

# O impasse na suspeita ou na confirmação de abuso sexual infantil: a necessidade de encontrar marcas físicas

*The dilemma of suspecting vs confirming child sex abuse: the need of finding physical evidence*

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

## Resumo

O presente artigo é um breve recorte de uma pesquisa mais ampla intitulada “Abuso sexual infantil intrafamiliar e a escuta dos pediatras”, realizada nas unidades básicas de saúde do município do Embu (SP) e em uma unidade de especialidades na cidade de São Paulo. O objetivo desta pesquisa foi apreender como os pediatras percebem e compreendem o abuso sexual contra a criança. Para este artigo será relatado e analisado, à luz da psicanálise, um dos eixos empíricos da pesquisa no que se refere à necessidade, relatada pelos pediatras, de encontrar marcas físicas para suspeitar, diagnosticar e notificar abuso sexual. Na análise dos resultados verifica-se que, apesar de a maioria dos pediatras entrevistados ter treinamento em abuso sexual infantil, questões pessoais, culturais e institucionais dificultam a prática. Observa-se, por fim, que há muito a fazer para que os profissionais de saúde sintam-se verdadeiramente capacitados para auxiliar no enfrentamento da violência contra as crianças.

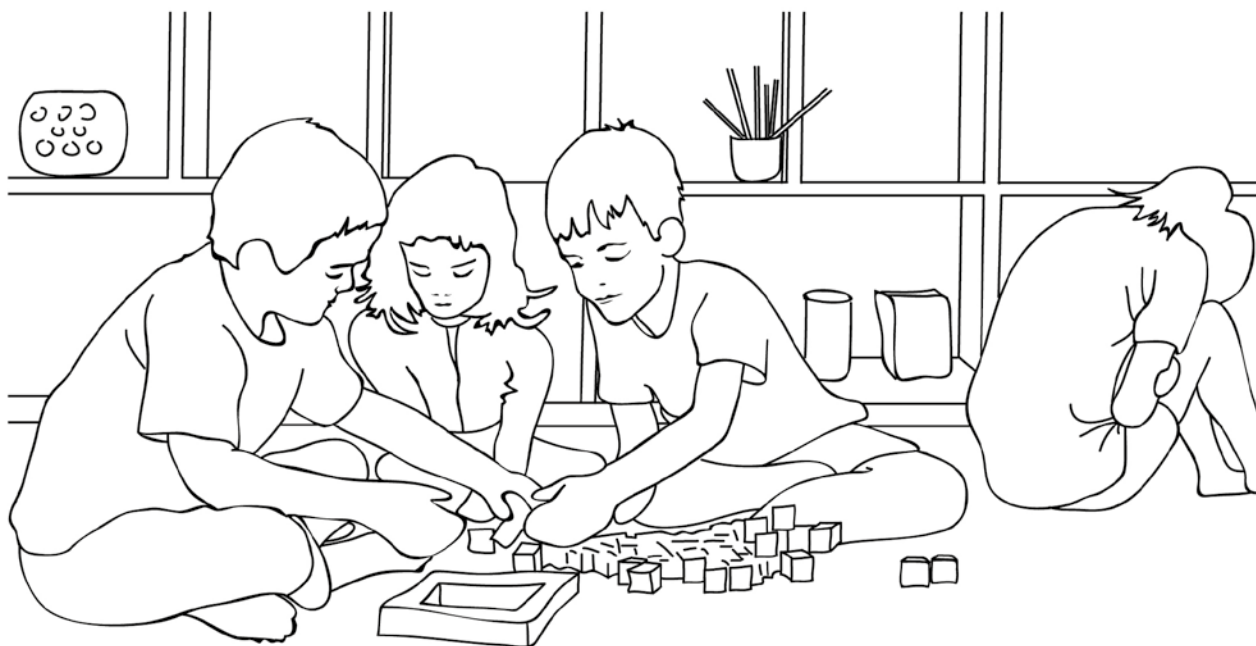
**Palavras-chave:** Abuso Sexual Infantil, Notificação de Abuso Sexual, Violência contra Crianças

## Abstract

This article is a brief passage of a much ample research entitled “Sexual child abuse within the family and the pediatricians ways of listening”, conducted at the health basic units in the county of Embu – SP, Brazil. The main goal of this research was to learn how the Pediatricians perceive and understand sexual abuse against children. For this article it will be reported and analyzed, in the light of psychoanalysis, one of the axes of the empirical research, regarding the need, reported by pediatricians, to find physical evidence on children in order to suspect, detect and report sexual abuse. When analyzing the findings, we conclude that although the majority of interviewed Pediatricians have former training in the subject of child sex abuse, personal, cultural and institutional questions still impair the practice of such trainings. We finally observe there is still much to be done in order to enable the health professionals to truly feel capable to assist in facing the violence against children head on.

