

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA

COORDENADORIA DE REINTEGRAÇÃO SOCIAL E CIDADANIA

DIVERSIDADE, DIREITOS HUMANOS E POLÍTICAS ESPECÍFICAS NO ÂMBITO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO PAULISTA



Foto: Wal Sacco

Saberes e Práticas: construindo caminhos metodológicos



Governador

Geraldo Alckmin

Secretário da Administração Penitenciária

Lourival Gomes

Coordenador de Reintegração Social e Cidadania

Mauro Rogério Bitencourt

Diretora de Ações de Reintegração Social

Andréa Paula Piva

Diretor do Dentro de Políticas Específicas

Charles Wellington Bordin

Coordenadoria de Reintegração Social e Cidadania

Rua Líbero Badaró, 600 – 10º andar
São Paulo/SP - CEP 01008-000
Tel: (11) 3101-2406 - R. 119
politicasespecificas@crsc.sap.sp.gov.br

www.reintegracaosocial.sp.gov.br

Dedicatória

Dedicamos este trabalho a todos aqueles que, assim como os autores dos artigos aqui apresentados, trabalham pela defesa e garantia dos direitos humanos dentro e fora das muralhas.

“Negar ao povo os seus direitos humanos é pôr em causa a sua humanidade. Impor-lhes uma vida miserável de fome e privação é desumanizá-lo.”

Nelson Mandela

SUMÁRIO

1. Ofensores Sexuais e Abuso Sexual Incestuoso: A Dificuldade para Pensar essa Realidade	06
1.1 Introdução	06
1.2 Levantamento Bibliográfico	07
1.3 Discussão e Considerações Finais	22
Referências Bibliográficas	28
2. Saúde Mental no Sistema Prisional do Estado de São Paulo: Desafios e Paradigmas	33
2.1 Introdução	33
2.2 História da Saúde Mental no Brasil	34
2.3 Conceito de Território e Equipamentos que Compõe a Rede de Tratamento para Saúde Mental	36
2.4 Perda de Liberdade e a Saúde Mental	38
2.4 Considerações Finais	40
Referências Bibliográficas	42
3. Violência Sofrida por Mulheres Antes do seu Encarceramento: Revisão Integrativa	44
3.1 Introdução	44
3.2 Objetivo	45
3.3 Método	46
3.4 Resultados	47
3.5 Discussão	52
3.6 Considerações	54
Referências Bibliográficas	56

1. OFENSORES SEXUAIS E ABUSO SEXUAL INCESTUOSO: A DIFICULDADE PARA PENSAR ESSA REALIDADE

Marta Eliane de Lima¹
Rosana Cathya Ragazzoni Mangini²
Tadeu Roberto de Abreu³

RESUMO

O presente artigo aborda o tema das ofensas sexuais e, em particular, das ofensas sexuais incestuosas enquanto tabus que deveriam ser discriminados separadamente pela comunidade profissional. Trata-se de um trabalho teórico dentro da área da Psicologia, de levantamento bibliográfico e com cotejamentos da experiência profissional dos autores. Nossa proposta será, inicialmente, apresentar algumas informações resumidas do fenômeno das ofensas sexuais para, posteriormente, falarmos das ofensas incestuosas e do correlato tabu do incesto. O que iremos discutir no presente artigo são os possíveis motivos para que esse tabu gere dificuldades até para profissionais da área da saúde que deveriam prestar atendimento humanizado. Como conclusão, as ofensas sexuais geram um impacto emocional que nos afastam de pensar a humanidade que subjaz a transgressão. Consideramos que mecanismos de defesa são erigidos para que aspectos psicosexuais de nosso desenvolvimento continuem reprimidos, principalmente quando próximos aos incestuosos. Somente quando conseguimos entrar em contato com nosso mundo interno e com essa fragilidade de que todos estivemos fadados é que existe possibilidade do desempenho da função profissional para trabalhar com essa demanda.

Palavras chave: ofensores sexuais, abuso sexual incestuoso, tabu do incesto.

