqui se faz um parêntese, é sobre as relações compreendidas como equivalente incestuoso. Pondera-se sobre a correlação entre, por exemplo, chefe-funcionário, vínculo do qual se espera uma assimetria, um desigual de funções. De modo que a atuação dos desejos sexuais entre tais parceiros caracterizaria uma perversão destas funções, sendo denominado este tipo de relação pelo autor como *incesto polimorfo* (Cohen, 1993). Ressalta-se que na relação sexual incestuosa a “atuação dos desejos incestuosos reflete a incapacidade do autor de postergar suas pulsões, denotando uma falta de estruturação do aparelho mental” (Gobbetti, 2006).

Tabela 6 – Distribuição do tipo de intimidação no crime sexual em crianças e adolescentes com gestação decorrente de estupro, São Paulo (1994 – 2014)

Tipo de intimidação	extrafamiliar	%	intrafamiliar	%	total	%	p*
Grave ameaça e/ou força física	287	71,6	75	57,7	362	68,2	0,003
Estupro de vulnerável	114	28,4	55	42,3	169	31,8	
Total	401	100,0	130	100,0	531	100,0	

p* qui-quadrado de Pearson

Desmembrando o tipo de intimidação associado à idade das grávidas nos dois tipos de violência sexual, intrafamiliar e extrafamiliar, têm-se as tabelas 6A e 6B.

Na Tabela 6A evidenciou-se o tipo de intimidação de acordo com a idade das crianças e adolescentes grávidas do grupo extrafamiliar. Verificou-se maior frequência para as idades de 15, 16 e 18 anos ($p < 0,05$) por grave ameaça e força física. Convergindo para o desenvolvimento reprodutivo entre a adolescência e a fase adulta.

Tabela 6A – Distribuição do tipo de intimidação e por idade no crime sexual em crianças e adolescentes com gestação decorrente de estupro extrafamiliar, São Paulo (1994 – 2014)

Idade (anos)	grave ameaça e força física	%	estupro de vulnerável	%	total	%	*p
10	0	0,0	1	0,9	1	0,2	0,112
11	0	0,0	10	8,8	10	2,5	0,000
12	1	0,3	18	15,8	19	4,7	0,000
13	20	7,0	31	27,2	51	12,7	0,000
14	41	14,3	19	16,7	60	15,0	0,547
15	52	18,1	10	8,8	62	15,5	0,020
16	57	19,9	5	4,4	62	15,5	0,000
17	48	16,7	15	13,2	63	15,7	0,376
18	68	23,7	5	4,4	73	18,2	0,000
Total	287	71,6	114	28,4	401	100,0	

p* qui-quadrado de Pearson

Na Tabela 6B, revelou-se que o tipo de intimidação de acordo com a idade das crianças e adolescentes grávidas no grupo intrafamiliar apresentou maior frequência nas idades entre 11 e 13 anos por estupro de vulnerável, diferença considerada estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Convergindo para o desenvolvimento da fase entre a infância e adolescência. Por outro lado, entre a idade de 14 e 15 anos ($p > 0,05$) se torna indiferente para o grupo intrafamiliar se a intimidação é por grave ameaça e força física ou estupro de vulnerável, destacando-se estatisticamente, na medida em que a idade avança, por grave ameaça e força física, como pode ser observado entre as idades de 16 a 18 anos, com maior expressão para os 18 anos ($p = 0,000$).

Tabela 6B – Distribuição do tipo de intimidação e por idade no crime sexual em crianças e adolescentes com gestação decorrente de estupro intrafamiliar, São Paulo (1994 – 2014)

Idade (anos)	grave ameaça e força física	%	estupro de vulnerável	%	total	%	*p
10	0	0,0	1	1,8	1	0,8	0,241
11	0	0,0	3	5,5	3	2,3	0,041
12	6	8,0	11	20,0	17	13,1	0,045
13	8	10,7	18	32,7	26	20,0	0,002
14	20	26,7	9	16,4	29	22,3	0,163
15	20	26,7	9	16,4	29	22,3	0,163
16	10	13,3	2	3,6	12	9,2	0,059
17	9	12,0	1	1,8	10	7,7	0,031
18	2	2,7	1	1,8	3	2,3	0,000
Total	75	57,7	55	42,3	130	100,0	

p* qui-quadrado de Pearson

Na Tabela 7 apontou-se a distribuição por tipo de vulnerabilidade entre as grávidas decorrente de estupro, demonstrando significância estatística ($p < 0,05$) referente à idade <14 anos com maior preponderância para o grupo intrafamiliar com 78,2% sobre o total destes casos. É também demonstrado na Tabela 7 que os casos de estupro de vulnerável podem ser classificados com outro tipo de vulnerabilidade, doença mental, sistema nervoso central – SNC - e embriaguez, equivalente a 38,6% para o extrafamiliar e 21,8% para o intrafamiliar, sem discrepância estatística para os dois grupos ($p > 0,05$). Tais caracterizações de vulnerabilidade, tanto quanto a idade <14 anos, são consideradas pelo Direito Penal como estupro de vulnerável em caráter absoluto tal decisão. É explicitado no Art. 217- A do CP que basta que o agente tenha conhecimento de que a vítima é menor de 14 anos de idade e decida com ela manter conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso que incorrerá em estupro de vulnerável. Acima dos 14 anos é relativizado, implicando na averiguação do caso concreto, uma vez que em Direito Penal cada caso é um caso. Nota-se que a Lei 12.015/09 apresenta como critério objetivo a idade; se a vítima for < 14 anos, seja do sexo masculino ou feminino, ocorrerá o crime de estupro de vulnerável, pouco importando a experiência sexual ou o eventual consentimento da menor de 14 anos.

Nesta mesma linha de pensamento, o que vem a chamar atenção se refere à possibilidade de esses números relatados de estupro de vulnerável intrafamiliar serem ainda

maiores. Questões como essas surgiram em estudos como Dias (2010), Dobke (2001), Gabel (1997), Butler (1979), indicando que as crianças e adolescentes se calam por medo de serem desacreditadas, ficando, assim, expostas à gravidez, fortalecendo que o ato incestuoso é marcado por uma relação de afeto, gestos gentis, toques e carícias que a vítima recebe de quem ama. Corroborando, neste aspecto, estudo de Gobbetti (2000) sobre o abuso sexual intrafamiliar, em que 63,74% dos relacionamentos incestuosos são por atos libidinosos e 36,26% de conjunção carnal.

Embora o incesto não seja tipificado no Código Penal, ele pode ser enquadrado como estupro de vulnerável, bastando à pessoa ser menor de 14 anos. Diferentemente de para quem tem 18 anos, que, se não estiver sob ameaça ou violência, não há restrições do ponto de vista jurídico para a relação incestuosa na lei brasileira, ainda que seja tabu moral e religioso. No entanto, os autores Dias (2007), Veronese (1999), Torres (1999) alertam que mesmo não sendo uma conduta delituosa, o incesto não gera uma união estável. Isto é atribuído à enorme instabilidade jurídica que esse tipo de relacionamento poderia causar.

Tabela 7 – Distribuição do tipo de vulnerabilidade entre crianças e adolescentes com gestação decorrente de estupro, São Paulo (1994 – 2014)

Caracterização	extrafamiliar	%	intrafamiliar	%	total	%	*p
Idade < 14 anos	70	61,4	43	78,2	113	66,9	0,030
Doença mental	24	21,1	7	12,7	31	18,3	0,190
Substância com atuação SNC (**)	8	7,0	3	5,5	11	6,5	0,700
Embriaguez	12	10,5	2	3,6	14	8,3	0,128
Total	114	100,0	55	100,0	169	100,0	

p* qui-quadrado de Pearson; (**) SNC = sistema nervoso central

Na Tabela 8 constatou-se a comunicação do abuso sexual por meio do Boletim de Ocorrência Policial, cuja significância estatística mostrou extrema independência das variáveis entre os dois grupos ($p = 0,988$), advertindo que, no caso de violência sexual, as vítimas, independente de ser extrafamiliar ou intrafamiliar, fazem o Boletim de Ocorrência.

Tabela 8 – Realização da comunicação do abuso sexual das crianças e adolescentes gestante por estupro por meio do registro do Boletim de Ocorrência Policial, São Paulo (1994 – 2014)

Boletim de Ocorrência	extrafamiliar	%	intrafamiliar	%	total	%	*p
Sim	358	89,3	116	89,2	474	89,3	0,988
Não	43	10,7	14	10,8	57	10,7	
Total	401	100,0	130	100,0	531	100,0	

p* qui-quadrado de Pearson

A Tabela 9 apresentou a realização do corpo de delito e conjunção carnal nas crianças e adolescentes gestantes por estupro. O quadro apresentou expressiva predominância pelo exame de corpo de delito, 87,9% dos casos, além de resultar em robusta estatística de Pearson ($p = 0,509$), relevando que não há dependência entre os grupos; sugerindo que, ao registrar o boletim de ocorrência, comunicando o estupro às autoridades policiais, as vítimas, seguindo o protocolo da notícia de qualquer crime, são encaminhadas para a elaboração de prova criminal - que é o corpo de delito. Apesar da distinção que existe entre os procedimentos do serviço de saúde com os policiais ou judiciais, elas realizam o exame de IML. Os objetivos são específicos e podem ser realizados independentemente um do outro, mas nem sempre as vítimas têm a informação de modo claro o suficiente para a compreensão desse processo. Outro ponto é que a autoridade policial diante da notícia de qualquer crime determina a instauração do inquérito policial, que é um procedimento investigatório. Para a continuidade é necessário à representação da vítima e/ou seu representante legal.

Tabela 9 – Realização do exame do corpo de delito e conjunção carnal nas crianças e adolescentes gestante por estupro, São Paulo (1994 – 2014)

Exame Instituto Médico Legal	extrafamiliar	%	intrafamiliar	%	total	%	*p
Sim	349	87,0	116	89,2	465	87,6	0,509
Não	52	13,0	14	10,8	66	12,4	
Total	401	100,0	130	100,0	531	100,0	

p* qui-quadrado de Pearson

As características da idade gestacional, bem como a opção de escolha da gestação entre criança e adolescentes, o desfecho das gestações e o motivo da não aprovação para a escolha do aborto foram retratados nas tabelas subsequentes.

