

ABUSO SEXUAL: SUGESTÕES E ORIENTAÇÕES JURÍDICAS, MÉDICAS E PSICOLÓGICAS

MAIRA GRINBLAT

Advogada em Porto Alegre

MARCELO DIOGO MARTINS

Médico ginecologista, coordenador do Pró-Jovem — Ambulatório
de Adolescentes ISCMPA

MARLI KATH SATTLER

Psicóloga da equipe de coordenação do DOMUS — Centro de terapia de casal
e família, professora da PUCRS

RENATO MAIATO CAMINHA

Psicólogo clínico

RENATO ZAMORA FLORES

Médico geneticista e professor da UFRGS

1. Introdução — 2. Definições — 3. Considerações acerca dos crimes sexuais no Direito Penal brasileiro — 4. Diagnóstico clínico do abuso sexual — 5. Diagnóstico psicológico do abuso sexual — 6. As conseqüências psicológicas dos abusos — 7. Tratamento clínico — 8. Tratamento em grupo — 9. Tratamento familiar — 10. Conclusão.

1. INTRODUÇÃO

Evidências de abusos e maus tratos de crianças são conhecidos desde a muito tempo e de todas partes do mundo, do Velho Testamento (O sacrifício de Abraão), as sociedades primitivas contemporâneas, e algumas não tão primitivas assim, onde maus tratos de crianças ou infanticídios são aceitos em situações determinadas, econômicas ou religiosamente.¹

Atualmente, nos Estados Unidos, há cerca de 2 milhões e 400 mil denúncias de abusos de crianças e adolescentes por ano, dos quais 200 a 300 mil, de abusos sexuais, com mais de 4.000 mortes por ano.²

A humanidade experimentou, nos últimos 200 anos, mudanças sociais e familiares maiores e mais profundas do que viveria em períodos anteriores. Campos tradicionais da cultura, como o social, o econômico, o legal e o médico sofreram transformações.

Estas transformações exigem que os profissionais destas áreas se reorganizem, a fim de corresponder a esta nova demanda.

Um fenômeno que, apesar de não ser novo, vem pressionando de forma alarmante vários grupos de profissionais: os abusos sexuais. Agentes das áreas de saúde, social e legal, vem se defrontando cada vez mais com questões decorrentes desta forma de violência, que causa um profundo mal-estar e torna necessária a formação de parâmetros e orientações especializadas para uma ação eficiente.

Em face desta demanda crescente e da dificuldade de lidar-se com este assunto e, ainda, do número muito grande de profissões envolvidas no adequado atendimento desta problemática, o presente artigo sugere uma discussão e revisão nas definições e nos critérios de diagnóstico e propõe abordagens e tratamentos para pacientes, familiares e agressores.

2. DEFINIÇÕES

Abuso é um termo usado para definir uma forma de maus tratos de crianças e adolescentes, com violência física e psicológica associada, geralmente repetitivo e intencional e, por isso, praticado, mais freqüentemente, por familiares ou responsáveis pelo(a) jovem.^{3, 4} A origem deste conceito remonta a meados do século passado, com a descoberta da violência contra crianças e adolescentes nas grandes cidades.⁵

Abuso sexual então, pode ser definido como, o envolvimento de crianças e adolescentes, em processo de desenvolvimento, em atividades sexuais que não compreendem em sua totalidade, para os quais não estão aptos a concordarem e que violam as regras sociais e familiares de nossa cultura.⁶

Esta caracterização inclui basicamente três grupos de situações: a) história de agressão sexual com violência física na qual o(a) jovem é vítima e/ou b) interação ou contato sexual (como toques, relações sexuais, exibicionismo, voyerismo etc.) entre uma criança e outra pessoa de qualquer idade, em que a participação tenha sido obtida por meios desonestos, como ameaças, coerção moral, mentiras, deturpações de padrões morais e táticas similares e/ou c) contato ou interação sexual entre criança ou adolescente e adulto, mesmo com a cooperação voluntária, em situações definidas por lei ou costumes como crime, devido a presunção da imaturidade do(a) jovem e de responsabilidade do adulto.⁷

Incesto é, em termos estritamente antropológicos, o contato sexual ou matrimônio entre parentes muito próximos, proibido em algumas sociedades e condenado, em graus variados, em muitas delas.⁸ Entretanto, em nossa cultura, incesto é um dos abusos sexuais mais freqüentes e que apresentam conseqüências mais danosas às vítimas.