**Keywords:** Sexual Child Abuse, Sexual Abuse Notification, Violence against Children

<sup>1</sup> Maria Theresa Bittencourt Pavão (mtheresa.sp@hotmail.com) é mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo, especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo e graduada em Psicologia pelo Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas. Atualmente é psicanalista no Hospital Ipiranga, da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo.



## Introdução

Este texto tem como base uma dissertação de mestrado<sup>16</sup> defendida em 2011, realizada em três Unidades Básicas de Saúde e na Secretaria Municipal de Saúde de Embu, na região metropolitana de São Paulo, e em um ambulatório de especialidades médicas da cidade de São Paulo, onde foram investigadas a percepção e a compreensão dos médicos pediatras em relação ao abuso sexual infantil.

Neste artigo, o objetivo é discutir a necessidade que os pediatras têm de encontrar marcas físicas nas crianças para suspeitar, diagnosticar e notificar o abuso sexual. À luz da psicanálise, apresentaremos a análise das narrativas realizadas com os entrevistados.

## Abuso sexual intrafamiliar

O abuso sexual intrafamiliar é um fenômeno universal que ocorre em todas as idades, etnias, classes sociais, religiões e culturas, principalmente o incestuoso, praticado por alguém que a criança conhece, ama e em quem confia, facilitando assim o domínio perverso<sup>7,8,9</sup>.

A verdadeira incidência é desconhecida, acreditando-se ser uma das condições de maior subnotificação e sub-registro em todo o mundo, pois é envolvida em um profundo pacto de silêncio familiar, principal responsável pelo tímido número de denúncias<sup>6,7</sup>.

Estudos apontam que as maiores vítimas de abuso sexual intrafamiliar são meninas e que os

abusadores são, em sua maioria, os pais biológicos, seguindo-se os padrastos<sup>2,19</sup>.

Ocorre abuso sexual intrafamiliar quando a criança é usada para satisfação sexual de um adulto ou adolescente mais velho, membro do grupo familiar, incluindo desde a prática de carícias, manipulação de genitálias, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia, exibicionismo, até o ato sexual, com ou sem penetração, sendo a violência sempre presumida em menores de 14 anos<sup>4,17</sup>.

O abuso acontece em segredo, imposto por violência, ameaças ou mesmo sem palavras, segredo que tem como função manter uma coesão familiar e proteger a família do julgamento de seu meio social. São formas doentias e pervertidas de relacionamentos, em que há a perversão dos papéis de pai, mãe e filho; é o sintoma de uma família mal-estruturada – todos são vítimas e agressores, havendo transmissão através de gerações<sup>5,12</sup>.

Há uma grande confusão na criança quanto aos papéis parentais – o pai deixa de ser o representante da lei e protetor e a mãe, por sua omissão, também deixa de protegê-la e sente ciúmes da filha, por ter sido trocada por ela.

Quando abusada sexualmente, a criança recebe um estímulo externo que não corresponde ao seu grau de evolução interna, impossibilitando assim uma integração física e psíquica daquilo que sofreu, podendo ocor-

rer um efeito traumático posterior, quando então o evento adquire sentido, sendo investido de uma dimensão traumática retardada, acarretando distúrbios da sexualidade e da parentalidade<sup>12,18</sup>.

A resistência da criança ao agressor é pouca, tornando-a uma presa ao sistema relacional patológico, adaptando-se a ele. Por isso, é essencial sustentar a palavra da criança e reconhecer o quanto ela é frágil em tal situação. Se ela for ouvida de forma exageradamente dubitativa, poderá comprometer as chances de restaurar sua identidade já maltratada e reforçar as consequências do trauma<sup>10,12</sup>.

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, com medo de que sua vítima o denuncie ou de perdê-la para outros<sup>10,12</sup>.

#### Do diagnóstico ou suspeita de abuso sexual à notificação

As crianças abusadas sexualmente não apresentam, na grande maioria dos casos, marcas em seu corpo que possam induzir ao diagnóstico clínico, mas podem apresentar sinais de alerta, como alterações de comportamento, indicativas de uma possível ocorrência de violência.

