

# Os outros olhares necessários no cuidado do abuso sexual infantil para além da Saúde Mental

Maria Theresa Bittencourt Pavão<sup>1</sup>

A presente questão surgiu da minha experiência clínica, como psicanalista, oportunidade em que atendi casos de mulheres que, no decorrer do processo de análise, relataram experiências de abuso sexual na sua infância. Eram relatos carregados de muito sofrimento, uma vez que elas se consideravam culpadas pelo abuso sofrido - seja por omissão, por provocação ou pelo prazer resultante, mas principalmente porque ocorriam dentro da relação familiar, com o pai.

Por mais que ponderassem que eram crianças à época inicial do abuso, não conseguiam integrar e nem elaborar essa experiência como uma situação de abuso propriamente dito, uma vez que receberam um estímulo externo não correspondente ao seu grau de evolução interna. Procuravam, sempre, o que se pode chamar de sua participação ativa naquele relacionamento abusivo.

Nesses casos, pude observar que as conseqüências do abuso sexual foram a base da grande maioria dos sintomas apresentados na fase adulta desses sujeitos e, dessa forma, todo o processo analítico circulava em torno dessa experiência numa tentativa de elaboração e reestruturação dos papéis familiares.

Entendendo que o abuso ocorre no contexto de uma relação afetiva entre o autor (geralmente o pai) e sua vítima (geralmente a filha) e, segundo Freud (1913), por se tratar de uma relação incestuosa, proibida, proibição essa transmitida de geração à geração, implicando com isso a culpabilização nas vítimas. A prática do abuso é realizada por alguém que a criança conhece, confia e ama, afinal ela é educada para desconfiar de estranhos, facilitando assim, o domínio perverso sobre a criança

Na grande maioria das vezes, o abuso acontece sob segredo, sem deixar marcas físicas, já que o abusador age sem violência, usando de sedução e ameaça, tornando a revelação mais perigosa que o próprio ato. Esse segredo tem como função manter a coesão familiar e proteger a família do julgamento de seu meio social, acarretando em uma grande confusão em relação aos papéis parentais - o pai deixa de desempenhar papel protetor e de representante da lei, e a mãe, por sua omissão, também deixa de protegê-la.

O fato da criança resistir pouco ao agressor, torna-a, com isto, segundo Lamoignon (1997), "uma presa ao sistema relacional patológico, adaptando-se a ele." O abusador quando percebe que a criança começa a entender essa relação como abusiva, inverte os papéis, culpando-a por aceitar seus carinhos. Com a evolução do abuso e a chegada da adolescência, o abusador torna-se cada vez mais violento e possessivo, por medo de que sua vítima o denuncie, ou que possa perdê-la para outros.

Por isso, quando da revelação, é essencial que aquele a quem a criança confiou possa sustentar sua palavra, dando-lhe credibilidade e reconhecimento do quanto ela é frágil em tal situação. Porém, se ela for ouvida de forma exageradamente dubitativa poderá, segundo Mazet (1997), "comprometer as chances de restaurar sua identidade já maltratada e reforçar as conseqüências do trauma." O risco é que ela não fale, que se feche em seu silêncio para grande alívio de todos; que não espere mais nenhuma ajuda, nenhum apoio do adulto, sobretudo porque já passou pela experiência do abuso de poder dos adultos, e da ausência de respeito por si. Em alguns casos de abuso contra a filha, quando da revelação, a mãe reage com ciúmes e a responsabiliza pelo ocorrido. A dificuldade da mãe em reconhecer o incesto, provém do seu reconhecimento no fracasso como mãe e esposa.

São formas doentias e pervertidas de violência e segundo Cohen & Gobbetti (1998), "a relação incestuosa é a perversão do papel de pai, mãe e filho; é o sintoma de uma família mal estruturada, portanto a patologia está na família e não na relação em si; não há apenas agressor e vítima, todos são agressores e vítimas, uns mais ativos e outros que observam passivamente."

Pfeiffer (2000) conclui que "o abuso sexual faz parte de um conjunto de rupturas de relacionamentos, em uma estrutura doente familiar, que vem do histórico de vida de cada membro dessa família, incluindo o agressor. Esse histórico pode determinar uma permissividade ao ato pela própria desvalorização da infância e adolescência como também do papel da mulher, mantendo, na maioria dos casos, uma cegueira e surdez coletiva dos apelos muitas vezes mudos das vítimas." Para Mazet (1997) há, na família, "a repetição de uma geração

<sup>1</sup> Mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal de São Paulo e Psicóloga do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: mtheresa@isaude.sp.gov.br

para outra, da situação de abusos sexuais. Existe uma verdadeira transmissão de tais fatos através de gerações.”