Uma boa definição operacional é dada por Forward e Buck: Incesto é qualquer contato abertamente sexual entre pessoas que tenham um grau de parentesco ou que acreditem tê-lo. Isto inclui padrastos, madrastas,

tutor, meio-irmãs, avós e até namorados ou companheiros que morem junto com o pai ou a mãe, caso eles assumam o papel de pais. Se a confiança especial que existe entre a criança e o parente ou uma figura de pai e mãe for violada por qualquer ato de exploração sexual, trata-se de incesto.⁹

3. CONSIDERAÇÕES ACERCA DOS CRIMES SEXUAIS NO DIREITO PENAL BRASILEIRO

Os crimes sexuais estão, no direito penal brasileiro, capitulados entre os “crimes contra os costumes”. O estereótipo “costumes” empregado pela lei vigente significa a moral pública sexual. Assim, o bem jurídico tutelado é a moralidade pública e, mais especificamente, a liberdade sexual dos indivíduos. Esta visão da lei penal, que data de 1940, é claramente ultrapassada e ineficiente quando comparada, p. ex., com a americana¹⁰ ou a inglesa.¹¹ Vejamos.

O estupro, primeiro dos crimes contra a liberdade sexual, é definido no art. 213 do CP, alterado em relação à pena, pelo art. 5.º da Lei 8.072/90: “Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça. Pena — reclusão, de 6 a 10 anos”. Tal lei definiu o estupro como crime hediondo. Assim, o agressor não pode ser beneficiado com a anistia, com a graça ou indulto (causas da extinção da punibilidade), não tem direito à fiança e à liberdade provisória, deverá cumprir a pena integralmente em regime fechado, sua prisão temporária pode durar 30 dias, prazo prorrogável por igual período em caso de extrema e comprovada necessidade.

A lei protege a liberdade sexual da mulher, mas não parece perceber o fenômeno como um todo. Por exemplo, conjunção carnal, entendida como cópula vaginal, consumada (introdução completa ou incompleta do pênis) ou não, é uma questão de importância secundária tanto para a avaliação do dano ou trauma sofrido pela vítima, como para identificação da psicopatologia do agressor, como se verá mais adiante.

Outro aspecto pitoresco do conceito jurídico de estupro é abarcar o uso de grave ameaça ou violência, já que, por definição técnica, sempre haverá alguma forma de coação ou constrangimento, independente da existência de violência ou ameaça explícitas. Por exemplo, um adulto pode exigir que uma adolescente (maior de 14 anos), sob sua responsabilidade, pratique ato sexual, sem ameaça ou violência, usando apenas do poder e da autoridade que a norma social lhe confere.

A violência prevista no citado art. 213 do CP pode ser real ou presumida. A violência real compreende o uso concreto de forças físicas ou agressões à integridade da vítima. A violência presumida tem uma definição operacional bastante vaga, que cria problemas na interpretação dos casos, como se verá adiante. A presunção de violência, conforme preceitua o art. 224 do CP, existe sempre que a vítima tiver 1) menos de 14 anos, 2) for alienada ou débil mental e o agente conhecer esta circunstância e 3) e a vítima não puder, por qualquer causa, oferecer

resistência. Note-se que esta terminologia pseudomédica é arcaica e ineficiente. Além disso, esta presunção não compreende a realidade de muitos casos.

A grave ameaça, por sua vez, deve ser, necessariamente, grave, como, p. ex., ameaça de morte, de perda dos meios de subsistência ou revelação de fato criminoso ou desonroso. Na prática, entretanto, qualquer adulto sabe como atemorizar um menor com ameaças muito mais fantásticas do que reais, que não são contempladas pela lei.

Enquanto a presença de violência física, em um caso de abuso sexual, tenha um efeito claro no agravamento de seu impacto,¹² apenas 1/4 a 1/3 de pacientes psiquiátricos vítimas de abusos sexuais referem o uso de violência por parte do agressor.^{13, 14} Convém notar que crianças apresentam uma tendência inata a obedecer e assimilar orientações e comportamentos dos adultos,¹⁵ não sendo necessário, em muitos casos, mais do que ordenar à vítima que se comporte do modo desejado.

Posto isso, a questão juridicamente polêmica de quanta resistência a vítima apresentou, é completamente destituída de sentido, uma vez que pode haver até concordância da vítima ou mesmo uma atitude positiva em relação ao abuso, apenas por psicopatologia decorrente de abusos anteriores ou das técnicas de persuasão usadas pelo agressor.^{7 a 16}

Outro tipo de coito, o anal ou qualquer outro ato libidinoso diverso da conjunção carnal, se praticado mediante violência física ou grave ameaça, constituirá atentado violento ao pudor. Nesta categoria, sem qualquer motivo lógico aparente, estão enquadradas as violações sexuais contra meninos, vez que, no crime de estupro, só a mulher pode ser a vítima.

O crime de atentado violento ao pudor está definido no art. 214 do CP, com a pena alterada pelo art. 6.º da Lei 8.072, de 25.7.90: “Constranger alguém mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal — Pena: reclusão, de seis a dez anos”.