Na tabela 10, encontra-se a distribuição da idade gestacional do abortamento previsto por lei ao chegar ao serviço de saúde, resultando para o grupo extrafamiliar uma média de 13,7 semanas e desvio padrão de 6 semanas, sendo mais frequente, estatisticamente, de 4 até 12 semanas, 48,4% ($p = 0,002$).

No grupo intrafamiliar acarretou uma média de 16 semanas e desvio padrão de 6,1 semanas, apresentando que 47,7% dos casos foram entre 13 até 22 semanas. Sinalizou que tal ocorrência, nesta categoria de semanas, trouxe similitude nos resultados entre os dois grupos estudados. Observa-se considerável resultado estatisticamente revelado para > 22 semanas/ peso fetal > 500 gramas, em que a frequência é mais expressiva na violência sexual intrafamiliar ($p < 0,05$).

Tabela 10 – Distribuição da idade gestacional do abortamento legal, São Paulo (1994 – 2014)

Semanas	extrafamiliar	%	intrafamiliar	%	total	%	*p
4 até 12 semanas	194	48,4	43	33,1	237	44,6	0,002
13 até 22 semanas	168	41,9	62	47,7	230	43,3	0,246
>22 semanas/ peso fetal > 500 grs.	39	9,7	25	19,2	64	12,1	0,004
Total	401	100,0	130	100,0	531	100,0	

p* qui-quadrado de Pearson

A Tabela 11 apresentou a distribuição da escolha das crianças e adolescentes para o desfecho frente à gestação por estupro. Para o atendimento da gestação decorrente de estupro é estabelecido que os serviços de saúde ofereçam três opções para a escolha do desfecho: manter a gestação até o término e incluir o recém-nascido na família, manter a gestação até o término e entregar o recém nascido para adoção, ou recorrer ao abortamento previsto em lei (Brasil, 2011). A decisão de realizar o abortamento aparece estatisticamente muito próxima entre os dois grupos analisados ($p = 0,194$), sendo 85,5% dos casos extrafamiliar e 90,0% dos casos intrafamiliar. Esta decisão cabe à criança/adolescente e/ou ao seu representante legal. Por ser o aborto assunto emblemático carregado de moralismo e tabu, concebe-se a possibilidade de ambivalência de sentimentos destas crianças/adolescentes, aparecendo muitas vezes em um desejo discordante entre elas e a família. Neste caso divergente, no que tange à escolha do desfecho gestacional, é reconhecida a autonomia da grávida pelo serviço de saúde, sendo respeitado o seu direito de decisão. O que não descarta que o serviço de saúde possa ser impelido a recorrer ao Poder Judiciário para que seja mantido o desejo de escolha da vítima,

sobretudo se for pelo aborto legal. Fato que se configura em importante expressão de autonomia conferida a estas adolescentes grávidas, cujo desejo do abortamento se mantém em detrimento aos dos pais/cuidadores. Vale reforçar que para a prática do aborto legal não há exigência de Boletim de Ocorrência ou corpo de delito, se esta for a escolha da grávida. Por fim, a manifestação da escolha das crianças e adolescentes pelo abortamento apresentou-se estatisticamente relevante, assim como predominante, seja no grupo extrafamiliar (85,5%) seja no intrafamiliar (90,0%).

Tabela 11 – Distribuição da escolha das crianças e adolescentes frente à gestação decorrente de estupro, São Paulo (1994 – 2014)

Escolha	extrafamiliar	%	intrafamiliar	%	total	%	*p
Abortamento	343	85,5	117	90,0	460	86,6	0,194
Perda de acompanhamento	32	8,0	11	8,5	43	8,1	0,861
Inserir o recém-nascido na família	25	6,2	2	1,5	27	5,1	0,034
Intenção de doação do recém-nascido	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0,569
Total	401	100,0	130	100,0	531	100,0	

p* qui-quadrado de Pearson

Na Tabela 12 tratou-se da distribuição do desfecho gestacional. Nos dois grupos estudados, a chegada ao serviço de saúde foi acompanhada da manifestação do desejo de interromper a gestação. Notou-se que uma parte das solicitantes desistiu de realizar o procedimento após a sua aprovação (5,3%). Essa alternância de posição em relação ao desejo inicial foi diferente nos grupos estudados, prevalecendo entre os casos de violência extrafamiliar (6,5%) em relação ao abuso intrafamiliar (1,5%).

Este achado merece cuidado em sua interpretação. Parece razoável supor que para crianças e adolescentes, bem como para quem legalmente as representa, possa ser menos tolerável manter a gestação decorrente do incesto, resultando em menor desistência do aborto. Essa menor tolerância pode envolver fatores sociais e culturais, como no estudo de Ramakuela et al. (2016), que constataram que o incesto foi determinante para a decisão do aborto entre adolescentes da África do Sul, algumas delas por acreditarem que manter essa gravidez traria maldição para a família e causaria sua ruptura.

Considerando que incesto é literalmente um “assunto de família”, pode-se permitir pensar que, ao ser desvelado o segredo familiar através da gravidez, a interpretação razoável que se pode ter é de um segredo que deixou de existir. Fato que parece advertir para os papéis

de autoridade dentro da família. Papel reconhecido por atitudes cuja obediência sugere a necessidade de ser questionada, tanto quanto a negligência representada pela ação omissa dos outros membros da família relativos ao ato incestuoso. Essa é uma conflitante situação presente na família incestuosa, concordando com o proposto por Ferenczi (2011) sobre o fator psíquico traumático envolvido. A *confusão de línguas* a que atribui o autor relaciona-se com o afeto erotizado do adulto para com a criança. Comunicação esta distorcida e não aberta, forçando que a criança indefesa se cale diante da não compreensão dos fatos. Os outros membros da família negam a existência daquela realidade e suas consequências. Essa afirmação vai ao encontro da pesquisa de Bonfim et al (2015) quando associou a violência sexual intrafamiliar com criança com asma, encontrando diversos efeitos para a saúde mental em idades posteriores, sobretudo em populações expostas à relação familiar disfuncional. Esta evidência parece delatar ser imprescindível romper com esse segredo, impedindo a perpetuação da violência, suas consequências e eventuais sequelas.

Tabela 12 – Distribuição do desfecho da gravidez decorrente de estupro, São Paulo (1994 – 2014)

Desfecho	extrafamiliar	%	intrafamiliar	%	total	%	*p
Realização do aborto	246	61,3	86	66,2	332	62,5	0,325
Não aprovação da solicitação	97	24,2	31	23,8	128	24,1	0,936
Perda de seguimento	32	8,0	11	8,5	43	8,1	0,861
Desistência após a aprovação	26	6,5	2	1,5	28	5,3	0,028
Total	401	100,0	130	100,0	531	100,0	

p* qui-quadrado de Pearson

Na Tabela 13, apontou-se para o motivo da não aprovação do abortamento previsto em lei. Nestas circunstâncias, o desejo de realizar o aborto legal por gravidez decorrente de crime sexual manifestado no ingresso do atendimento pelas vítimas e/ou seu representante legal declarou não ter sido alcançado em quase 25% dos casos desta pesquisa. Entretanto, as razões impeditivas desse desejo do aborto previsto em lei diferem entre os dois grupos. A não aprovação do aborto no grupo intrafamiliar, quando comparado com o extrafamiliar (40,2%), indicou expressiva diferença estatística pelo teste de Qui quadrado, com maior frequência, 80,6%, conferida ao motivo de IG>22 semanas/ peso fetal>500 grs. (p = 0,000) para o intrafamiliar. Esse resultado está em consonância com a Tabela 10 quando indicou que os dados referentes à demora em se constatar a gestação no âmbito incestuoso tinha sido

evidenciada pela chegada ao serviço de saúde com IG>22 semanas/ peso fetal>500 grs.. Fundamenta-se, neste contexto, que o critério do limite de idade gestacional e de peso fetal para a realização do aborto legal é exclusivamente técnico, baseado na definição da Organização Mundial de Saúde, que separa o aborto da antecipação do parto. Tal fato parece reforçar a representatividade da negação familiar diante da gravidez incestuosa.

Por outro lado, no grupo com gravidez decorrente de violência sexual extrafamiliar foi significativamente mais frequente a não aprovação do aborto devido gravidez prévia ou posterior à violência sexual (25,8%) frente aos casos no grupo intrafamiliar (3,3%). O critério adotado para definir essa situação considerou a incompatibilidade entre a idade gestacional mensurada pela ultrassonografia obstétrica e a data de certeza do abuso, quando conhecida. Semelhantes resultados foram observados por Abeyasinghe et al. (2009) entre mulheres que procuram aborto no Sri Lanka, cuja realização dependeu não apenas do desejo dessas mulheres, mas da circunstância legal e da interpretação para sua aplicabilidade.

Tabela13 – Distribuição do motivo da não aprovação do abortamento previsto em lei do crime sexual em crianças e adolescentes gestante por estupro, São Paulo (1994 – 2014)

Motivo	extrafamiliar	%	intrafamiliar	%	total	%	*p
IG> 22 semanas ou peso fetal>500 gramas (**)	39	40,2	25	80,6	64	50,0	0,000
Gestação não associada com violência	33	34,0	5	16,1	38	29,7	0,057
Gestação prévia/posterior ao estupro	25	25,8	1	3,3	26	20,3	0,006
Total	97	100,0	31	100,0	128	100,0	

p* qui-quadrado de Pearson; (**) IG idade gestacional.

- **Vinhetas registradas da violência sexual intrafamiliar**

Nesta parte do estudo, o tratamento dos dados foi essencialmente qualitativo, assumindo destaque a discussão a partir dos resultados característicos da especificidade da dinâmica incestuosa; aspectos contingenciados através vinhetas descritas e documentadas em prontuário (10% da amostra original do grupo intrafamiliar). A ferramenta das vinhetas visou à comunicação do conteúdo manifesto ou latente, cujas significações explícitas ou ocultas pudessem ser observadas e identificadas. É importante ressaltar que os documentos em prontuários do estupro intrafamiliar trouxeram conhecimento relevante sobre o sofrimento emocional das crianças e adolescentes desta amostra. Suas falas transcritas e categorizadas

puderam desvelar dados respeitáveis desta realidade e seus conflitos, permitindo buscar certa novidade a ser debatida.

Há inúmeras barreiras para que se conheça a verdadeira incidência do incesto, embora se tenha notícia de que cada vez mais ela tem sido reportada, acredita-se se tratar de uma das condições de maior subnotificação em todo o mundo, pois envolve um profundo pacto de silêncio, omissão e tímidas denúncias.