Mais do que a violência do ato sexual, no entendimento de Gabel (1997), “é a violência da situação de dominação – é o poder exercido pelo grande sobre o pequeno, baseado na confiança que o pequeno tem no grande” e, segundo Cohen (1998), “é a imposição da vontade sobre o outro, a qual a criança se submete.”

A verdadeira incidência do abuso sexual é desconhecida, acreditando-se ser uma das condições de maior subnotificação e subregistro em todo o mundo, pois é envolvido em um profundo pacto de silêncio, principal responsável pelo tímido número de denúncias.

Palusci (2006) considera que “o abuso é definido por meio de sinais indiretos da agressão psicológica, somado aos fatos relatados pela vítima ou por um adulto próximo.”

Os principais sinais considerados pelo autor como um alerta para uma avaliação mais ampla, são:

- curiosidade incomum sobre os genitais
- medo de ficar só com determinada pessoa
- mudança súbita emocional ou de comportamento
- abandono das antigas brincadeiras
- problemas de sono
- queixas somáticas
- choro fácil
- brincadeiras sexuais agressivas
- masturbação excessiva
- medo de ficar só
- problemas na escola
- hematomas
- lesões genitais e ou anais
- conhecimento sexual
- história de vitimização sexual por parte dos pais -sobreviventes do abuso, geralmente, repetem o ciclo de vitimização

Para Kaplan (1997) “crianças até 3 anos de idade tendem a não produzir uma recordação verbal de traumas ou de abusos passados, contudo suas experiências podem ser reproduzidas em seus jogos e fantasias.”

O abuso sexual afeta 15% dos 65 milhões de menores de 18 anos no Brasil. Dois terços das agressões são contra meninas. Cerca de 300 mil meninas são vítimas de incesto pai-filha todos os anos. Mais de 100 mil delas tentam o suicídio em decorrência desse fato. Acresça-se ainda a informação de que 100 crianças morrem por dia no Brasil, vítimas de maus-tratos, segundo o LACRI (1998).

Estudo financiado pela Organização Panamericana da Saúde (1994), chama a atenção de que somente 2% dos casos de abuso sexual contra crianças e

adolescentes dentro da família são denunciados à polícia, e, devido ao constrangimento causado pelo estupro e pelos abusos, os dados sobre esses crimes são mais difíceis de serem pesquisados, de acordo com o Ministério da Justiça/Pacto contra a Violência (2000).

Estudos (MOURA, 2005) apontam a formação dos profissionais de saúde, como uma das razões para o baixo índice de identificação. O pouco tempo que eles tem para atender os pacientes, o medo em ofender ao tocar no assunto, não dispor de recursos para oferecer às vítimas e acreditar que não faz parte de sua atribuição abordar o assunto, são outras razões apontadas.

Mas, o mais importante da denúncia é que quando uma família falha no processo de instauração da lei que proíbe o incesto, um outro agente externo deve cumprir esta função. Revelar a violência é o primeiro passo para cessar o abuso, pois, segundo a teoria psicanalítica, seria uma forma simbólica da castração que não ocorreu na relação parental, fazendo a ruptura do equilíbrio doméstico que as pessoas se impõem, em uma distorção relacional, denominada família incestuosa.

A procura aos profissionais de Saúde Mental, para o tratamento de crianças vítimas de abuso, só ocorre quando da descoberta desse abuso. Os casos não descobertos em tempo hábil ficam sem tratamento adequado e, quiçá um dia, quando o sujeito abusado tiver oportunidade de atendimento por questões outras, o tema venha à tona, acrescido de todo o desgaste que o tempo sem tratamento provocou.

Resta a questão de como os profissionais da Saúde Mental podem alertar aos profissionais de outras áreas de Saúde, de que crianças de seu trato rotineiro possam estar sendo abusadas sexualmente, sem evidências claras? Existem dispositivos legais que permitem aos profissionais de saúde dar o passo inicial em situações de suspeita e posterior tratamento psicológico aos envolvidos, quando confirmado o caso. A intervenção acarretaria a possibilidade de um encaminhamento adequado, garantindo através de mecanismos jurídicos a proteção das vítimas, e a punição dos culpados.