Na prática, não só dos casos de abusos como da vida sexual da humanidade, é virtualmente impossível identificar o limite entre a “conjunção carnal” e outros tipos de “coitos ou atos libidinosos”.

É importante notar que o legislador identifica inúmeras variantes de abusos sexuais, igualmente traumáticos, física e psicologicamente à vítima, como formas mais “brandas”.

Art. 215 do CP. “Ter conjunção carnal com mulher honesta, mediante fraude”. Pena — reclusão de 1 a 3 anos. Chamado de “estelionato sexual” pela doutrina.

Art. 216. “Induzir mulher honesta, mediante fraude, a praticar ou permitir que com ela se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal. Pena: reclusão de 1 a 2 anos. Se a ofendida é menor de 18 e maior de 14, a pena é de 2 a 4 anos”. Apesar de não estarem incluídos no capítulo referente aos crimes contra a liberdade sexual (parte especial, Tít. VI, cap. I) os seguintes artigos (cap. II) são também pertinentes ao problema.

Art. 217. "Seduzir mulher virgem menor de 18 e maior de 14, e ter com ela conjunção carnal, aproveitando-se de sua inexperiência ou justificável confiança. Pena: 2 a 4 anos".

Art. 218. "Corromper ou facilitar a corrupção de pessoa maior que 14 e menor de 18 anos, praticando ato de libidinagem, ou induzindo-a a praticá-lo ou presenciá-lo". Pena: 1 a 4 anos.

O incesto não é considerado crime autônomo, mas um agravante de crime sexual. O art. 226 do CP estabelece aumento de 1/4 de pena nesses casos. Entretanto, independente de sua criminalização ou não, devido às peculiaridades das relações sexuais entre membros da família nuclear, estes casos requerem uma intervenção médico-psicológica diferenciada, devido aos danos psicológicos graves que costumam decorrer deste tipo de abuso.

De modo geral, o que se pode notar, além de uma terminologia política e socialmente incorreta, é que não há nenhuma correlação entre a pena e o dano causado à vítima, já que quaisquer dos artigos do Código Penal citados acima podem ter conseqüências tão traumáticas como aqueles crimes com penas maiores já comentados.

Todos os crimes sexuais têm somente penas de reclusão, em especial o estupro e o atentado violento ao pudor, que foram considerados crimes hediondos e estão incluídos na Lei 8.072, de 25.7.90. Parece haver, mesmo contemporaneamente, um profundo conhecimento do legislador sobre as causas e motivações dos agressores sexuais. Ainda que a medicina e a psicologia ainda não disponham de tratamento para alguns tipos de pedofílicos ou indivíduos com anomalias na estrutura do superego,¹⁰ não restam dúvidas sobre a psicopatologia inerente aos agressores sexuais.^{17 a 19} Assim, é fundamental que a lei possa admitir que pessoas doentes possam ter acesso a atendimento especializado e não encarceradas, como sugere Satler²⁰ e Chaffin.²¹

Talvez os aspectos mais aberrantes, cruéis e preconceituosos da legislação e da jurisprudência sobre abusos sexuais podem ser encontrados na configuração ou não da presunção de violências. Aqui as manifestações jurisprudenciais, com uma conotação claramente machista, extrapolam qualquer regra de bom-senso. Por exemplo: não se caracteriza presunção de violência se a menor de 14 anos se mostra experiente em matéria sexual (RT 564/378 e 542/322) e se é prostituta de portas abertas ou de corrupção notória (RT 407/102 e 506/335), ou se o agressor conseguir provar que não se deu conta que a vítima era deficiente mental. Entretanto, se a menina for fácil e namoradeira, leviana ou se apresentar liberdade de costumes, pode ser mantida a presunção de violência (RT 446/350, 482/319, e 444/295, respectivamente).

Nesta mesma linha de raciocínio *non sense*, a pena do abusador se extingue caso a vítima se case com ele ou com terceiros, se o delito for cometido sem violência real ou grave ameaça (CP, art. 107, VII e VIII). Artigos minúsculos!

A característica principal do sistema jurídico brasileiro sobre violência sexual é de um profundo desinteresse pela vítima. Em relação a este aspecto, Fernandes e Marques²² fazem algumas observações e sugestões.

Na primeira fase de investigação, vários aspectos devem ser levados em consideração: a) crédito ao relato da vítima; b) colheita de indícios e provas para a comprovação do fato; c) proteção a ser fornecida à vítima; d) prisão do suspeito durante a fase do inquérito.

Nem sempre os sinais de violência deixados pelo crime de estupro estão presentes, em razão do desaparecimento dos vestígios de eventuais agressões ou porque o fato foi praticado mediante grave ameaça. A maior parte das vítimas relata que os delegados de polícia não acreditam na versão apresentada por elas.