A atitude de suspeitar, por parte do pediatra, é o primeiro passo para a realização do diagnóstico diferencial. Não sendo possível um diagnóstico imediato, o acompanhamento da criança permite a efetivação de um diagnóstico mais seguro<sup>3</sup>.

Os principais sinais que podem ser considerados como um alerta para uma avaliação mais ampla são<sup>14</sup>:

- 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 e choro fácil;
  - queixas somáticas;
  - masturbação excessiva;
  - brincadeiras sexuais agressivas;
  - problemas na escola;
  - lesões genitais e/ou anais;
  - conhecimento sexual impróprio para a idade;
  - hematomas;
  - histórias de vitimização sexual por parte dos pais
- sobreviventes do abuso geralmente repetem o ciclo.

Espera-se que todo pediatra seja capaz de levantar a suspeita e considerar o risco de possível violência sofrida pela criança, chegando ao diagnóstico e à denúncia, de maneira que – sabendo da importância de sua intervenção como forma de prevenção ou interrupção do abuso – possa contribuir para desencadear o rompimento do pacto do silêncio que envolve a família<sup>16</sup>.

Os profissionais de saúde, em particular os pediatras, não conseguindo perceber esses sinais, subdiagnosticam essa ocorrência por uma série de razões, dentre elas desconhecimento sobre o assunto, falta de sensibilização e capacitação, auxiliando na manutenção do segredo familiar.

Na subnotificação dos casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes pela equipe de saúde, em especial pelos pediatras, estão envolvidas questões de ordem técnica (formação profissional e conhecimento), mas também questões de ordem psíquica, uma vez que se trata de um tema tabu, que não se resolve só com treinamentos e capacitações. Não se pode apontar apenas a deficiência da formação como responsável pela subnotificação, mas é preciso reconhecer o que é mobilizado internamente nesses profissionais quando estão diante dessas crianças ou desses adolescentes abusados.

A obrigatoriedade de denúncia e notificação, pelos profissionais da saúde, dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos foi inaugurada com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e deve ser feita ao Conselho Tutelar. Essas medidas são necessárias não só para a proteção das crianças, mas também como profilaxia, pois quando 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 (DSTs), até setenta e duas horas após o abuso<sup>13</sup>.

Diante disso, pensando em contribuir para minimizar esse problema, optamos por realizar um estudo, à luz da psicanálise, que possa dar pistas de como o profissional reage diante dessas situações e, a partir daí, colaborar para que os programas de capacitação e sensibilização para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes se tornem mais efetivos.

#### Metodologia

O estudo de campo foi realizado em dois municípios do estado de São Paulo:

- em um Núcleo de Gestão Assistencial do município de São Paulo: NGA39 Santa Cruz;
- em três unidades básicas de saúde do município de Embu, na região metropolitana de São Paulo: UBS Jardim Santa Emília, UBS Centro, UBS São Marcos e na Secretaria Municipal da Saúde.

Foram entrevistados dez médicos pediatras, sendo:

- sete mulheres e um homem no município de Embu;
- duas mulheres do município de São Paulo.

Optou-se pela modalidade estudo de caso detalhado<sup>21</sup>. A coleta dos dados foi feita no período de junho de 2009 a setembro de 2010, por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado, contemplando a percepção que os pediatras tinham sobre a eficácia da notificação como um meio de cessar o abuso sofrido pela criança.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP 0215/09) em 20 de março de 2009. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, exigido para as pesquisas com seres humanos, foi apresentado a todos(as) os(as) entrevistados(as) e assinado após todas as informações pertinentes.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e, em seguida, construídas as narrativas, para então serem construídos os eixos de análise.

### Análise dos resultados

Um dos eixos de análise encontrado, que apresentamos no presente artigo, foi a necessidade de encontrar marcas físicas para pensar em abuso sexual.

Nas entrevistas, verificou-se o quanto os pediatras estão presos à necessidade de observar uma marca física no corpo da criança para poderem suspeitar de uma situação de abuso sexual ou diagnosticá-la.

A dificuldade para suspeitar de abuso sexual por meio de sinais indiretos é também atribuída pelos pediatras ao pequeno tempo das consultas. Verificou-se, que mesmo insistindo na marca física, alguns dos entrevistados apontam outros meios mediante os quais a criança comunica – são os sinais indiretos:

[...] é difícil, uma pergunta difícil que você fez, é uma atitude que eu posso não estar tomando, é difícil... É difícil... No pronto-socorro, as coisas são mais... A pessoa está chegando no limite, no acontecido, na explosão da hora, mas numa consulta, no posto de rotina, é uma coisa mais difícil (Pe 2).