INTRODUÇÃO

Os ofensores sexuais são um grupo muito específico dentro da população carcerária e, ao mesmo tempo, heterogêneo quanto ao perfil (BARBAREE et al., 2001; PORTER et al., 2000). Diferente dos outros presos, os ofensores sexuais geram um impacto emocional específico no contato interpessoal e a turbulência de sentimentos não é de imediato acessível à observação consciente, desta forma prestando a descarga e/ou repetição quando não metabolizada. Ou seja, ao estabelecer contato

¹ Coordenadoria de Reintegração e Cidadania, Central de Penas e Medidas Alternativas Feminina. Psicóloga. Endereço: Rua Líbero Badaró, 600 – 2º andar – Centro – São Paulo/SP – CEP 01008-001 - Telefone: (11) 96224-1839. E-mail: marthalima.psico@gmail.com.

² Penitenciária Dr. Antônio De Souza Netto, Centro De Reintegração Social e Saúde. Psicóloga. Endereço: Av. Dr. Antônio de Souza Netto, 100 – Aparecidinha - Sorocaba/SP – CEP 18087-210. Telefone: (15) 99774-0765. E-mail: rosana.psicologa@gmail.com.

³ Psicólogo no Instituto Sedes Sapientiae junto ao CNRVV – Centro de Referência às Vítimas de Violência, psicólogo em Consultório Particular e pesquisador com percurso no tema do incesto na Universidade de São Paulo. Endereço: Rua Voluntários da Pátria, 2820 – 8º andar – conj. 82 – Alto de Santana – São Paulo/SP. Telefone: (11) 96455-4378. E-mail: tadeuabreups@gmail.com.

com a informação de que seu interlocutor é um ofensor sexual, são erigidas uma série de concepções sobre ofensas sexuais, o caráter de indivíduos ofensores e qual deve ser a atitude nessa relação. A reação emocional despertada pode perpassar da raiva ao agir através da burocracia que, inconscientemente, podem estar a serviço de instâncias mentais que tentam nos distanciar da escuta e elaboração da angústia dessa transgressão. Considerando que o tema comporta de início alguns tabus como sexualidade, abuso sexual e incesto, como se daria esse processo de ora distanciar-se ou negar a realidade do abuso sexual como ocorrem nas famílias incestuosas (SUANNES, 2011; LUSTIG et al., 1966), ora reagir visceralmente frente ao ocorrido como podemos constatar nos casos mais dramáticos de retaliação e estupros carcerários (FOUCAULT, 1997; MARINER, 2001; MARQUES JUNIOR, 2007)? De que ordem é este interdito ao pensamento sobre a natureza das ofensas sexuais, principalmente de natureza incestuosa? E, para profissionais da Saúde Mental, como suportar o vazio do não saber e a tentativa de preenchimento das lacunas com memórias saturadas⁴ quando tentamos compreender o discurso daqueles que cometeram uma ofensa sexual?

O que iremos discutir no presente artigo são os possíveis motivos para esse impacto emocional e a dificuldade que encontramos para pensar além de estereótipos. Nossa proposta será, inicialmente, apresentar algumas informações resumidas do fenômeno (prevalência, perfil, etc.) para, posteriormente, falarmos do tabu envolvido no tema e em indivíduos que cometem abuso sexual. Utilizaremos a experiência dos autores para apresentar e discutir a questão do impacto emocional.

Existe uma ampla discussão em torno das pessoas que cometem crimes sexuais e conhecer o perfil do ofensor sexual é uma necessidade, pois pode contribuir para que técnicas de intervenção sejam implementadas de maneira a prevenir este tipo de violência.

LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

De acordo com dados colhidos pelo Departamento Penitenciário Nacional⁵, em dezembro de 2014 haviam 622.202 pessoas presas, predominantemente homens, e os crimes contra dignidade sexual figuravam em quinto lugar quanto a razões diretamente ligadas a condenação dos réus. No estado de

⁴ Termo psicanalítico dentro da teoria de Wilfred Ruprecht Bion para caracterizar a atitude que o psicanalista deve evitar de que sua mente esteja saturada com memórias de situações anteriores.