Réu que evidencia vícios de embriaguez, tóxicos, que bate na esposa e filhos, desempregado etc., é o tipo que normalmente é condenado. Por outro lado, aquele que não bebe, é carinhoso, bom pai, calmo, trabalhador etc., possui maiores possibilidades de absolvição. Esta diferença não apresenta qualquer embasamento científico, pois, como esclarece Caprio,²³ as estatísticas provam que nos históricos de famílias de muitos delinquentes sexuais há ausência de qualquer desajustamento sexual e muitos deles ocupam posições de responsabilidade e vêm de famílias altamente educadas e respeitadas. Eles são normais sob muitos outros aspectos, mas incapazes de controlar certos impulsos irresistíveis.

Um dos momentos mais importantes da prova é o depoimento da vítima, já que quase sempre o fato ocorreu às escondidas. As testemunhas limitam-se a relatar como encontraram a vítima após o fato, seu estado físico/emocional etc.

O juiz levará em conta a firmeza e a coerência do depoimento.

Os juízes costumam levar em conta o comportamento da vítima anterior à época do crime, tornando-se difícil a condenação se a mulher tinha procedimento irregular, p. ex. Contudo, a conduta da vítima a ser avaliada no julgamento, nos termos do art. 59, refere-se ao momento do crime, e, não às qualidades pessoais da ofendida.

Assim, considerando a falta de clareza dos textos legais e as necessidades dos profissionais da área judicial de regras e padrões objetivos, para a avaliação de vítimas e agressões sexuais, faz-se necessário algumas definições e orientações de procedimentos.

É indiscutível que a primeira medida a ser tomada, em caso de denúncia de abuso sexual, é a proteção da vítima. Para tal, tem-se dois caminhos: a reclusão do abusador ou o afastamento da vítima.

A reclusão do abusador faz cessar imediatamente a possibilidade de ocorrer a situação de abuso, o que é desagradável. Entretanto, o que se observa é que esta medida tomada isoladamente resulta em uma proteção temporária apenas, uma vez que, em muitos casos, o abusador volta a conviver com a família após a reclusão. Permanece, portanto, a possibilidade de o abuso voltar a ocorrer com a mesma criança ou com outras, pelo

fato de a família não ter modificado sua forma de interação disfuncional. Além disso, essa interação invasora, que caracteriza famílias incestuosas, que não oferece proteção a seus membros, está agora acrescida da raiva e ressentimento do abusador, por ter sido denunciado e preso.

O segundo recurso possível, o de afastar a criança abusada, provoca nesta o sentimento de punição e abandono, uma vez que ela fica distante de sua família (que por mais caótica que seja, é seu ponto de referência) e perde toda a rotina relacionada com seu lar, amigos etc. Além disso, existe uma tendência da família em responsabilizar a criança pelo ocorrido, e seu afastamento pode reforçar este sentimento de que agora os outros membros podem retomar a vida normal, uma vez que o "elemento mau" se foi. Esta situação dificulta o retorno ao lar dessa criança.

Portanto, o afastamento da criança abusada, também oferece ressalvas e dificulta a reorganização da família que vivencia esta situação. Além de estimular a divisão entre culpados e vítimas, desencadeia ressentimentos na família, que culpa a criança pela situação desagradável que a denúncia provoca, tanto ao nível emocional quanto econômico, pois a reclusão do abusador interfere, também, diretamente na fonte de renda familiar. Ao mencionar o abuso para alguém ou confirmá-lo quando outras pessoas suspeitam de algo, a criança pretendia apenas parar com esta situação, sem a intenção de desestabilizar toda a família.

4. DIAGNÓSTICO CLÍNICO DO ABUSO SEXUAL

O desenvolvimento físico do indivíduo ocorre de forma contínua e gradual até a puberdade, quando a unidade hipotálamo hipofisária é ativada e a secreção dos esteróides sexuais são produzidos pelos testículos e ovários.

As diferenças individuais, as condições socioeconômicas e culturais e o estado do desenvolvimento sexual fazem com que o exame físico seja muito prejudicado. O tempo entre a ocorrência do abuso e o exame também pode ser fundamental no resultado da avaliação.

Emans e Colls,²⁴ referem que 2/3 dos garotos sexualmente molestados tinham exame genital normal.

Muran,²⁵ em 31 casos confessados de abuso, dos quais em 18 deles houve admissão de penetração, encontrou em 11 dos 18 achados específicos compatíveis (61%); 2 das 18 genitálias normais (11, 11%), e achados inespecíficos em 5 (27, 77%). Nos 13 casos em que foi negada a penetração foram encontrados achados específicos em 3 (23%).

O mesmo Muran sugeriu uma classificação de genitália (1988).²⁶

Categoria 1: Normal. Não confirma história do abuso.