Foram associadas às mães (30,8%) as denúncias de gravidez por incesto, embora visto como contraditório neste estudo, posto que o intervalo entre o início do incesto e a denúncia revelou ser de um a nove anos. Fato que culminou com a gravidez após frequentes episódios (53,8%) ocorridos no espaço privado da casa da criança e adolescente abusada. Esses achados corroboram com estudo de Butler (1979), que destaca números alarmantes do abuso sexual intrafamiliar contra criança e adolescente que não são denunciados. A autora ainda adverte que no incesto há poucas lesões físicas, impedindo de que a situação abusiva incestuosa seja descoberta.

Outra interpretação referente à demora da denúncia do incesto pode ser conferida ao vínculo de confiança entre os envolvidos, sendo, na maioria das vezes, em segredo. Não deixa marcas físicas, seduzindo e ameaçando, de modo que a revelação acaba se mostrando mais temerosa do que o ato incestuoso. Quanto mais próximo à relação do autor com a criança, menos provável sua revelação. Vários pesquisadores, dentre eles destacam-se Gobbetti, (2006), Dobke (2001), Kristensen, Oliveira & Flores (1999), Cohen (1993), Gabel (1997), Miller D (1994), Butler (1979), afirmam que no incesto se trata de um adulto em quem a criança tem motivos para confiar numa situação de carinho e intimidade. Cabe também realçar que na violência intrafamiliar existe a reprodução da violência transmitida através de gerações em um padrão interacional de violência nos diversos relacionamentos (Cohen & Gobbetti, 1998).

Ao pensar no aspecto familiar frente a uma denúncia de violência incestuosa, ainda que os dados acentuem a mãe como a maior reclamante do abuso intrafamiliar, ela é, junto com a família, contribuidora do silêncio mantenedor desta situação abusiva incestuosa. Parece, neste ponto, sinalizar a dificuldade da família em lidar com tal circunstância. Ao se dar conta que um membro próximo age incestuosamente (pai/padrasto/irmão/tio/cunhado/primo), a mãe “nem sempre consegue falar abertamente sobre o assunto, levando tal fato à conspiração do silêncio” (Gabel, 1997). Esta impossibilidade familiar de falar sobre o assunto desfavorece o apoio social e afetivo a quem

sofreu o incesto, negligenciando o contexto de vulnerabilidade. Corroborar, neste sentido, pesquisa realizada por Cohen J. & Mannarino A. (2000) com crianças e adolescentes que, diante da relação abusiva incestuosa, podem levar a “vítima” a desenvolver problemas como isolamento social, depressão, tentativas suicidas, entre outros.

Essa dificuldade em lidar com a situação abusiva intrafamiliar reflete-se no desamparo de quem a sofreu, indo ao encontro da questão do afeto que aparece no cerne da reflexão de Freud quando se trata de *Hilflösigkeit* - pelo menos em algumas de suas ocorrências. É nessa relação primária com o Outro que Freud encontra o paradigma da situação originária do desamparo, designada como uma experiência de *Hilflösigkeit*. Trata-se de uma vivência na qual o sujeito se encontra sem ajuda, sem recursos, sem proteção, sem amparo, desamparado.

“Eu contei para minha mãe, que conversou com ele (padrasto) sobre o assunto e o abuso parou por um tempo” (sic).

“Minha mãe começou a estudar à noite e o meu padrasto mandava meus irmãos dormirem. Ele me dava doces e em seguida pedia para ir ao quarto dele” (sic).

“Eu não posso ficar dentro de casa porque meu pai passa a mão em mim” (sic).

Este último relato mostrou que a mãe, diante da acusação da filha, inquiriu o marido e a filha. A resposta da adolescente foi voltar atrás nas acusações e a do padrasto foi negar o ocorrido. Implicando alguns meses depois na gravidez. A denúncia desta adolescente, abusada durante um ano pelo padrasto, foi realizada pelo Conselho Tutelar. Sua história iniciou-se aos 14 anos com carícias, passando à penetração vaginal. A situação abusiva ocorria sempre do mesmo jeito e com regular frequência, enquanto sua mãe estava na igreja. As ameaças do padrasto a impediam de revelar a alguém. Ele dizia que, se houvesse denúncia, sua família passaria fome e ele mataria o pai da adolescente.

Essas vinhetas acima são falas de crianças/adolescentes que apontam para a percepção do desamparo sinalizada por Freud, onde se incorpora a presença do vínculo afetivo estabelecido entre outras pessoas dentro da dinâmica familiar. No entanto, destampa o sentimento silencioso, latente delas não estarem sendo vistas em sua real necessidade. Ou seja, o seu pedido de socorro, que oculto permanece.

Decorrem, assim, evidências circunjacentes ao incesto dentro da relação materna, que é permeada pela falha, dando a conhecer inúmeros sentimentos - entre eles a culpa, imposta por esta situação traumática do incesto. Lança a pensar também que a omissão faz ressonância com a falha na missão de proteção que a função materna protagoniza.

“Tinha medo dele, comentei com minha mãe que conversou com ele.” (sic).

Criança de 12 anos com vários episódios de abuso e gravidez aos 13 anos. Mãe ao saber da gravidez:

“Fiquei assustada” (sic). “Estou feliz que ele esteja preso. Ele fez uma coisa errada” (sic).

Remete neste ponto pensar sobre a prevalência de sentimentos de raiva, angústia e de desprezo que acometem essas crianças e adolescentes abusadas e negligenciadas que se conservam escondidas e sozinhas, reverberando esses sentimentos ao manterem-se expostas ao ato abusivo. E, pior, sem aparente defesa protetiva, sujeitando-se a uma gravidez não desejada, não pensada, que poderia ser evitada.

“Eu senti que minha vida tinha acabado. E que não poderia mais estudar” (sic).

“O que eu senti sobre a gestação, eu fiquei nervosa” (sic).

Aqui, retratadas as vinhetas que reproduzem falas de uma adolescente de 14 anos que se tornou agressiva com a genitora quando não se sentiu cuidada, posto que se reconheceu desprotegida frente aos constantes abusos incestuosos. Conseqüentemente, a adolescente parou de frequentar a escola e de visitar o seu pai, negando-se a sair de sua casa. Realidade que a submeteu ao desamparo por parte do ego. Da dor de não ter sido protegida, escutada, cuidada, livrando-a dos olhares indesejados, do agir incestuoso, dos toques, das bolinações e da própria relação sexual com penetração vaginal.

Abaixo, em outra vinheta, a mesma adolescente de 14 anos descreveu o diálogo com a mãe e a equipe multiprofissional do serviço AVS. Ela desabafou dizendo que não compreendia o significado do aborto. A mãe a interceptou dizendo:

“Ela acreditava estar matando uma criança, uma pessoa. Sentia raiva de tudo e estava agressiva verbalmente, principalmente comigo” (sic).

A adolescente replicou:

“Sei lá, foi estranho saber que eu estava grávida do nada. Foi tipo impacto... Eu gosto do bebê. Eu queria ficar com ele. Tipo assim... como eu vou cuidar do bebê, eu sou muito nova também... Foi ruim o jeito que aconteceu, mas tipo assim, o bebê estava dentro de mim. Eu gosto dele mesmo assim.” (sic).

Ao demonstrar dúvida sobre o significado do aborto legal, a equipe multiprofissional do serviço de saúde identificou ambivalência frente à escolha da grávida. Essa hesitação a levou a novo encontro com a equipe, onde mencionou o desejo de tirar o bebê. Diante desse impasse e das dúvidas anteriores, nova avaliação foi agendada, cuja decisão para o desfecho gestacional foi pelo aborto previsto em lei.

“Eu não estou preparada para ser mãe agora, ainda mais da forma que foi” (sic).

Pode-se dizer que aqui despontou similitude com a presença do sentimento de desamparo experimentado pelo bebê ao se constituir, fato em que a pessoa irá repetir frente às demandas da sociedade. Nos primeiros dias de vida, a relação entre bebê e mãe conta com o necessário suporte egóico materno para desenvolver-se, possibilitando a inserção do bebê no mundo (Winnicott, 2000). Este aprendizado será condutor em prováveis experiências de perdas ao longo das suas vivências. Pensando na ausência dessa condução materna nos primeiros dias de vida, semelhante resultado observado por Kovács (2002) refletiu o desamparo entre crianças e adolescentes quando não puderam contar com o devido apoio materno na presença das perdas experienciadas ao longo de suas vidas, sobretudo frente às circunstâncias de uma gravidez decorrente de incesto. De modo que o sentimento que vem à tona acaba tomando proporção de aniquilamento. Nomeado por Kovács (2002) de “morte vivida ou de morte consciente” (2002, p. 154).

A reflexão que se faz aqui se refere à relação que se estabelece entre a perda e sua elaboração, ou seja, de sofrimento. Aspectos estes que são constantes no processo do desenvolvimento humano. Eles trazem conexão com separações, mortes, rupturas de vínculo de afetividade e a morte experienciada como perda deste vínculo. Posto isso, a morte concreta

ou simbólica remete à meditação sobre o sentimento de desamparo diante de um incesto e suas perdas.

Nessa direção, outras falas mediadas pelas vinhetas ilustraram a presença da vivência da morte deste vínculo afetivo. Afirma-se na Psicanálise que aquilo que o ser humano tem de mais primitivo e imperioso é a sua necessidade de comunicação. No processo analítico, a comunicação vai além das palavras - elas não dão conta do que está acontecendo. Aquilo que não entendemos tem um significado (Zimmerman, 2004).

“Eu fico nervosa e triste só de pensar no que aconteceu com meu pai” (sic).

“No começo não compreendia (atos libidinosos) o que estava acontecendo, sempre tive medo do meu pai” (sic).

Eis aqui a realidade de uma criança de 12 anos e vários episódios de abuso sexual que culminaram com a gravidez do padrasto aos 13 anos.

“Minha mãe saía para a Igreja às 19h30. Ele (padrasto) chegava em casa às 20 horas, mexia um pouco no computador, às vezes na televisão, e começava a passar a mão em mim, nas minhas parte íntimas” (sic).

A vinheta abaixo foi relatada pela mãe de uma criança de 11 anos sobre a relação incestuosa com o tio. A mãe contou que a filha dormia na mesma cama com o tio e que eles tomavam banho juntos. Ela também percebia manipulações e olhares diferentes entre eles.