⁵ Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN, 2014) disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/infopen_dez14.pdf/@download/file>. Acesso em: 23 mar 2017.

São Paulo, segundo dados da Secretaria da Administração Penitenciária (SAP)⁶, em julho de 2015 haviam 9.653 pessoas presas por crimes contra dignidade sexual, sendo 9.600 homens e 53 mulheres.

As estatísticas reais da ocorrência de ofensas sexuais são de difícil precisão e os números acima tratam apenas dos casos em que o processo culminou com a prisão do ofensor. A subnotificação está entre as causas da ausência de dados confiáveis. A decisão da vítima em não registrar a ofensa, a ausência de traumas físicos nos exames médico-legais, o fato do ofensor ser um parente próximo, ou a vítima ser menor de idade, ou possuir algum tipo de transtorno mental / doença mental grave, o medo da reação do ofensor e o que poderá sofrer em termos de vergonha, humilhação, além de registros preenchidos de maneira incompleta por profissionais contribuem para essa lacuna nos dados.

A terminologia ‘ofensores sexuais’ é relacionada a todos aqueles com comportamento sexual ilegal independente do gênero, identidade e orientação sexual. A *International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO)*⁷, responsável pelo periódico *Sexual Offender Treatment*⁸ apresenta a nomenclatura para todos os que cometem abuso sexual: estupradores, pedófilos, molestadores de crianças, agressores sexuais seriais e não seriais, pais ou outros familiares incestuosos, mulheres abusadoras, chefes e médicos que cometem assédio sexual, etc.

Em uma visão metalinguística, o conceito ‘ofensores sexuais’ abrangeria os subtipos de crimes sexuais e indicaria uma compreensão mais subjetiva do problema diferente do constructo sócio jurídico ‘agressores sexuais’ que acaba vinculando concretamente o abuso sexual à agressão física e induz pensar na presença de marcas, o que não necessariamente é um pré-requisito. Ao contrário, o Instituto Médico Legal ou hospitais que realizam exame forense geralmente têm dificuldades em produzir provas judiciais porque muitos dos abusos sexuais são constituídos por atos libidinosos diferentes da conjunção carnal e, por isso, não deixam marcas concretas. Embora isso não desqualifique o abuso sexual ou minimize o trauma dos envolvidos, a ‘falta’ de provas acaba incrementando a negação de parentes em relação ao abuso intrafamiliar e corroborando na manutenção da trama de segredo.

A ofensa sexual é caracterizada quando há um contato de natureza sexual, uma ameaça ou uma tentativa, sem o consentimento da outra pessoa ou quando a outra pessoa não é capaz de dar o seu consentimento. Para maior assertividade, as ofensas sexuais são todas aquelas definidas como tal pela lei atual em um determinado país ou cultura. Considerando que não é uma construção médica ou psicológica, mas uma construção social-legal, as possibilidades conceituais são variáveis ao longo da

⁶ Levantamento realizado pela Secretaria de Administração Penitenciária (SAP, 2015) disponível em: <http://www.sap.sp.gov.br/download_files/pdf_files/levantamento_presosxdelitos.pdf>. Acesso em: 23 mar 2017.

⁷ <<https://www.iatso.org/>>. Acesso em: 23 mar 2017.

⁸ <<http://www.sexual-offender-treatment.org/>>. Acesso em: 23 mar 2017.

história e da localização geográfica (GONÇALVES, R. A.; VIEIRA, S., 2004 apud VALENÇA, A. M. et al., 2013).

De acordo com Holoyda e Newman (2016), as ofensas sexuais representam um dos maiores problemas de saúde pública nos Estados Unidos. Em 2011, o *National Intimate Partner and Sexual Violence Survey* (BLACK, 2011), publicou resultados de um estudo baseado em entrevistas com mais de 16.500 adultos e descobriu que quase uma em cada cinco mulheres (18,3%) e um em cada 71 homens (1,4%) foram estuprados em algum momento da vida. Diante da prevalência das ofensas sexuais, não é surpresa que os custos e as consequências sejam assombrosos. O Instituto Nacional de Justiça descobriu que as ofensas sexuais tinham o maior custo comparado a qualquer outro crime em termos de custo total da vítima em mais de US \$ 85.000 por vítima (COHEN, 1998).