Categoria 2: Achados inespecíficos. Anormalidades na genitália que poderiam ter sido causadas por abuso sexual mas que também podem ser encontrados em pacientes que não foram vítimas de abuso. Se encontram

nesta categoria hiperemia da genitália externa, aumento da vascularização do vestíbulo e mucosa vaginal, presença de secreção purulenta na vagina, pequenas fissuras e lacerações na pele da furcula posterior e aglutinação dos lábios menores. Estes achados também podem ser causados por má higiene e infecções inespecíficas.

Categoria 3: Achados específicos. Presença de uma ou mais anormalidades, fortemente sugestivas de abuso sexual, lacerações recentes ou cicatrizadas do hímem ou mucosa vaginal, alargamento da abertura himenal de 1cm ou mais, proctopisiotomia e lesões na pele sugestivas de dentes ou queimaduras. Nesta categoria se incluem pacientes com diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis.

Categoria 4: Presença de esperma.

No estudo de Kanda²⁷ fica bem caracterizada a necessidade de serem usados procedimentos como colposcopia, vaginoscopia, penoscopia, pesquisa de sêmen, fosfatase ácida e exames para pesquisa de gestação e doenças sexualmente transmissíveis são atualmente fundamentais para uma acurada avaliação. Muitas vezes Retosigmoidoscópio completa exame de sexo anal, bem como a coleta de material para diagnóstico de Erofaringe e ânus é fundamental para pacientes que estiverem desacordados quando da agressão.

5. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO DO ABUSO SEXUAL

O diagnóstico psicológico do abuso sexual, independente do exame de conjunção carnal, é hoje uma realidade científica ainda desconhecida de importantes segmentos sociais e da ciência.

Segundo dados do American Child Abuse Program Report (1987), apenas 24% dos pacientes tinham danos físicos positivos. Logo, se para diagnosticarmos abuso sexual dependêssemos apenas da avaliação ginecológica, certamente as estatísticas estariam muito além do que hoje se têm notícia. Azevedo & Guerra aponta que 20% da população feminina foi sexualmente abusada na infância/adolescência.²⁸

O modelo diagnóstico utilizado no ambulatório de adolescentes Pró-Jovem — Sta. Casa de Poá, desenvolvido por Caminha e Flores (1993),²⁹ tenta mostrar uma nova abordagem jurídica do assunto. Com base no parecer positivo da avaliação diagnóstico-psicológica do abuso sexual, foi elaborado um laudo, com desenhos anexos, a pedido da Coordenadoria das Promotorias Criminais de Porto Alegre, ocorrendo com base no parecer presente no laudo, decretação da prisão preventiva do agressor e, posteriormente, negado o pedido de relaxamento da prisão. O diagnóstico baseia-se na análise das seguintes variáveis:

1. Entrevista com paciente: busca o relato do abuso, excluindo-se que o paciente tinha grave deficiência mental ou grave transtorno psicopatológico.

2. Entrevista com familiar: investiga fatores de risco da dinâmica familiar, detecta comportamentos que predisponham seus membros a novos abusos, identifica anomalias na estrutura que levem ao incesto e também confirmam informações sobre a coerência da história de abuso.

3. TEPT (Transtorno de Estresse Pós-Traumático): investiga a sintomatologia do paciente visando ao diagnóstico do TEPT, que tem como um dos fatores desencadeantes o abuso sexual.

4. Alterações comportamentais: busca-se investigar se as alterações de comportamento do paciente são compatíveis com o que aponta a literatura em vítimas de abuso sexual.

5. Análise do desenho infantil: busca-se identificar no desenho ou outra produção gráfica a situação complexiva psíquica do paciente.

Conforme a presença ou não de informações sobre estas cinco variáveis, podemos chegar ao seguinte esquema:

— Ausência das variáveis analisadas — *Diagnóstico inconclusivo*.

— Apenas a variável 1 — *Diagnóstico positivo específico*: evidência significativa, comprovada e sustentada em literatura científica aponta para a posituação do diagnóstico de abuso sexual, embora a variável apresente-se isolada do conjunto investigado.

— A variável 1 associada a mais uma ou duas variáveis — *Diagnóstico positivo conclusivo*: melhora o grau de embasamento da posituação do diagnóstico de abuso sexual com a presença de mais variáveis que solidificam o resultado; melhor cerceamento do fenômeno.

— A variável 1 associada a mais de três variáveis — *Diagnóstico positivo definitivo*: pela incidência do número de variáveis apresentadas o diagnóstico do abuso sexual está bem solidificado e com alto grau de respaldo científico.