“Eu desconfiava do comportamento da minha filha quando ela estava próxima do meu cunhado. Algo estava errado. Perguntei a eles, mas eles negam” (sic).

Na comunicação influenciada pelo tratamento psicanalítico, o analisando traz essa influência da vivência de morte do vínculo afetivo, sua história de vida, seus conflitos e ambivalências. Emergem, desse modo, as neuroses que causam angústia e ansiedade, bem como a descoberta da sexualidade infantil. A Psicanálise é um método de tratamento para a mudança de foco da visão da vida psíquica (Freud, 2006).

O ponto central da abordagem psicanalítica é creditado ao Édipo freudiano. A entrada do pai tem uma função primordial, para que, tanto o tempo da separação quanto o complexo de castração cumpram sua função estruturante.

[...] a partir dele se faria efetivo o abandono do objeto incestuoso e se declinariam as vertentes do masculino e do feminino, com suas identificações egóicas e superegóicas concomitantes; também se efetuariam as escolhas de patologia (Miguel, 2007, p.167).

A experiência edípica para Freud estreia a base da moralidade mediante a instância psíquica do superego que é a responsável pela transmissão do sentimento de culpa. Acredita-se que a culpa, por conter o caráter inibidor, sem desconsiderar o patológico, seja o pilar da civilização - no sentido que sem ela a humanidade poderia estar predestinada à destruição.

[...] O superego, que é resultante de fator de natureza biológica e histórica, tem origem quando a criança, renunciando à satisfação de seus desejos edípicos atingidos pela interdição, transforma o seu investimento nos pais em identificação com os pais, interiorizando, assim, a interdição (Laplanche e Pontalis; 2008).

Nesta linha de raciocínio, considera-se que as vinhetas abaixo elencadas reforçam um segredo instaurado dentro da dinâmica familiar incestuosa, que é mantida por ameaças, barganhas do abusador. Como consequência, surge o medo, a vergonha e o sentimento de culpa da pessoa que sofreu o abuso. Ao mesmo tempo, notam-se sentimentos opostos, como: amor/ódio, culpa/acusação, alegria/tristeza.

“Ele me dava doces e em seguida pedia para ir ao quarto dele”. (sic)

Neste sentido, justifica-se o quanto é difícil para a pessoa que sofreu o abuso fazer a delação desta intercorrência, tanto quanto a consequência da culpa que gera ainda mais sofrimento. Quando ocorre a denúncia do incesto, a configuração familiar modifica-se. Posto isto, trata-se de uma realidade que é revelada como uma situação difícil para a vítima, que tende a se sentir culpada pelo sofrimento de toda a família (Cohen & Mannarino, 2000).

Falas contidas nas próximas vinhetas trazem situações em que a pessoa abusada foi encaminhada para um abrigo, ainda que provisoriamente, como medida protetiva especial, prevista pelo ECA/90. A novidade foi a percepção que ela abstraiu dessa medida excepcional. Ela entendeu este fato como um castigo pelo incesto. E emergiu a presença da culpa, por ela não ter contado sobre o abuso a ninguém, uma vez que não imaginava a

possibilidade de engravidar. Esta adolescente de 14 anos, que foi abrigada, contou que era virgem e que sofria frequentes abusos desde os seus 11 anos. No início, eram manifestações carinhosas de gentilezas, carícias que culminaram com a penetração vaginal por parte do tio. Quando a tia desconfiou do que estaria acontecendo, a encaminhou ao Conselho Tutelar. Ao dar entrada no abrigo, os funcionários identificaram uma suposta gravidez. Ao ser levada, ao médico foi confirmada a gravidez de 13 semanas.

“Nunca comentei com ninguém por vergonha desta situação, agora tenho que ficar no abrigo” (sic).

“Ele (tio) nunca me ameaçou. Ele passava a mão em mim, me mandava tirar à roupa e nada falava” (sic).

É uma dor que silencia, mantendo presente a dor. Carrega, agregados, sentimentos diversos, como a vergonha e a revolta. O trauma do incesto funda sentimentos ambivalentes.

De maneira que, ao se pensar sobre a noção de pai, a Psicanálise adota o referencial do mito simbólico do pai da horda primitiva ou primeva. É o nascimento da cultura e seus interditos (Totem e Tabu, 1912-1913). Esta obra freudiana recorre aos mitos como alegoria e metáfora. Referência mitológica que ajudou Freud a compor sua teoria. O mito original da horda primitiva conta como o homem se tornou determinado a organizar suas regras sociais, os seus valores e a sua ética. Ato que passa da natureza para cultura, inaugurando a passagem da história da humanidade da horda primitiva para as leis que regem os homens e organiza a sociedade humana. Lei que opera e se organiza ao redor da proibição do incesto. Interdição esta que regula os comportamentos sociais e é o núcleo do enredo edipiano.

Nessa passagem histórica primitiva da humanidade conta que o pai concebia que poderia tomar todas as mulheres do clã para si. Até que os próprios filhos deste pai o matam para possuí-las e, coletivamente, praticam o canibalismo. Surge, após o ato de comer o cadáver do pai, o sentimento de culpa, que leva a estabelecer regras que proíbem o assassinato do totem, o substituto desse pai morto. Instaure-se, assim, a proibição do incesto.

Na vinheta seguinte, nota-se o sofrimento de uma adolescente de 14 anos que foi abusada desde os oito anos pelo pai e sofria ameaça psicológica e força física. Ela contou que além de manter relação de marido e mulher com o pai, não denunciou o abuso a ninguém por receio de vingança, ainda que o seu desejo fosse o de acabar com aquele sofrimento.

“Eu não queria. Ele me pegou à força, segurou meus braços e tapou a minha boca, transando comigo” (sic).

“Não sei como acabar com tudo isso!” (sic).

“Quero tirar essa criança, não quero dar para ninguém e nem criar” (sic).

“Tenho nojo dele, mas fico imaginando que quando ele for solto poderá matar-me” (sic).

Pode-se pensar nesta lógica, atestando o que diz Matias (2006), que a família é a instância encarregada de prover proteção e de abastecer afetivamente aos seus membros. E que a disfunção familiar, confirmando o que diz Lévi-Strauss (1984), gera sofrimento a todos os membros da família. A instituição familiar é compreendida como um preceito universal em que as ligações sexuais entre determinados membros são interditadas e condenáveis. A interdição do incesto tem a função de fazer emergir leis. Leis que operem administrando as uniões matrimoniais, regularizando as configurações de interação entre as famílias. Para Lévi-Strauss (1984), a proibição do incesto se deve ao fato da coexistência de que o ser humano é um ser biológico e um ser social.

Essa combinação específica e de qualidade original reporta à ambiguidade inata do indivíduo. Como ser biológico, ele desejaria a ocorrência do incesto. Como ser cultural, se esquivaria; o que o leva, a partir da renúncia do desejo incestuoso, à inserção da ordem da cultura, e a não prevalência biológica sobre o social (Gobbetti, 2000).

Narra-se, aqui, a vinheta de uma adolescente de 17 anos abusada desde os oito anos pelo pai.

“No começo não compreendia o que estava acontecendo (atos libidinosos). Eu sempre tive medo do meu pai” (sic).

Filha de pais separados morou com o pai desde os 13 anos. Os irmãos menores permaneceram com a mãe. Aos 14 anos, o genitor iniciou a conjunção carnal com a filha, que era agredida fisicamente quando se negava a manter relação sexual com o pai.

Ainda que seja observada ampla articulação sobre estupro e incesto na sociedade atual, nota-se que as marcas vivenciadas por esta adolescente nos alertam para um sofrimento silencioso, praticado por longo período, de modo desamparado e solitário, resultando em uma gravidez não pensada, desejada. Reforçando, portanto, a hipótese de que apesar do incesto ser percebido como importante assunto a ser discutido em nossa sociedade, sua proporção é muito menor do que o número absoluto. Este dado é significativamente maior quando se considera que entre as pessoas que sofrem abuso intrafamiliar, as subnotificações parecem denunciar os múltiplos fatores circunstanciais ao assunto ‘incesto’. Adverte-se, deste modo, que a negação e, conseqüentemente, a não denúncia do incesto por parte das pessoas do entorno, como mãe, vizinhos, irmãos, amigos e familiares, aumentam o fator de risco para com essas crianças e adolescentes.

Ponto sutil que parece advir do entorno social e que também merece ser aventado é a possibilidade de um viés interpretativo e que constrange e humilha a quem sofreu o incesto: a culpabilização pelo ocorrido ser atribuída à própria pessoa que sofreu o abuso sexual, visto erroneamente como uma conduta provocativa da vítima. Alerta, assim, para a dificuldade que se tem de se falar sobre a sexualidade. Impeditivo para que se possa refletir sobre o assunto. Aponta para um tema angustiante a todos - inclusive, à mãe. “O incesto não diz respeito somente ao sedutor e quem sofreu o abuso, mas à família inteira” (Gabel, 1997).

A reflexão que se faz neste momento leva em conta a experiência do CEARAS: o incesto é mais frequente do que aparenta ser. E quando se tem a gravidez como consequência, esses números são ainda menos conhecidos, havendo a necessidade de profundas pesquisas sobre o assunto. A constância dos encaminhamentos no CEARAS é de atos libidinosos que não chegam à conjunção carnal, portanto, a não gravidez. Vale lembrar que o incesto, para a justiça, quando praticado a maiores de 18 anos, fica a interpretação de se houve a grave ameaça ou força física. Não havendo nenhuma das hipóteses, pode acontecer o entendimento de que não houve crime.

A Bioética introduz-se nesse espaço de articulação em um pensar ético, agregando valor ao referencial psicanalítico, abarcando o ser humano na sua integridade. Pressupõe-se atuar na saúde-doença. No trabalho em rede de serviços, acompanhar, construir uma linha de cuidado, visando à prevenção da saúde nos grupos sociais em que se insere. Ponto em que se comunicam mudanças a partir do fluxo de ideias, sobretudo uma nova maneira de pensá-la, considerando a diversidade. Sem perder a comunicação com base na realidade, de modo a buscar soluções adequadas, sem ferir suscetibilidades. Mas respeitar os direitos e princípios

éticos, bioéticos do ser humano. Interface esta dialogada entre a Bioética, Psicanálise e a justiça de forma a encontrar um ponto de equilíbrio entre as inovações da ciência (científica) e do ser humano (ética).