Nos EUA encontramos algumas particularidades em termos de leis federais e estaduais que foram aprovadas nas últimas décadas mais por conta do clamor público do que realmente o risco de reincidência. Elas incluem o registro obrigatório e notificação da comunidade sobre os ofensores sexuais, restrições de residência e monitoramento por GPS de criminosos sexuais em investigação ou liberdade condicional. Muitos estados adotam a castração química e/ou física de ofensores sexuais (TERRY; ACKERMAN, 2015).

Estudos apontam que há prevalência de abusos praticados com vítimas em idade inferior a 13 anos de idade (FRIEDEMANN, 1960; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Finkelhor et al. (1990) apresentaram uma estimativa de que entre 10% e 16% dos homens e entre 20% e 27% das mulheres tenham sido vítimas de abuso sexual em suas infâncias. Em uma pesquisa de revisão internacional no período de 1992 e 2007 com adultos de ambos os sexos, Krug et al. (2002) indicaram que, em média, 20% das mulheres e 5% a 10% dos homens da população haviam sofrido abuso sexual na infância. Ou seja, em um primeiro momento os leitores estarão identificando ofensores pedófilos e minimamente precisaremos defini-lo dentro da área da psiquiatria.

Para o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders da American Psychiatric Association (DSM-V, 2013), o Transtorno Pedofílico – 302.2 (F65.4) é definido como uma parafilia se preencher alguns critérios, como, por exemplo, ter fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos intensos e recorrentes envolvendo atividade sexual com criança ou pré-púberes por um período mínimo de 6 meses.

Mas, mesmo para aqueles indivíduos que negam qualquer interesse por crianças e pré púberes (13 anos ou menos), o diagnóstico poderia ser concedido diante da constatação de abordagens sexuais múltiplas em ocasiões distintas. Por outro lado, haveria a possibilidade de receber um diagnóstico de “Orientação sexual pedofílica” se nunca houverem colocado em práticas suas fantasias com crianças, nem houverem limitações funcionais em suas vidas laborativa/relacional e verbalizarem ausência de

sentimento de culpa, vergonha ou ansiedade em relação a esses impulsos. Um diagnóstico diferencial dentro desses critérios é muito complicado. Ausência de sentimento de culpa, vergonha e ansiedade também são características de Transtornos de Conduta, Transtorno da Personalidade Antissocial, entre outros. Adicionalmente é muito questionável a fidedignidade do relato dos indivíduos quanto a verbalizarem que não colocam em prática suas fantasias. Ser sincero nesta área não é muito usual de acordo com a literatura. Mesmo indivíduos que estão há muito tempo em análise costumam rechaçar ideias ou ocultar fatos de seus analistas, imaginemos para aqueles que estão em conflito com a Justiça.

Outro ponto que merece atenção é quanto a possibilidade de um indivíduo receber a nomenclatura orientação sexual pedofílica da American Psychiatric Association. Mas como uma parafilia poderia ser uma orientação sexual válida nas teorias de gênero se o próprio termo contém em seu bojo a noção de doença? Em nosso entendimento, crianças e pré-púberes não se prestam a ser uma orientação sexual simplesmente porque correspondem a uma fase do desenvolvimento. Ao invés de uma orientação sexual, consideramos que se trata de uma escolha objetal mais bem explicada pela área psicanalítica como uma perversão⁹ e um tipo de relação de objeto¹⁰.