6. AS CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS DOS ABUSOS

Estudos realizados na Europa e Estados Unidos revelam que 30% das crianças sofrem abuso sexual na infância. Dentre esses, em torno de 75% são cometidos por algum membro da família ou alguém que a criança conhece bem e confia.³⁰ Em Porto Alegre, os dados encontrados junto ao Juizado de Menores e ao SOS revelam um índice de apenas 1 a 2% de ocorrências tendo como denúncia o abuso sexual.³¹ Esses dados, entretanto, são contestados pelos próprios pesquisadores, que sugerem que estes números são subestimados, em vista de outras amostras levantadas. Como exemplo, em outro estudo, de 12 adolescentes gestantes, vítimas de abuso, 10 (83%) tinham um membro da família como agressor.³²

Os dados mostram, também, que mais do que sob forma de molestação violenta, em sua maior parte, o abuso se mantém por vários anos e inicia em crianças menores de 10 anos, geralmente em meio a um clima de privilégios especiais e jogos, progredindo para o coito propriamente dito.

É freqüente que várias crianças da mesma família sejam molestadas. Poucos casos foram encontrados com vários filhos abusados ao mesmo tempo. O mais usual é ocorrer uma seqüência por idade, onde a medida que as crianças vão crescendo, vão cedendo lugar às mais novas.³⁰

Mesmo que a vivência do abuso não ocorra em clima de violência, é uma experiência bastante dolorosa e desorganizante, pois há uma quebra na confiança básica da criança com relação a seus pais, o que resulta na desilusão e na incapacidade de confiar nas pessoas, e, em decorrência, em si mesma e em seu valor, fazendo com que se sinta só e vulnerável frente à vida.

O abuso sexual ocorre em qualquer classe socioeconômica,^{31, 32} não se caracterizando como um problema associado à classe baixa, como originalmente se pensava. Os abusos que ocorrem nas classes mais elevadas são apenas mais difíceis de serem detectados, em parte porque os profissionais tendem a não suspeitar de uma pessoa aparentemente responsável e socialmente proeminente.³³

7. TRATAMENTO CLÍNICO

A abordagem depende do tempo ocorrido entre a agressão e a consulta:

Se é antiga a agressão e não existem sintomas, espera-se o resultado dos exames laboratoriais para tratar o que for necessário.

Se é recente, usa-se o antibiótico profilático: ceftriaxone 250 mg IM dose única e doxyciclina, tetraciclina ou eritromicina por 7 dias.

Dependendo da idade, do período fértil e da possibilidade de uma gestação, deve-se usar a pílula do dia seguinte, que prevenirá uma agravante do abuso sexual, que é uma gestação conseqüente de um incesto e estupro.

Recomendamos o esquema de Yuspe, que usa 50 mg de etinilestradiol + 0,5 mg de norgestrel em 2C 12/12 horas. Tal associação é encontrada em alguns anticoncepcionais orais encontrados no mercado. Ex.: Anterfil, Primoular.

Por tudo isso é recomendável que vítimas de agressão sexual sejam encaminhadas dentro do menor espaço de tempo possível para assistência e não só para avaliação do ponto de vista legal (pericial).

8. TRATAMENTO EM GRUPO

Entre as formas de aproximação terapêutica para a assistência a vítimas de abusos, indica-se a grupoterapia, após a avaliação diagnóstica.

Os principais objetivos do grupo são:

— Evocar a cumplicidade dos componentes do grupo, possibilitando com isso que os participantes venham a saber que o ocorrido com cada uma delas não foi um fato isolado, embora o caráter agressivo e traumático.

Este fato ocorre na sociedade e precisa ser tratado e que os componentes do grupo junto com os terapeutas possibilitem a devida atenção ao material ali surgido.

— Trabalhar a culpa que o paciente que sofreu abuso sexual traz em si: culpa relativa a desagregação familiar, a punição do agressor, a de ter sido "permissiva" no abuso, a cumplicidade etc.

— Trabalhar a confiança, principalmente a dificuldade com as figuras masculinas.

— Trabalhar a perda da posse do corpo, violado pela agressão sexual, trabalhando aspectos relativos à recomposição da figura corporal, reintegração da auto-estima e imagem corporal violadas no abuso.

— Controlar possíveis novos ou reincidentes tentativas de abuso, além de características elucidativas, educativas e protetoras.

O grupo tem como terapeuta e co-terapeuta um homem e uma mulher.

9. TRATAMENTO FAMILIAR

As famílias incestuosas são severamente disfuncionais. Caracterizam-se pela falta de fronteiras entre seus membros, onde o sentido de individualidade e respeito à privacidade não existe, não havendo espaço para diferenças e discordâncias.