Segundo o ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal nº 8068 de 13/07/1990, em seu artigo nº 245, “o médico e o responsável pelo estabelecimento de saúde têm o dever de denunciar os casos suspeitos ou confirmados de maus tratos praticados contra crianças e adolescentes que tenham conhecimento, fundamentando-se em evidências consistentes e sustentáveis.”

O Conselho Federal de Medicina em 1997, emite o parecer que “o médico tem o dever de comunicar às autoridades competentes os casos de abuso sexual e maus-tratos, configurando-se como justa causa a revelação do segredo profissional”.

Em 2000, é lançada a Lei Estadual 10.498/00, em São Paulo, que torna compulsória a notificação de maus tratos em crianças e adolescentes.

Em 2001, o Ministério da Saúde publica a portaria 1968 de 26/10/2001, que dispõe sobre a comunicação às autoridades competentes, de casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde, obrigando assim, a notificação pelo serviço de saúde, e permitindo o acompanhamento dos casos.

A necessidade e validade dessas medidas, explica-se não só para a proteção das crianças, como também para servir de profilaxia, pois nos casos em que o abuso é descoberto imediatamente após o ocorrido, a rede pública é capaz de oferecer medidas de proteção à gravidez indesejada, e prevenção ou tratamento precoce das Doenças Sexualmente Transmissíveis, até 72 horas após a ocorrência do abuso.

### Referências Bibliográficas

- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Portaria MS/GM nº737 de 16/05/2001.** Brasília. 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei 8069/90.** Brasília. 2003.
- COHEN, C. & GOBBETTI, G.J. "Abuso Sexual Intra-familiar". **Revista Brasileira de Ciências Criminais.** V.6, n.24, p.235-43. 1998.
- FREUD, S. "Totem e Tabú". **Obras Completas.** V. XIII. Rio de Janeiro. Imago. 1913.
- FURNISS, T. **Abuso Sexual da Criança. Uma Abordagem Multidisciplinar.** Porto Alegre. Artes Médicas. 1993.
- GABEL, M. **Crianças Vítimas de Abuso Sexual.** São Paulo. Summus. 1997.
- GOBBETTI, G.J. **Incesto e Saúde Mental : Uma Compreensão Psicanalítica sobre a Dinâmica das Famílias Incestuosas.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da USP. São Paulo. 2000.
- KAPLAN, H. & SADOCK, B. & GREBB, J. "Problemas relacionados ao abuso ou negligência." In: Kaplan & Sadock. **Compêndio de Psiquiatria.** Porto Alegre. Artes Médicas. 1997.
- LAMOUR, M. "Os abusos Sexuais em Crianças Pequenas". **Crianças Vítimas de Abuso Sexual.** Org. Marceline Gabel. São Paulo. Summus. 1997.
- LARANJEIRA, R.A.P. **Abuso Sexual na Infância.** Monografia apresentada ao internato de Ginecologia na Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro. 2000.
- LERNER T. Tratamento em Situações de Abuso Sexual de Crianças e Adolescentes. **Jornal da Rede Saúde.** N. 22, Pgs. 15 e 16. 2000.
- MAZET, P. "Problemas Exemplares para a Psiquiatria da Criança e do Adolescente". **Crianças Vítimas de Abuso Sexual.** Org. Marceline Gabel. São Paulo. Summus. 1997.
- MOURA, A.T.M.S & REICHENHEIM, M.E. "Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde?". **Cadernos de Saúde Pública.** Vol 21, n.4. Rio de Janeiro. July/Aug.2005.
- PFEIFFER, L. & SALVAGNI, E. "Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência". **Jornal de Pediatria;** 81(5, supl):s197-s204. Rio de Janeiro. Nov.2005.
- PALUSCI, V.J. "Instrumentos de avaliação de abuso sexual em crianças." **Jornal de Pediatria.** 82(6):409-10. Rio de Janeiro. 2006.
- ROUYER, M. "As Crianças Vítimas, Conseqüências a Curto e Médio Prazo". **Crianças Vítimas de Abuso Sexual.** Org. Marceline Gabel. São Paulo. Summus. 1997.