Langfeldt (2010) coloca algumas perguntas sobre a orientação sexual dos ofensores sexuais: aqueles que preferem abusar de meninos teriam uma orientação hetero ou homossexual? E aqueles que abusam de meninas ou de ambos os sexos indiscriminadamente? Para responder essas perguntas, realizou um estudo com 111 homens ofensores sexuais (com exceção dos incestuosos). Havia admitido um componente homossexual ou bissexual 79% dos homens que ofendiam meninos. Nenhum dos ofensores que haviam cometido abuso contra meninas declara-se homossexual. Essa área merece ser melhor explorada em outros estudos sobre ofensas sexuais e precisa receber um tratamento específico para não ser uma fonte de confusão nas discussões sobre gênero e identidade sexual.

Também pensando na etiologia do comportamento sexualmente abusivo, homens que tinham ofendido meninos ou ambos os sexos com a idade de 11 anos ou menos, relataram terem sido abusados

⁹ Termo derivado do latim *pervertere* (perverter), empregado em psiquiatria e pelos fundadores da sexologia para designar, ora de maneira pejorativa, ora valorizando-as, as práticas sexuais consideradas como desvios em relação a uma norma social e sexual. A partir de meados do século XIX, o saber psiquiátrico incluiu entre as perversões práticas sexuais tão diversificadas quanto o incesto, a homossexualidade, a zoofilia, a pedofilia, a pederastia, o fetichismo, o sadomasoquismo, a perversão, o travestismo, o narcisismo, o autoerotismo, a coprofilia, a necrofilia, o exibicionismo, o voyeurismo e as mutilações sexuais. Em 1987, a palavra perversão foi substituída, na terminologia psiquiátrica mundial, por parafilia, que abrange práticas sexuais nas quais o parceiro ora é um sujeito reduzido a um fetiche (pedofilia, sadomasoquismo), ora o próprio corpo de quem se entrega à parafilia (travestismo, exibicionismo), ora um animal ou um objeto (zoofilia, fetichismo). Retomado por Sigmund Freud a partir de 1896, o termo perversão foi definitivamente adotado como conceito pela psicanálise, que assim conservou a ideia de desvio sexual em relação a uma norma. Não obstante, nessa nova acepção, o conceito é desprovido de qualquer conotação pejorativa ou valorizadora e se inscreve, juntamente com a psicose e a neurose, numa estrutura tripartite.

¹⁰ Expressão empregada pelos sucessores de Sigmund Freud para designar as modalidades fantasísticas da relação do sujeito com o mundo externo, tal como se apresentam nas escolhas de objeto que esse sujeito efetua (ROUDINESCO, E.; PLON, M. 1998).

sexualmente na infância em 80% dos casos (*ibidem.*). Outros estudos documentam que entre 30% e 60% dos agressores sexuais foram vítimas (FILKELHOR, 1986; MARSHALL et al., 1990).

A antropologia, por outro lado, nos mostra que o conceito de abuso sexual pode ser contextualizado de acordo com a cultura ou época. Lévi-Strauss (1980) cita exemplos de outras culturas em que os laços conjugais eram fortalecidos quando marido ou esposa eram cuidados pelo outro cônjuge desde a mais tenra infância através de um casamento precoce. Os Chukchee da Sibéria não apresentam qualquer repulsa pelo casamento de uma jovem de vinte anos com um bebê marido de dois ou três anos. Por seu turno, os índios mohave da América do Norte tinham o costume de um homem casar-se com uma menina e este cuidava dela até adquirir condições de cumprir com seus deveres conjugais.

Serafim et. al. (2009) fazem um apanhado dos tipos e subtipos mais comuns de ofensores sexuais de crianças. Segundo os autores, o pedófilo abusador é o tipo mais comum. Este tipo de abusador costuma ser solitário e demonstra inabilidade social. Tende a envolver-se com pornografia infantil, como forma de obter satisfação sexual. Dificilmente age com violência e, devido sua forma evasiva, as pessoas à sua volta não notarão suas investidas contra a criança. Já o pedófilo molestatador tende a ser mais invasivo, utilizando-se, muitas vezes, de violência contra sua vítima. Podem ser molestatadores situacionais, quando a satisfação sexual não necessariamente tem relação com crianças ou molestatadores preferenciais quando a satisfação sexual somente é obtida se a vítima for um (a) infante.