Embora o abuso pareça ser um segredo entre os dois membros da família envolvidos na relação, existe um acordo tácito, não expresso entre o pai e a mãe, de que a relação sexual ocorrerá entre o pai e a criança, e não mais entre o casal.³⁴

Ocorre, pois, uma aliança destrutiva entre os pais, onde a mãe, por sua falta de disponibilidade como mãe e como esposa, não impede a aproximação sexual do cônjuge junto aos seus filhos. Fica clara, portanto, a permissão passiva da mãe, para que um de seus filhos a substitua no papel sexual junto ao companheiro.³³

Entre as conseqüências a longo prazo, do abuso sexual na infância, pode-se citar: baixa auto-estima, incapacidade de confiar nas pessoas, depressão, sintomas psicossomáticos, uso de álcool ou drogas, incapacidade de formar vínculo sexual e marital satisfatório. Essa experiência na infância dificulta também a esta pessoa exercer o papel de pai ou mãe, tanto pela dificuldade em dar e receber amor, quanto pelo desconforto físico que permanece, contato esse que se faz necessário na criação de filhos, tanto nos cuidados quanto à higiene das crianças quanto ao cuidado afetivo.³⁰

Em decorrência, além de carentes, seus filhos são criados com poucas noções sobre o corpo e sobre sexualidade, tornando-se mais propensos a serem vítimas. Cria-se, assim, a perpetuação do ciclo abusivo dentro da família: crianças abusadas são filhos de pessoas que também o foram em sua infância. Além disso, tanto pessoas que cometem abuso, quanto as que o permitem, foram eles mesmos abusados, negligenciados e desprotegidos na infância.

10. CONCLUSÃO

Devido às conseqüências deletérias no desenvolvimento das crianças e adolescentes vítimas de abuso de repercussão amplamente documentada por profissionais da área clínica e pesquisadores, gostaríamos de salientar a importância de que as pessoas, envolvidas nesse tipo de problemática, recebam o tratamento a nível emocional, tanto individual e grupal quanto familiar. Além do aspecto de interromper a continuação dos casos já ocorridos e de suavizar os prejuízos decorrentes dessa vivência, este introduz um trabalho de prevenção importante, de ampla repercussão social, pois possibilita à família a quebra da engrenagem do ciclo abusivo, que manteve geração após geração ao longo dos anos.

Uma das dificuldades que se encontra no trabalho com famílias incestuosas é que estas são resistentes. Na maior parte dos casos, o abusador recusa-se a comparecer às entrevistas. Em alguns casos, a denúncia é feita por outros membros da família, e a mãe opta por entregar a criança e permanecer com o companheiro. O mais freqüente é a pessoa que ofereceu apoio inicial à criança desistir do tratamento e desaparecer do trabalho de suporte que as instituições oferecem, inclusive a nível primário de ginecologia.

A interação severamente disfuncional da família incestuosa, o uso da negação dos sentimentos, a incapacidade de oferecer proteção a seus membros, com pouco respeito à privacidade e atenção às necessidades individuais, explicam sua dificuldade em manter-se e de manter seus membros em tratamento. Esta dificuldade associada às considerações já levantadas relativas às falhas do procedimento tradicional de proteção à criança abusada, além da repercussão tanto a nível emocional quanto econômico que este procedimento aciona, levam-nos a propor um trabalho integrado entre o sistema legal e o suporte psicoterápico.

Nossa proposta é de que, a exemplo de outros países, a prisão do abusador seja acompanhada por tratamento mediante determinação judicial ou até substituída em casos de prognóstico satisfatório.

Espera-se também redefinições de conceitos e abordagens, reorientação de papéis, valores, recursos e métodos, considerando primordialmente os danos psicofamiliares decorrentes do abuso sexual, inclusive em casos no qual o agressor seja de fora do núcleo de convivência da vítima.

Também é necessário compreender e tentar mudar os valores da comunidade, dos indivíduos envolvidos e, em especial, dos profissionais que lidam com o problema.

Resultados excepcionalmente melhores serão obtidos com um trabalho integrado entre profissionais que tradicionalmente recebem estes pacientes (médicos, pedagogos, psicólogos etc.), e os profissionais do direito.

Quando nos referimos a trabalho integrado existe uma proposta de mudança de postura de ajuda aos membros dessas famílias, para que a denúncia do abuso seja um estímulo para a recuperação e melhora dessa

família, e não um fator de desajuste e sofrimento ainda maior ao que já existia.

Uma das funções do sistema judiciário seria o de controle do comparecimento ao tratamento indicado. Em caso de ausência, ou de falta de cooperação no tratamento, ou de reincidência do abuso, seriam acionadas as medidas legais cabíveis.

A intervenção conjunta nos parece ser o único meio que nos possibilita a concretização efetiva do trabalho de prevenção e de tratamento desses casos.