Diante do exposto, imagina-se que tais situações permaneçam reverberando negativamente na vida dessas crianças e adolescentes mesmo tempos depois do abuso incestuoso. É imprescindível a quem sofreu o abuso ser acompanhado não apenas durante o processo de acolhimento e atendimento referente ao abuso, mas por um período de cuidado após este acontecimento. Em via de modificar os efeitos do trauma ao longo do desenvolvimento emocional das crianças e adolescentes abusadas sexualmente. A psicanálise clássica freudiana oferece a compreensão do trauma, assim como seus contemporâneos e colaboradores, a exemplo de Sandór Ferenczi (1873-1933). Epistemologicamente, Ferenczi avançou na Psicanálise como ciência, introduzindo inusitado paradigma na busca de aliviar o sofrimento psíquico dos “pacientes difíceis”, em referência ao trauma psíquico de seus analisandos.

Ferenczi objetivava de modo mais eficaz o alívio do sofrimento psíquico de seus pacientes. Desenvolveu, assim, uma postura analítica de *elasticidade*, de sinceridade e confiança no emprego de interpretações contratransferenciais. Evidenciou, também, na regressão ao infantil, pacientes com atitudes mais intensas, catarses emocionais, compreendidas por ele como expressão de experiências traumáticas da infância, em que difundiam as manifestações histéricas corporais, vozes infantis e estados de transe - sensações estas que demonstravam não ter espaço para serem evocadas verbalmente.

“Eu não quero ficar lembrando o momento dessas coisas” (sic).

Pode-se conferir às vinhetas a importância de uma linha de cuidado após o atendimento de um abuso sexual - interpretado como uma antecipação da possibilidade de se repetir este trauma proveniente do abuso sexual em outras circunstâncias da vida de quem sofreu.

Uma adolescente, durante o atendimento com a equipe multiprofissional do serviço de saúde, chorou ao esclarecer que ao ver alguém com uma criança pensava:

“Já estaria com o bebê” (sic).

“Eu queria ter o filho, mas se ele não fosse do meu tio” (sic).

Nas catástrofes traumáticas desenvolvem-se as clivagens psíquicas e de repetição do trauma. De modo que a teoria do trauma desestruturante - ou o *trauma patogênico*, a que se refere Ferenczi – origina-se de um abuso sexual. O que significa que o autor do abuso é conduzido a agir pela *linguagem passional*, da paixão (erotismo violento) e a criança se deixa levar pela *linguagem da ternura* (erotismo terno e lúdico). Instala-se, deste modo, a *confusão de línguas* do desencontro entre a confiança que a criança deposita no adulto - geralmente, provedor de cuidados e de ternura - em comparação com a atitude violenta do adulto, desrespeitando as necessidades dessa criança e adolescente (Ferenczi, 1930-1933).

“Eu não posso ficar mais dentro de casa porque meu pai quer passar a mão em mim” (sic).

“Ele me oferecia vestidos. Coisas em troca do sexo e eu aceitava” (sic).

O *trauma patogênico* originário de um abuso sexual, embora seja um ato socialmente repugnante, o que o torna um *trauma patogênico* é o *desmentido* - fato que impossibilita a criança e adolescente de dar sentido ao que aconteceu. O silêncio desvaloriza sua percepção dos fatos e o reconhecimento do seu sofrimento. Desta agonia psíquica e física, desdobra-se uma dor insuportável.

Entra, neste ponto, o conceito de *identificação com o agressor*, de quem sofreu o abuso sexual com quem agiu contra a dignidade sexual (Ferenczi, 1932). É a consequência da força traumática advindo de um fator externo real. O trauma nos pacientes se sustenta fixado na repetição deste trauma, de modo que, submissos, permanecem presos à vontade do agressor, ou seja, dóceis aos seus desejos (p 111-135).

“Meu pai passava a mão em mim e tirava minha roupa e... Eu o mandava parar, mas ele não parava” (sic).

A vinheta abaixo sinaliza o *desmentido*. Uma adolescente narrou que tentou conversar com sua mãe sobre o abuso do irmão mais velho, que, na ocasião, negou tudo à mãe. Diante da negação do irmão, a adolescente também nega o dito à mãe. A família se manteve morando junta na mesma residência. Ato contínuo, a adolescente engravidou do irmão um ano após a denúncia do incesto à mãe.

“Ele me pegou a força, tive medo de contar para minha mãe, pois ela não acreditaria em mim” (sic).

Este é o ponto que Ferenczi adverte sobre a adolescente estar em choque, indefesa, frágil diante da violência sexual, uma vez que não há entendimento entre as partes, mas, sim, uma *confusão de línguas*. A adolescente, como na vinheta, tem essa negação reafirmada pela fala do adulto (irmão mais velho), que se sente culpado e nega o ocorrido. A experiência real é negada e incompreensível, a adolescente nega o abuso sexual, como se nada tivesse acontecido. Identifica-se com o agressor, conservando-se dócil aos seus desejos. Diante da realidade da experiência afetiva, como na vinheta, a adolescente buscou obter o apoio de outro adulto (a mãe), pessoa de sua confiança, na tentativa de uma explicação que pudesse fazer sentido para ela diante da situação abusiva. O outro (a mãe) não só não tenta compreender, sendo indiferente, como desmente a percepção da adolescente - *o desmentido*. Na vinheta, o *desmentido* é caracterizado pela autorização da mãe para que, de certo modo, o irmão continuasse a abusar da filha, uma vez que não tomou atitude de separá-los, até que a adolescente engravida deste abuso incestuoso.

Enfatiza-se que o trauma se configura em um evento impactante vivido pela criança e adolescente de forma submissa e passiva – entretanto, não compreendida. Não obstante o evento traumático não ser mais vivido pela pessoa que sofreu o abuso em tempo real da experiência, ele pode agir traumáticamente nas lembranças quando a criança já é capaz de compreender o significado daquele evento.

Por outro lado, na impossibilidade de se atribuir sentido ao experienciado e sem mediação simbólica, esse *desmentido* das impressões de sofrimento da criança e/ou adolescente torna-se condição para a constituição do traumatismo que fica sem registro na memória. A origem do trauma não fica acessível pela memória, não entra na cadeia associativa, mas persiste em toda a sua intensidade por meio das cicatrizes deixadas pelo trauma no psiquismo da criança. Importante entender que a consequência desse trauma *desmentido* é reforçada por alguém da confiança de quem o sofreu, desvelando-se na defesa psíquica da *clivagem narcísica*. No entanto, se houvesse a presença de uma função acolhedora, terna e compreensiva, tal *trauma patogênico* não ocorreria. Não haveria a falta de um significativo em quem confiar (Ferenczi, 2011, p 136).

Quando se processa a *clivagem narcísica* decorrente do processo traumático, a dor que se expressa é sem conteúdo representativo. Trata-se de um mecanismo de defesa em que o

indivíduo opera um corte na sua própria subjetividade para tentar diminuir a dor psíquica, que é insuportável. As partes cindidas do eu coexistem, mas não se comunicam. Essa desconexão afetiva mostra que uma das partes da personalidade clivada sobrevive em segredo e esforça-se constantemente por manifestar-se (Ferenczi, 2011, p.130-135).

O que se segue à cena de um abuso sexual é um sentimento de culpa da pessoa que cometeu o abuso, conduzindo-a ao silêncio. O ato abusivo, em si, é abominável e opera em desfavor aos valores e às virtudes pertinentes à nossa sociedade. Cabe, assim, à Justiça fazer as intervenções que estiverem de acordo com as leis do país em relação à pessoa que cometeu o crime de abuso sexual, o que não descarta o direito do mesmo de ser atendido por um profissional da saúde mental. A atuação do incesto é o modo de funcionar das famílias que mostram não possuírem o entendimento da transgressão do incesto. Precisam, muitas vezes, de um elemento externo a eles que viabilize a demanda terapêutica, como a queixa que tenha originado a denúncia jurídica.

Em relação às competências éticas do indivíduo, remetendo à compreensão bioética, reflete o pensar nas relações que são atravessadas pelo que existe introjetado em cada pessoa, o que está diretamente ligado à sua história pregressa. De modo que isso irá definir o seu agir e as condutas. Ao abordar esta e tantas outras temáticas, a Bioética transita de maneira global, original, sistêmica e interdisciplinar, busca a maior humanização nas relações. Sobretudo diante da dor de uma gravidez decorrente de estupro, é imprescindível a observância e a relevância da continuidade dos atendimentos após alta hospitalar. O que significa uma parceria de um trabalho em rede, visando à integridade do paciente atendido em uma linha de cuidado interdisciplinar.

Incesto em nossa sociedade é um fenômeno tão antigo quanto universal, pertence à família e está presente no comportamento humano. É fator estruturante enquanto função psíquica, permitindo organizar a vida afetiva e também cognitiva do indivíduo, integrando-se assim na cultura e sociedade (Gobbetti, 2000).

8 CONCLUSÕES

Neste estudo, a amostra das grávidas em consequência de estupro extrafamiliar foi maior quando comparada à amostra das grávidas por estupro intrafamiliar.

Tais dados podem parecer discrepantes com os estudos sobre abuso sexual na literatura, já que os mesmos mostram que a maioria dos casos de abuso sexual ocorre entre pessoas conhecidas, principalmente entre membros da família, mas corroboram os estudos mais aprofundados sobre as famílias incestuosas. Estes últimos demonstram que as relações sexuais abusivas ocorrem em uma frequência maior dentro da família por meio de atos libidinosos sem penetração vaginal, portanto, sem culminar em gravidez.

Apesar de nos dois grupos estudados a chegada ao serviço de saúde ter sido acompanhada da autonomia e do respeito da gestante diante da manifestação do seu desejo e escolha de interromper a gestação em condição de aborto previsto em lei, o desfecho se desvelou diferente ao desejo inicial. Algumas grávidas dos dois grupos não realizaram o aborto legal.

As razões da não aprovação do aborto legal foram diferentes entre os dois grupos. No extrafamiliar tem forte associação com as questões da justiça, gestação prévia ou posterior à violência, enquanto que no intrafamiliar a não aprovação do aborto teve firme associação com a saúde - idade gestacional não permitida para a realização do aborto legal.