Outro ponto que merece atenção na categorização do DSM-V é a proposta de “Especificar se limitado a incesto”. Embora seja difícil uma psicopatologia se apresentar com traços distintos pertencentes a somente um eixo nosográfico / caracterial (BERGERET, 1996), acreditamos que houve extrapolação nos limites do conceito. Incesto e pedofilia são conceitos diferentes, mas são matéria de confusão até por profissionais que trabalham com o tema.

Muitos estudos reportam que há prevalência de abuso sexuais incestuosos (BAKER E DWAIRY, 2003; COHEN, 1993; FINKELHOR, 1983; GEISER, 1979). Cohen e Matsuda (1991) realizaram uma pesquisa no Instituto Médico Legal de São Paulo (IML) entrevistando pessoas que compareciam para realização do exame de corpo de delito em virtude de denúncia relativa a abuso sexual. Um dos objetivos do estudo era desvelar a relação existente entre as partes. De 1.104 pessoas entrevistadas, 548 pessoas (49,64%) conheciam o seu “agressor”, 249 pessoas (22,55%) foram vítimas de agressão sexual por parte de algum parente e 207 pessoas (18,75%) moravam na mesma casa do “agressor”. E o parentesco incluía o pai (41,60%), padrasto (20,59%), tio (13,86%), primo (10,93%), irmão (3,78%), entre outros.

Em cerca de 1000 agressões sexuais denunciadas no SOS Criança brasileiro no período de 1988 e 1993, mais de 75% foram cometidas por parentes, sendo 50% cometidas pelo pai biológico (CROMBERG, 2001). Em outra pesquisa, Pimentel et al. (1998), analisando dados de estupros que foram coletados em 50 processos de cinco regiões diferentes do Brasil, concluíram que 70% dos envolvidos se conheciam.

A constatação de que há prevalência de abusos incestuosos é basal principalmente para confrontar um dos primeiros mitos sobre abuso sexual: de que seus protagonistas, em sua maioria, eram pessoas que não se conheciam (SOUZA et al., 1993 apud VARGAS, 1999). Sabe-se que a descrição mais usual sobre as ofensas sexuais é o estupro, praticado por desconhecido, em uma abordagem feita na rua, geralmente com uso de armas e violência. Embora seja uma realidade das ofensas sexuais, esse modelo mais midiático apenas dificulta pensarmos no abuso sexual intrafamiliar.

Corroborando o estudo anterior, Gobbetti e Cohen (GOBBETTI; COHEN, 1998), observaram maior frequência de relações incestuosas entre pai e filhos (42,85% das relações). A prevalência de abuso sexual entre pai biológico e filhos é corroborado em diversas pesquisas e na experiência de profissionais que trabalham com esse problema (RAZON, 2007), desmistificando outra crença de que a maioria dos abusos sexuais intrafamiliares eram provenientes de famílias reconstituídas, ou seja, aquelas em que um dos cônjuges contrai novo casamento e é o padrasto a figura transgressora. Ora, sabemos da realidade de abusos praticados por padrastos, mas é na família biológica onde encontramos a maior prevalência de abusos incestuosos e malefícios praticados contra sua prole, quebrando um pensamento que predominou até algumas décadas atrás de que instintivamente desta somente poderiam advir benefícios e o Estado não poderia intervir em seu seio.

Mas quem é o pai que comete abuso incestuoso? A personalidade do pai que comete abuso sexual com suas filhas é ilustrada como a de um degenerado, portador de retardado mental ou como um psicótico que, também sob efeito do álcool, acaba produzindo o ato incestuoso. É óbvio que existem abusos incestuosos sob efeito do álcool e violência, mas a literatura e a experiência clínica de atendimento não confirmam essa prevalência. Acabamos criando um rótulo que entorpece a escuta e decretamos inconscientemente que essa situação somente aconteceria dentro de um quadro de demência, aberração do juízo ou estreitamento da consciência, sendo antinatural.