NOTAS

1. E. Goldson, "The affective and cognitive sequelae of child maltreatment", *Pediatrics Clinics of North America* 38(6): 1.481-1.496, 1991.
2. P. W. Hyden, T. A. Gallagher, "Child abuse intervention in the emergency room", *Pediatric Emergency Medicine* 39(5): 1.053-1.081, 1992.
3. K. K. Christoffell, P. Scheldt, P. H. Agran, J. F. Kraus, E. McLoughlin & J. Paulson, *Standart definition for childhood injury research*, Washington, NICHD, 1992.
4. Council of ethical and juridical affairs — AMA. "Physicians and domestic violence, ethical considerations", *JAMA* 267(23): 3.190-3.193, 1992.
5. L. Gordon, *Heros of their own lives, The History of Family Violence*, Nova York, Penguin, 1988.
6. D. Glaser, "Treatment issues in child sexual abuse", *British Journal of Psychiatry* 159: 769-782, 1991.
7. K. Simrel, R. Berg, J. Thomas, "Crisis management of sexually abused children", *Pediatric Reports* 317-325, 1985.
8. R. Fox, *La roja lámpara del incesto*, México, FCE, 1989.
9. S. Forward & C. Buck, *A traição da inocência — o incesto e sua devastação*, Rio, Rocco, 1989.
10. K. V. Lanningan, *Child molesters: a behavioral analyses*, Washington, National Center for Missing & Exploited Children, 1986.
11. Ackner, "The crime of incest", *Medico-legal Journal* 48(3): 79-91, 1980.
12. J. H. Beitchman, *et alli*, "A review of the long-term effects of child sexual abuse", *Child Abuse & Neglect* 16: 101-118, 1992.
13. J. Russell Herman, K. D. Trocki, "Long-term effects of incestuous abuse in childhood", *Am J Psychiatry* 143(10): 1.293-1.296, 1986.
14. G. R. Brown, B. Anderson, "Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse", *Am J Psychiatry* 148(1): 55-61, 1991.
15. B. Howard, "Discipline in early childhood", *Pediatrics Clinics of North America* 38(6): 1.351-1.369, 1991.
16. L. W. Spanding, *Interviewing child victims of sexual exploitation*, Washington, National Center for Missing & Exploited Children, 1987.
17. K. Freund, *et alli*, "The courtship disorders", *Archives of Sexual Behavior* 12(5): 369-379, 1983.
18. L. S. Grossman, J. L. Cavanaugh Jr., "Do sex offenders minimize psychiatric symptoms?" *Journal of Forensic Sciences* 34(4): 881-886, 1989.
19. T. W. Haywood, L. S. Grossman & J. L. Cavanaugh Jr., "Subjective versus objective measure of deviant sexual arousal in clinical education of alleged child molester", *Psychological Assessment* 2(3): 265-275, 1990.

20. M. K. Sattler, *Abusos sexuais, um assunto proibido*. Anais da 1.ª Jornada da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul, 1992.
21. M. Chaffin, "Factors associated with treatment completion and progress among intrafamilial sexual abusers", *Child Abuse & Neglect* 16: 251-265, 1992.
22. A. S. Fernandes & O. H. D. Marques, "Estupro, enfoque vitimológico", *RT* 653/265-276, 1990.
23. F. S. Caprio, *O homem e o sexo*, Rio, 1966.
24. S. J. Emans, E. R. Woods, N. T. Flegg, "Genital findings in sexually abused symptomatic and asymptomatic girls", *Pediatrics* 79: 778-82, 1987.
25. D. Muran, *Child abuse and neglect* 13:211, 1989.
26. D. Muran, "Classification of genital findings in girls who are victims of sexual abuse", *Adolesc. Pediatric Gynaecol* 1-151, 1988.
27. Kanda, "The role of forensic evidence in child abuse and neglect", *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology* 6: 7-15, 1985.
28. M. A. Azevedo & V. N. A. Guerra. *Pele de asno não é só história — um estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes em família*, São Paulo, Rocca, 1988.
29. R. M. Caminha & R. Z. Flores, *Diagnóstico psicológico do abuso sexual*, 1993 — em preparação.
30. Ciba Foundation, *Child sexual abuse within the family*, Londres, Tavistock Publications, 1984.
31. R. Z. Flores, D. M. Reimann, L. F. C. Mattos, M. D. F. Martins, A. M. G. Garcia e M. Manente, Qual é a frequência de incestos em nosso meio? Anais do VIII Encontro de Geneticistas do RS, 113, 1992.
32. R. Z. Flores, M. D. Martins, M. E. Graeff, A. P. Prestes, C. Dirani & C. M. Stobot, *Um estudo comparativo de abusos físicos e sexuais na cidade de Porto Alegre*, 1993, em preparação.
33. M. K. Sattler, *Incesto: fantasia ou realidade?*, 1993, em preparo.
34. P. G. Maddona, S. V. Scoyk and D. P. H. Jones, "Family interactions within incest and monincest families", *Am J Psychiatry* 148(1): 46-49, 1991.