[...] eu não me sinto seguro quanto a isso, não; eu não me sinto seguro... Sem marca nenhuma, sem queixa da mãe, sem marca? (Pe 4)

[...] porque maus-tratos você vê fisicamente, é explícito, você não pode negligenciar isso, mas abuso sexual, será que foi? [...] Se não tem uma forte suspeita, uma coisa física ali, você fica: "será que foi?" (Pe 9)

[...] se a mãe não comentar isso, sem marca nenhuma, a gente não pensa nisso [...] primeiro precisaria que a... Precisaria... que tivesse algum indício, alguma desconfiança para poder pensar nisso, e aí tentar descobrir, porque não tem nada, e se a gente não desconfia de nada, a mãe não desconfia de nada, o médico não desconfia de nada (Pe 4).

[...] tem que ter uma lesão física, senão como que eu vou imaginar isso, como eu vou suspeitar? Pela história? As histórias? Como eu vou... Porque ou vai ter que trazer a queixa, ou tem que ter uma lesão física. Senão, como é que eu vou pensar nisso? (Pe 5)

[...] mesmo porque não é costume da gente examinar tanto assim, tão profundamente para descobrir isso, sem queixa, sem marca nenhuma, tem que examinar toda a criança de modo mais profundo, acho que não é o hábito normal (Pe 4).

[...] no ambulatório, para desconfiar, precisa a mãe reclamar ou puericultura, crianças que fazem a puericultura, que não é muito frequente (Pe 10).

Ainda que o pouco tempo da consulta possa ser um elemento que dificulte o diagnóstico, devem ser levadas em conta, na escuta, as palavras e queixas do paciente. Elas são como que subtraídas ao que foi trazido para o encontro médico-paciente. As palavras do médico, na medida em que transformam a história do indivíduo num mito morto, tornam inconsequente o depoimento do paciente, que procurará então exprimir-se no sintoma. O importante não é suprimir o sintoma, mas decifrá-lo, entender sua causa, entender o que a criança procura dizer, de maneira ruidosa, numa linguagem sem palavras ou numa linguagem alterada<sup>11</sup>.

O pediatra e outros profissionais estão habituados a ouvir queixas e relatos do responsável, geralmente mãe ou avó. No entanto, é preciso estar atento. O espaço da consulta é do cliente – criança ou adolescente – que

tem o direito à palavra. Ainda que pequena, a criança se comunica por gestos, olhares, reações de medo, empatia ou birra. Tudo que se passa durante a consulta são formas de comunicar – ou tentativa de esconder – algo que não vai bem no cotidiano.

O usuário sempre comparece a esse encontro movido por demandas mais ou menos explícitas, munido de seu corpo e sua singular subjetividade<sup>4</sup>.

### Considerações finais

Apesar de o abuso sexual em crianças e adolescentes ser de notificação compulsória no Brasil, as estimativas apontam que apenas 20% dos casos são registrados, o que dificulta traçar um perfil epidemiológico para que ações de prevenção e tratamento sejam realizadas.

Os pediatras entrevistados afirmaram que não podem desconfiar de que uma criança esteja sendo abusada sexualmente quando não percebem uma marca física. É interessante observar que esse tipo de afirmação foi recolhido em um conjunto de profissionais que está recebendo, há algum tempo, capacitação em atendimento de crianças abusadas sexualmente. Os oito pediatras do município de Embu frequentam reuniões em que esse tema é exaustivamente abordado; entretanto, eles referem a dificuldade aqui citada.

A criança abusada tem acesso ao seu corpo erógeno, através da báscula entre sofrimento/prazer e dor/satisfação. Ela pode reencontrar no abusador o sinal do amor e/ou da dor.

Dessa forma, a criança abusada apresenta-se na consulta pediátrica apenas com seu corpo erógeno, marcado pelo abuso, que se reflete nas relações por ela vividas, inclusive com o médico, e isto pode não ser percebido se o médico estiver atento apenas à queixa somática.

A demanda dirigida ao corpo médico sustenta-se sobre um sintoma como sinal de uma doença que espera ser autenticada pelo saber da medicina. Logo, a partir da queixa do paciente, cabe ao médico dar um significado a esse sintoma, que determinará o tratamento a ser feito. A definição, segundo a qual saúde é o silêncio dos órgãos, mantém uma forte relação com o outro do controle que, por meio de um código de ética, orienta uma terapêutica que tem por objetivo tanto o bem-estar como a remissão dos sintomas e, por fim, a cura<sup>20</sup>.