Assim, a busca tardia aos serviços de saúde para interromper a gravidez decorrente de estupro, principalmente no grupo intrafamiliar, sugere indicadores de que a vulnerabilidade da criança e da adolescente associada com a proximidade e com a relação afetiva estreita com autor implica na interferência negativa na busca de assistência ao aborto permitido pela lei.

Ressalta-se que fatos como os da violência sexual associada à gravidez se repetem com alarmante frequência, alertando para a falta de estratégias eficientes de prevenção e redução de danos nos casos de abuso sexual na infância e adolescência, sobretudo no abuso sexual intrafamiliar. Mostra-se inevitável buscar reverter esse quadro de vulnerabilidade - em que as crianças e adolescentes parecem permanecer - mediante a prevenção e promoção da saúde. Preferencialmente, recebendo o cuidado integral logo após a ocorrência da violência sexual - o que evitaria a gravidez. Assim como beneficiá-las com a possibilidade de, estando grávidas, ter acessibilidade garantida, sem limitações, resguardando o seu direito. Bem como a orientação e a informação clara e transparente de poder chegar ao serviço de saúde sem restrição de ser acolhida, para que receba o atendimento integral e a autonomia de escolha - entre elas, a do aborto previsto em lei.

ANEXOS

Anexo I - Sistematização dos prontuários sobre violência sexual intrafamiliar/inceto

Data da coleta: ___/___/___

Identificação
 Nome fictício: _____ Idade: _____ ano do prontuário: _____ Data de atendimento ___/___/___

Município/estado: _____ Região: _____ Acompanhante Não sim Sim Nome: _____
 Etnia Branca Preta Amarela Parda Indígena _____
 Representante Legal (adolescente) Pai ou Padrasto Mãe ou Madrasta Tutor ou Curador Outro _____
 Condição da Guarda (adolescente) Definitiva Temporária Não Regularizada Outro _____

Estrutura familiar
 Quem mora com a adolescente: _____ grau de parentesco: _____ Idade: _____
 ocupação: _____ Pessoa com deficiência, qual necessidade especial? _____ Quem denunciou _____
 Tipo de abuso além do sexual: () 1. Físico 2. Psicológico 3. Negligência
 Autor do incesto: _____ idade: _____

Residência Própria Alugada Cedida Invadida Coletiva Outra _____
 Abuso de Álcool e/ou Drogas Ilícitas na Família Não Sim (especificar) _____
 Contato com o Autor da VS Não Sim (especificar) _____
 Intimidação Força Física Grave Ameaça violência psicológica/coerção estupro de vulnerável _____
 Número de Autores 1 2 3 4 5 ou mais ignorado
 Autor da Violência Sexual Pai Biológico Padrasto Tio Irmão Primo cunhado
 Avô Ignorado Outro (especificar) _____
 BO Não Sim Exame de Corpo de Delito: Não Sim
 Houve notificação compulsória (Decreto-Lei nº 5.099-3/6/2004 - Lei nº 10.778/2003. Não Sim

Descrição sumária do caso

Chegada/Atendimento ao Núcleo de programas especiais - AVS.
 Caso referido de UBS? Qual: _____ UF: _____
 Quem conduziu a jovem ao Hospital de referência: _____
 Quem encaminhou Delegacia Polícia IML Serviço Público Saúde Serviço Privado Saúde Serviço de VS
 Poder Judiciário Conselho Tutelar Espontânea Outro (especificar) _____

Data do primeiro atendimento após início dos sintomas gestacional: _____
 Idade gestacional: _____
 Nº episódios do abuso: _____ Idade do início do abuso: _____ idade atual: _____ Início atividade sexual antes do
 ocorrido _____ idade _____ tempo aproximado da ocorrência do abuso sexual até a revelação _____
 Registro alterações comportamentais/emocionais: não sim Exames complementares? Quais? _____
 Histórico antecedente, psicológicos e psiquiátricos _____ Outras informações registradas prontuários
 (percepções da jovem, dos responsáveis, dos profissionais de saúde. Dificuldades encontradas, reincidência do abuso etc.)
Dados emocionais: Atitudes em relação ao abuso _____ comportamentos (medos) _____
 comportamentos regressivos: _____ Queixas somáticas: _____ Sentimentos sobre o abuso _____
 falas importantes: _____

Profilaxia: DST Não Virais Não Sim não necessária (abuso há mais de 10 dias) Hepatite B não Sim (abuso mais de 14 dias)
 HIV não necessária não realizada (ocorrência do abuso há mais de 72 horas)

Antecedentes Pessoais: Início Atividade Sexual Não Sim _____ anos Anticoncepção Não Sim
 Preservativo Não Sim qual: _____ Uso de Anticoncepção durante a Violência Sexual Não Sim _____
 Drogas Ilícitas Não Sim Drogas ilícitas Não Sim _____ Doenças Progressivas Não Sim _____
 Antecedentes de abuso familiar: Não Sim (especificar) _____

gravidez por estupro- procedimentos: Desfecho: escolha frente a gravidez: () 1. Ficar com a criança 2. Entregar para adoção 3.
 abortamento previsto em lei. IG _____ abortamento previsto em lei DUM ___/___ USG ___/___ Data ABS _____ incompatibilidade
 entre IG e ABS sim não - Não aprovado _____ abandono tratamento: sim não _____
 aprovado: método Interrupção da gravidez: AMIU medicamentoso laparotomia
 Após denúncia houve contato do autor com a pessoa que sofreu o abuso _____

Encaminhamentos após alta hospitalar, procedimentos no seguimento, linha de cuidado: interno Pronto Atendimento
 Psicologia Ginecologia Outros: terapias grupais, individual _____
 Externo : Conselho Tutelar Vara Infância/Juventude Assessoria Jurídica Delegacia Casa Abrigo ONG
 terapia familiar CEARAS
 Notificação Compulsória (Ministério da Saúde) - outros _____

Anexo II - Ficha de casos de gravidez por estupro – Núcleo AVS – Hospital Pérola Byington



Secretaria de Estado da Saúde
Centro de Referência da Saúde da Mulher
Núcleo de Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência Sexual

FICHA DE CASOS DE GRAVIDEZ E ESTUPRO – NÚCLEO AVS

Nome _____ Prontuário _____ 2014

Região/Procedência _____ 1. Leste 2. Sul 3. Norte 4. Oeste 5. Centro 6. Outro município 7. Outro Estado 9. Ignorado Idade _____ anos

Escolaridade _____ 1. não alfabetizada 2. fund. incompleto 3. fund. completo 4. médio incompleto 5. médio completo 6. sup. incompleto 7. sup. completo

Cor / Etnia _____ 1. branca 2. preta 3. parda 4. amarela 5. indígena 9. dado ignorado

Situação conjugal _____ 1. casada / união 2. solteira 3. separada, divorciada 4. Viúva 5. não se aplica (idade <14anos) 9. dado ignorado

Religião _____ 1. católica 2. evangélica 3. espírita 4. cristã 5. judaísmo 6. islamismo 7. testemunha de Jeová 8. umbanda
9. candomblé 10. budismo 11. outra religião 12. sem religião 99. dado ignorado

Ocupação _____ 1. trabalho formal / informal 2. estudante 3. desempregada 4. sem ocupação 9. dado ignorado

Encaminhamento _____ 1. DP / DDM 2. serv. público de saúde 3. serv. privado de saúde 4. serv. de violência sexual 5. C. Tutelar
6. IML 7. ONG 8. Judiciário 9. Ministério Público 10. espontânea 11. outra instituição 99. dado ignorado

Tipo de crime | 1. Intimidação _____ 1. grave ameaça 2. força física 3. grave ameaça associada com força física 4. estupro de vulnerável

Estupro de vulnerável _____ 1. não se aplica 2. idade < que 14 anos 3. doença mental 4. embriaguez 5. substância com atuação SNC 6. outra (antigo tipo de presunção)

Abordagem _____ 1. cotidiana 2. percurso do trabalho 3. percurso da escola 4. residência paciente 5. residência autor 6. lazer 7. local trabalho
8. outra atividade 9. não esclarecida devido deficiência mental 99. dado ignorado

Autor da violência sexual _____ 1. desconhecido 2. da comunidade 3. pai biológico 4. padrasto 5. parceiro íntimo 6. ex-parceiro íntimo
7. tio 8. cunhado 9. primo 10. irmão 11. colega de trabalho 12. outro identificável 13. não esclarecido

Número de autores _____ Boletim de ocorrência _____ 1. sim 2. não 9. ign. Exame IML _____ 1. sim 2. não 9. ign

Atendimento após VS _____ 1. sim 2. não 9. ign. Prescrição de AE _____ 1. não se aplica 2. sim 3. não 9. ign

AE sem prescrição _____ 1. sim 2. não 9. ign. Falha presumida da AE _____ 1. não se aplica 2. sim 3. não 9. ign

Idade gestacional (no momento do abortamento/término avaliação) _____ Realização do abortamento _____ 1. sim 2. não

Motivo não realização do aborto _____ 1. não se aplica 2. não aprovação 3. intenção de incluir RN na família 4. intenção de doação
5. desistência sem especificação 6. perda de acompanhamento 7. outro motivo 9. ignorado

Motivo da não aprovação _____ 1. não se aplica 2. IG > 20/22 semanas peso fetal > 500g 3. violência não esclarecida/discordante Código Penal
4. gravidez pré-violência 5. gravidez pós-violência 6. impossibilidade de exclusão de paternidade
7. paternidade do parceiro determinada por DNA 8. outro motivo 9. ignorado

Método do aborto _____ 1. não se aplica 2. AMIU 3. misoprostol 4. CTG 5. laparotomia 9. ignorado

Indicação aborto por laparotomia _____ 1. não se aplica 2. falha do miso 3. doença mental severa 4. IG avançada 5. falta de miso 9. ignorado

Internação _____ dias Tempo indução miso _____ dias 99. não se aplica Dose total _____ mcg 9999 não se aplica

CTG complementar _____ 1. não se aplica 2. sim 3. não Complicações _____ 1. não se aplica 2. não 3. cirúrgica 4. anestésica 5. clínica

USAR VERSO DESTA FOLHA PARA ANOTAÇÕES, SE NECESSÁRIO

Anexo III – Comitê de Ética em Pesquisa - FMUSP



APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de **19/03/2014**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **014/14** intitulado: **“INCESTO: ADOLESCENTES SEXUALMENTE ABUSADAS E AS IMPLICAÇÕES DE UMA GRAVIDEZ”** apresentado pelo **Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e 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 466/12)

Pesquisador (a) Responsável: Claudio Cohen

Pesquisador (a) Executante: Valeria Aparecida Campos Soares Panhoni

CEP-FMUSP, 21 de Março de 2014.

Prof. Dr. Paulo Eurípedes Marchiori
Vice-Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

REFERÊNCIAS

Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal. Porto Alegre: Artmed editora, 1981.

Abeyasinghe NL, Weerasundera BJ, Jayawardene PA, Somarathna SD. Awareness and views of the law on termination of pregnancy and reasons for resorting to an abortion among a group of women attending a clinic in Colombo. Sri Lanka: J Forensic Leg Med; 2009.16(3). p.134-37. DOI: 10.1016/j.jflm.2008.08.010.

Amazarray MR, & Koller SH. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. Porto Alegre: Psicologia: Reflexão e Críticas; 1998. Vol. 11, n 3 [citado 18 junho 2014]. Disponível: ISSN 0102-7972. <http://dx.doi.org/10.1590/SO102>.

Ballone GJ; Ortolani, IV Moura, EC. Violência Doméstica. In: PsiqWeb (on line); 2008. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=89>. [citado 2 jan 2016].

Beauchamp TL, Childress JF. Princípios da Ética biomédica. USA: Oxford University Press; 2001.

Bocardi MIB. Gravidez na adolescência: o parto enquanto espaço do medo. São Paulo: Arte &Ciência; Marília. Ed. UNIMAR; 2003.

Butler S. A conspiração do silêncio:o trauma do incesto.Rio de Janeiro: Zahar Ed.;1979.

Brasil.Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei nº 10.406, jan 2002 - Código Civil. Brasília: Senado Federal; 1988. [citado em 28/07/2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002.

Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Brasília: Diário Oficial da União, Poder Executivo; 1990.

Brasil. Lei nº 12.015 de 7 ago 2009. Altera o título VI da parte especial do decreto lei nº 2.848 de 7 dez 1940 – código penal, e o art. 1º da lei nº 8.072, de 25 jul 1990, que dispões sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1 jul 1954, que trata da corrupção de menores. Brasília: Diário oficial da União; 2009.

Brasil. Lei nº 2.848 de 7 dez 1940 – código penal, e o art. 1º da lei nº 8.072, de 25 jul 1990, que dispões sobre os crimes hediondos. Brasília: Diário oficial da União; 2009.

Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), previsto no artigo 88 da Lei nº 8.069/90. Brasília; 1990. [citado 10 março 2016] disponível: www.sdh.gov.br.

Brasil. Organização Mundial da Saúde – OMS (1948). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra; 2002. p. 53-75. [acesso em 12 abr 2014]. Disponível em: www.who.int/eportugues/publication/whr08_pr.pdf?ua=1.

Brasil. Carta de Brasília. Documento Resultante Fórum Nacional de Declaração de Helsinki :Perspectivas da Sociedade Brasileira. Brasília: Anis – Instituto de Bioética Direitos Humanos e Gênero. Brasília: Conselho Federal de Medicina/Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

Bonfim CB, Santos DN, Barreto ML. The association on intrafamilial violence against children with symptoms of atopic and non-atopic asthma: A cross-sectional study in Salvador, Brazil. *Child Abuse Neglect*. 2015; 50:244-53. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.05.021.

Carneiro ABAM, Matos CMAS. Gravidez aos 11 anos de idade. v. 9, n.3. Belo Horizonte: *Revista Médica de Minas Gerais*; 1999; p.119-121.

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

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

Cohen C, Gobbetti, GJ. Abuso sexual intrafamiliar. São Paulo: Revista Brasileira de Ciências Criminais. V. 6, n. 24. p. 235-43, 1998.

Cohen C, Gobbetti GJ. Caracterização do abuso sexual intrafamiliar através de dados elaborados no CEARAS. In: David Léo Levisky (org). Adolescência e Violência: Ações comunitárias na prevenção. v. 1. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. p. 253-166.

Cohen JA, & Mannarino AP. Predictors of treatment outcome in sexually abused children. New York: Child Abuse & Neglect; 2000, 24 (7), 983-998.

Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: resolução CFM nº1.931, de 17 set 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010.

Constantino CF. Reflexão bioética e deontológica relacionada às denúncias e processos ético-profissionais envolvendo médicos que exercem pediatria no estado São Paulo-BR [doutorado]. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto-FMU/Portugal e Conselho Federal de Medicina-CFM/Brasil. Portugal; 2013. [citado jun 2016]. Disponível: https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=540216.

Constantino CF, Barros JCR, Hirschheimer MR. Cuidando de crianças e adolescentes sob o olhar da Ética e Bioética. São Paulo: Atheneu; 2009.

Cunha EP; Silva EM; Giovanetti AC. Enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil: expansão do PAIR em Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG; 2008.

Delmanto C, Delmanto R, Delmanto JrR e Delmanto FMA (editores). Código penal comentado. 8ª ed. São Paulo: Saraiva; 2011. p. 691.

Dias MB. Incesto e Alienação parental: realidade que a justice insiste em não ver. 2ª ed. atual. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais; 2010.

Dias MB. Incesto e o mito da família feliz. In: Dias MB (Org). Incesto e alienação parental. São Paulo: Revista dos tribunais; 2007. p.17-49.

Drezett J. Contracepção de emergência e violência sexual. In: Panorama da contracepção de emergência no Brasil. Figueiredo R, Borges ALV, Paula AHB (Org). São Paulo: Instituto de Saúde; 2016. p.103-124.

Drezett J. Contracepção de emergência: normativas, usos, mitos e estigmas. In: Contracepção de emergência no Brasil e América Latina: dinâmicas políticas e direitos sexuais e reprodutivos. Arilha M, Lapa T, Pisaneschi T. (Org). São Paulo: Oficina Editorial; 2010. p.70-71.

Dobke V. Abuso sexual: a inquirição das crianças, uma abordagem interdisciplinar. Porto Alegre: Ricardo Lenz Editora; 2001. p. 33.

Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. In: Revista Adolescência e Saúde. Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente – NESSA. ISSN 2177-5281 – Vol. 2 nº 2 – Rio de Janeiro: UERJ; 2005. [citado em novembro 2015] Disponível: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167.

Ferenczi S. Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: Sándor Ferenczi. Obras completas. Psicanálise IV. 2ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2011. p.111-121.

Ferreira ABH. Novo Aurélio XXI: o dicionário da Língua Portuguesa. 3 edição. Totalmente revista e ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.

Freud A. O ego e os mecanismos de defesa. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v VII. Rio de Janeiro: Imago; 1974.

Freud S. Totem e tabu (1913[1912-13]). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vXIII.Rio de Janeiro:Imago; 1974^a.p.11-194.

Freud S. O mal estar na civilização. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas e Sigmund Freud. V XXI. Rio e Janeiro: Imago; 1980.

Gabel M. (org). Crianças vítimas de abuso sexual. São Paulo: Summus Editorial; 1997.

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

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

Guerra VNA. Violência de pais contra filhos: tragédia revisitada. São Paulo: Cortez; 1998.

Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Inst. Antonio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

Kovács MJ. Morte, separação, perdas e o processo de luto. In: Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. 4ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. p. 53-170.

Kristensen CH, Oliveira MS, & Flores RZ. Violência contra criança e adolescentes na grande Porto Alegre: pode piorar? AMENCAR (org.). Violência doméstica. Brasília: UNICEF; 1999. p. 104-117.

Jesus DE. Direito Penal–Parte Geral –v. 3. 2ª ed. São Paulo: Saraiva; 2011. p. 122.

Lacerda M, Pereira C, Camino L. Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. v.15, n.1. Porto Alegre: Psicologia Reflexão e Crítica; 2002.

Lepikson MFP. Meninos e meninas em risco – análise da prática da (des) proteção em regime de abrigo. [dissertação] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1998. [citado em 12 de out 2016]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/147489.pdf>

Laplanche e Pontalis. Vocabulário da psicanálise. São Paulo: Ed. Martins Fontes; 2008.

Lévi-Strauss CA. Família. In: H. Shapiro (org.). Homem, cultura e sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 1984. p. 308-333.

Lévi-strauss C. Antropologia estrutural. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1970.

Lima MEO, Vala J. As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. v.9, n.3. Natal: Estud. Psicol; 2004. p. 401-411.

Masson CR. Direito Penal – Direito Penal – Parte Especial – v 3. 2ª ed. São Paulo: Método; 2012. p.11.

Matias DP. Abuso sexual e sociometria: um estudo dos vínculos afetivos em famílias incestuosas. v. 11, n. 2. São Paulo: Psicologia em Estudo; 2006. p. 295-304.

Miguellez NBS. Complexo de Édipo: novas psicopatologias, novas mulheres, novos homens. São Paulo: Casa do psicólogo; 2007.

Miller D. Incesto: o centro da escuridão. Em E. ImberBlack (org.) Os segredos na família e na terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994. p. 185-199.

Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Suely Ferreira Deslandes Romeu (Org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27ª ed. Petrópolis: Vozes; 2008. p.9-29.

Morrison RL, Stettler K, & Anderson AE. Using vignettes in cognitive research on establishment surveys. v.20. n. 2. Journal of Official Statistics: Sweden; 2004 p. 319-340.[citado out 2016]. Disponível:<https://www.researchgate.net/publication/238619478>.

Nucci GS. Crimes contra a dignidade sexual: de acordo com a lei 12.055/2009. 2ª ed. ver., atual. E ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2010.

Oliveira, RA. Bioética. Bioética. Volume 46, n. 1. São Paulo: Revista Brasileira de Psicanálise; 2012. p. 105-117.

Oliveira, RA, Jorge Filho, I. Bioética Clínica: Como praticá-la. 37 (3). São Paulo: Revista Col. Bras. Cir.; 2010. p. 245-246.

Organização das Nações Unidas (ONU, 1945). USA: Fundação das Nações Unidas para a Infância-UNICEF; 1946. [citado em 12 abr 2016]. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/overview.html>.

Oselka G & Troster EJ. Rev. Assoc. Med. Bras. [on line] 2000. [cited 2016 Sep 16]; 46 (4): 306-307. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.104-42302000000400024=en>.

Osório LC. Casais e famílias. Porto Alegre: ARTMED; 2002.