A clínica médica trata o sintoma como um sinal que precisa ser interpretado, decifrado e classificado pelo médico<sup>20</sup>.

Importante também é considerar que as consultas médicas, principalmente no setor público, obedecem à lógica de metas de produção, o que impossibilita um atendimento integral à saúde dos pacientes. Esta pesquisa demonstrou que, para um olhar e escuta das queixas não faladas dos pacientes, é fundamental um tempo maior na consulta e a possibilidade de os profissionais acompanharem as crianças em consultas mais constantes, diferente do que hoje é observado.

Por se tratar de uma questão delicada, que envolve tabus, dinâmica familiar e sexualidade, esse tema não faz parte das discussões da população em geral e, particularmente, entre os profissionais de saúde, e quando existe, é nos treinamentos e capacitações.

Para que a suspeita de abuso sexual contra crianças passe a fazer parte do rol de hipóteses diagnósticas do pediatra, deve-se tratar essa questão como algo real, que existe, que é um fato, tal como tantos outros males a que as crianças estão sujeitas no cotidiano de suas vidas.

Só haverá contribuição na medida em que o pediatra, após entrar em contato com os sentimentos conflitantes suscitados pela questão, possa afastar-se deles, considerando devidamente a qualidade traumática da situação, para encarar o abuso como um acontecimento factível.

## Referências

1. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência – ABRAPIA. Relatório de abuso sexual: período 01 de janeiro de 2000 a 31 de janeiro de 2003 [monografia na internet]. Rio de Janeiro; 2003 [acesso 2 mar 2013]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Abuso\\_Sexual\\_mitos\\_realidade.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Abuso_Sexual_mitos_realidade.pdf)
2. Andrews G, Corry J, Slade T, Issakidis C, Swanston H. Child sexual abuse. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva: WHO; 2004. v.2, cap. 23, p.1851-1940.
3. Bourroul MLM, Rea MF. Tratando-se de violência. *BIS-Boletim do Instituto de Saúde*. 2004; 33: 19-20.
4. Campos RO. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2005; 10 (3): 573-83.
5. Cohen C, Gobbetti GJ. Abuso sexual intrafamiliar. *Rev Brasil Ciências Criminais*. 1998; 6(24): 235-43.
6. Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10 (supl. 1): 177-187.
7. Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques JA, Fernandes CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *J. Pediatr*. 2001;77(5):413-419.
8. Furniss T. Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
9. Gabel M. Crianças vítimas de abuso sexual. São Paulo: Summus; 1997.
10. Lamour M. Os abusos sexuais em crianças pequenas. In: Gabel M, organizador. Crianças vítimas de abuso sexual. São Paulo: Summus; 1997.
11. Mannoni M. Educação impossível. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1988.
12. Mazet P, organizador. Crianças vítimas de abuso sexual. São Paulo: Summus; 1997. Problemas exemplares para a psiquiatria da criança e do adolescente; cap.6, 202-210.
13. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 2.ed.atual. ampl. Brasília, DF; 2005.
14. Palusci VJ. Instrumentos de avaliação de abuso sexual em crianças. *J Pediatr*. 2006; 82(6): 409-10.
15. Pavão MTB. Abuso sexual infantil intrafamiliar e a escola dos pediatras [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2011.
16. Pfeiffer L, Salvagni E. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J Pediatr*. 2005; 81(supl. 5): 197-204.
17. Renshaw DC. Incesto: compreensão e tratamento. São Paulo: Roca; 1984.
18. Rouyer M. As crianças vítimas, conseqüências a curto e médio prazo. In: Gabel M, organizador. Crianças vítimas de abuso sexual. São Paulo: Summus; 1997.
19. Saffioti HIB. No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil atual. In: Madeira FR, organizador. Quem mandou nascer mulher? São Paulo: Rosa dos Tempos; 1997.
20. Sarno L, Fernandes A. Psicanálise e hospital geral: limites e possibilidades. *Cogito [periódico na internet]*. 2004 [acesso 11 mar 2013]; (6): 151-153. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-94792004000100034](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792004000100034)
21. Van Velsen J. A análise situacional e o método de estudo de caso detalhado. In: Feldman-Bianco B. Antropologia das sociedades contemporâneas. São Paulo: Global; 1987.