Pereira FK. Painel de Lendas & Mitos da Amazônia. Belém: Falangola; 1994. Atualizado 2001.p.34-35. [citado em 12 jan 2016]. Disponível em: <http://library.umac.mo/ebooks/b11716629.pdf>.

Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. São Paulo: Loyola; 2000.

Potter VR. Bioethics to the future. Englewood cliffs, New York: Prentice-Hall; 1971.

Rea LM & Parker, RA. 2ª ed. Designing and Conducting Survey Research: A Comprehensive Guide. Jossey-Bass, Inc., Publishers: São Francisco, USA; 1997.

Ramakuela NJ, Lebeso TR, Maputle SM, Mulaudzi L. Views of teenagers on termination of pregnancy at Muyexe high school in Mopani District, Limpopo Province, South Africa. Afr J Prim Health Care Fam Med. 2016;31;8(2):e1-6. DOI:10.4102/phcfm.v8i2.945.

Sagre M, Cohen C. Bioética. Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco; 2004. p. 57.

Sociedade de Pediatria de São Paulo. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência / Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente. Coordenação: Dejtjar EW, Hirschheimer MR. Brasília: CFM, 2011.p.172.

Takiuti, AD, Kerr JS, Portella CFS, Duarte F, Hermida RPM, et al. El Programa del adolescente del Estado de São Paulo.v 12-S.2. São Paulo: Adolesc Saude; 2015. P. 7-15.

Takiuti, AD. In. São Paulo(Estado) Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Comissão de Saúde do Adolescente. Adolescência e saúde 3. São Paulo: SES-SP; 2008. p.535-539. ID: ses-16107.

Taquette SR, Vilhena MM , Silva MM, Vale MP. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. São Paulo: Cad Saude Publica; 2005; 21(6): 1717-25.

Tavares M. Criando a rede especializada de atendimento. In G. Pizá & GF. Barbosa (Orgs.), A violência silenciosa do incesto (pp. 201-207). São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo; Rio de Janeiro: Clínica Psicanalítica da Violência; 2004.

Teles MAA, Melo M. O que é violência contra a mulher. São Paulo: Brasiliense; 2004.

The Belmont Report: ethical guidelines for the protection of human subjects. DHEW Publications: Washington; 1978. (OS) 78-0012. [citado 12 abril 2016]. Disponível:<https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>

Thouvenin C. A palavra da criança: do íntimo ao social. Problema do testemunho e da retratação. In M. Gabel (Org.) Crianças vítimas de abuso sexual . São Paulo: Summus; 1997. p. 91-102.

Torres JHR. Aborto e legislação comparada. v. 64. n° 2.Ciência e Cultura [online]: São Paulo, 2012.p.40-44. ISSN 0009-6725. [cited 2016 janeiro 03]; 64 (2): Disponível: <http://cienciaecultua.bvs.br/scielo.php?script=sci>.

Torres JHR. Aspectos legais do abortamento. Jornal da Rede saúde. Estatuto da criança e do Adolescente (ECA). São Paulo: Imprensa Oficial do Estado; 1999. p. 6-9.

Ventura M. Direitos reprodutivos no Brasil. Fundo de População das Nações Unidas. Brasília: UNFPA; 2004.

Veronese JP. Custodio AV. Trabalho infantil: a negação do ser criança e adolescente no Brasil. Florianópolis: OAB editora; 2007.

Veronese JP. Os direitos da criança e do adolescente. São Paulo: LTR; 1999.

Zaffaroni ER, Pierangeli JH. Manual de direito penal brasileiro. 7ªed. V. 1. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2007. p. 399.

Zimerman DE. Manual da técnica psicanalítica—uma re-visão, São Paulo: Artmed; 2004. [citado em 3 abr de 2015]. Disponível: <http://pt.slideshare.net/MarcosSilvabh/manual-de-tecnica-psicanalitica-david-e-zimerman-livro>.

Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas Rio de Janeiro: Imago editora; 2000.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Almeida AM, Bioética e biodireito. 1 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2000.

Alves-Mazzotti AJ, Gewandsznajder F. O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira; 1999. p.203.

Anais do IX Congresso Paulista de Saúde Pública; 1993 jul. 10-14; São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública; 1995.

Andre J. Entre angústia e desamparo. Rio de Janeiro: Ágora. v 4, n.2; 2001. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982001000200008>.

Associação Beneficente Santa Fé.São Paulo;1993.Disponível:<http://www.santafe.org.br>.

Beebe DK. Sexual assault: the physician's role in prevention and treatment. J Miss State Assoc.; 1998. p.39:366-9.

Bernard JD. A biologia à ética. Campinas, São Paulo: Editorial Psy II; 1990. p.256.

Brasil.Presidência da República. Constituição (1998). Emenda constitucional n.º9, de 9 de novembro de 1995. Dá nova redação ao art. 177 da Constituição Federal, alternando e inserindo parágrafos. Brasília: Senado Federal; 1995.

Brasil. Código Civil. Organização dos textos, notas remissivas e índice por Juarez de Oliveira. 46. ed. São Paulo: Saraiva; 1995.

Brasil. Decreto n.º 3.304, de 27 de abril de 1999. Fundo Nacional e Desenvolvimento. Brasília: Diário Oficial da União 28 abr 1999; 123(8):4-5.

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Depart. ações programáticas estratégicas. Violência faz mal à saúde. Brasília:Ministério da saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção humanizada ao abortamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 (d). p. 34.

Cervo AL, Aciolo S, Stotz EM. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação do ponto de vista popular. In: Vasconcelos, EM (org). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. Editora Hucitec: São Paulo; 2001.

Chauí M. (1985). Participando do debate sobre mulher e violência. Em *Perspectivas Antropológicas da Mulher*. Rio de Janeiro: Zahar; 1985. p. 25-62.

Cohen C, Ferraz FC, Segre M. (Orgs). *Saúde Mental, Crime e Justiça*. EDUSP: São Paulo; 2006. p. 275-284.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conceito de abortamento legal, Consulta nº 79.246/01. São Paulo: CREMESP; 2001.

Declaração universal sobre bioética e direitos humanos - UNESCO; 2005. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs//declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf

Drezett J, Del Pozo E. El rol de los servicios de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual. La Paz: Ipas Bolivia; 2002. p.15.

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

Drezett J, Baldacini I, Freitas G, Pinotti J. Contracepção de emergência para mulheres vítimas de estupro. São Paulo: Revista do Centro de Referência; 1998. p. 3:29-33.

Eisenstein E. Atraso puberal e desnutrição crônica. 1999. [Tese de Doutorado] - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Faúndes A, Oliveira G, Andalaft Neto JA, Lopez JRC. II Fórum Interprofissional sobre o atendimento ao aborto previsto por lei. *Femina*; 1998. 26:134-8.

Ferreira R. Tipos de Violência contra Crianças e Adolescentes. In: *Capacitação da Rede de Proteção de Porto Alegre: UFMS/UFRGS-CEP-RUA*; 2011.

Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18 (5); 1994, p. 409-417.

Foucault M. A verdade e as formas jurídicas. Tradução de Roberto 256 Machado e Eduardo Morais, Rio de Janeiro: Nau Ed.; 1999. p. 158.

França CP. Os desígnios do Édipo consumado. In C. P. França (org.), *Perversão: as engrenagens da violência sexual infanto-juvenil*. Rio de Janeiro: Imago; 2010.

Goldenberg F, Peixoto Jr CA. É possível uma sociedade sem culpa? O lugar da culpabilidade nos processos de subjetivação. V. 33, n. 24. Rio de Janeiro: *Caderno de Psicanálise*; 2011. p. 105-118.

Heirich L. Care of the female rape victim. *Nurs Practitioner*; 1989. 12:35-51.

Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol*; 1996.175:320-4.

Klein M. Notas sobre alguns mecanismos esquizoides In: Klein M, Heimann P, Isaacs S, Riviere J. *Os progressos da psicanálise*. Rio e Janeiro: Zahar; 1982, p.312-343.

Lakatos EM, Marconi M. *Fundamentos da metodologia científica*. São Paulo: Atlas, 2003.

Laraia R. *Cultura: Um conceito antropológico*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1986.

Lefevre F, Lefevre AMC. *O Discurso do Sujeito Coletivo. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. Desdobramentos. Caxias do Sul: Educs; 2005.

Leone S, Privitera S, Cunha JT. (Coords.). Dicionário de bioética. Aparecida: Editorial Perpétuo Socorro/Santuário; 2001.

Lévi-Strauss C. Tristes Trópicos. São Paulo: Anhembi; 1957.

Mcqueen D. et al. Psychoanalytic psychotherapy after child abuse. London: Karnac; 2009.

Naeemah A. et al. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. The Lancet Journal. Vol.383,p1648-1654. Reed Elsevier Properties SA:UK; 2014.

National victim center, Crime victims research and treatment center. Rape in America: A report to the nation. South Carolina: Dept of Psychiatry and Behavioral Sciences; 1992.

Nucci GS. Manual de direito penal: parte geral, parte especial. 6ª ed, ver. Atual. E ampl. São Paulo: Revistas dos Tribunais; 2009.

Oliveira J. Código Penal. 25ª edição. São Paulo: Saraiva; 1987. p. 486.

Pimentel S, Schritzmeyer ALP, Pandjarian V. Estupro: crime ou “cortesia”? Abordagem sociojurídica de gênero. Porto Alegre: SAFE; p. 1998- 288.

Pfeiffer L, & Salvagni, E. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. Jornal de Pediatria: Rio de Janeiro; 2005. 81 (5 Supl). p. 197-204.

Público (2015). Project unbreakable. USA; 2011. Disponível: projectunbreakable.tumblr.com.

Prado MCCA & Feres-Carneiro, T. Abuso sexual e traumatismo psíquico. vol.10, n.20. Interações: São Paulo; 2005. p. 11-34.

Relatório de desenvolvimento humano. Valores e desenvolvimento humano. Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2010.

Rios TA. Ética e Competência. Editora Cortez: São Paulo; 2011.

Sanches EJ & Taschetto LS. Lei 11.106/2005: uma análise crítica frente às alterações ao código penal brasileiro. Curso Direito UFSM: Santa Maria, RS; 2011.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Programa de Atenção à Violência Sexual – PAVAS. São Paulo; 1996. Disponível: URL: <http://www.fsp.usp.br>.