Embora seja evidente uma organização defeituosa da personalidade, não há este perfil que muitos gostariam que identificássemos, pais incestuosos. Pode ser descrito com temperamento introvertido, tímido e com atitudes que tendem a se isolar da sociedade de maneira mal adaptada. Mas pode ser percebido como alguém aparentemente bem adaptado socialmente, carismático e um patriarca que ama sua família. Em seu discurso, tendem a negar o abuso incestuoso na maioria das vezes (ZUQUETEE; NORONHA, 2010), com exceção de quando existem provas irrefutáveis ou afirmações

dos filhos / esposa em terapia familiar. Nessas situações, podem alegar direito natural de usufruir da prole mesmo reconhecendo o caráter ilegal, ou apontar fraqueza moral perante algum agente externo (álcool, drogas, estresse), ou mesmo alegar possessão espiritual. Podem se apresentar como tiranos, mantendo a família fechada ao exterior e incrementando a endogamia, mas podem apresentar arrependimento, vergonha e demanda de cuidados.

As relações incestuosas entre irmãos também são comuns e merecem consideração para além das teorias sobre violência de gênero. Em culturas como as descritas por Malinowski¹¹, o tabu do incesto entre irmão e irmã é cercado com rituais e sanções mais rígidos do que aqueles referentes a outros parentes. Entretanto, em nossa cultura ocidental, este tipo de relação incestuosa é atenuado, podendo ser entendido até como um despertar natural da sexualidade infantil. Dependendo do tipo de relação denunciada, observa-se uma maior ou menor disfuncionalidade familiar. Ou seja, desde a relação consensual de irmãos com idades aproximadas até situações em que um irmão mais velho estupra irmãos menores, a família mostra-se implicada ao não conseguir instaurar os limites parentais e a diferenciação de papéis.

O primeiro impacto do contato com essas famílias causa certa angústia devido à ausência de traços que as diferenciem de famílias que temos em alta estima. Porém, profissionais da saúde mental podem observar a disfuncionalidade familiar através da escuta clínica, como, p.ex., a existência de outros casos de abuso sexual na história pregressa da família ou que acontecem paralelamente à denúncia. Muitas famílias relatam histórico de abuso sexual incestuoso de outras gerações, não sendo raro que os pais tenham sofrido abuso de parentes. E mesmo quando este dado não é relatado, pode-se inferir do discurso a presença de situações abusivas e incestuosas, como, por exemplo, relações sexuais dos cônjuges na presença dos filhos, irmãos que assistiram ao evento denunciado, quartos e camas indiscriminadas, cuidados ‘higiênicos’ desnecessários, toques invasivos, etc. (GOBBETTI, G. J. 2000).

No seio familiar, o tabu do incesto, que proíbe relacionamentos sexuais entre algumas pessoas de determinados grupos, foi um dos primeiros passos para a convivência em sociedade, demarcando limites que deveriam existir nas relações familiares, independentemente de suas diferenças culturais ou épocas. Freud (1927) reconhece que soa estranho afirmar que os seres humanos possuem desejos instintuais que todos parecem unânimes em repudiar, mas acredita que, somente o canibalismo foi proscrito e dominado, deixando em aberto os desejos incestuosos e a ânsia por matar.

Mas o que é incesto? A palavra incesto deriva do latim incestus, que significa impuro, manchado, não casto, ou seja, in=não e castus=puro (OLIVIERI, 1953).

¹¹ Bronislau Malinowski estudou a cultura dos trobriandeses no livro *A Vida Sexual dos Selvagens do Noroeste da Melanésia: descrição etnográfica do namoro, do casamento e da vida de família entre os nativos das Ilhas Trobriand* ([1929] 1983).

O incesto pode ser entendido como a união carnal ilícita entre pessoas de sexos diferentes, ligadas por um vínculo de parentesco ou afinidade e que constitui um dos impedimentos ao matrimônio (GRANDE ENCICLOPÉDIA PORTUGUESA E BRASILEIRA, 1940). Essa definição deixa uma lacuna em não incluir os relacionamentos homossexuais e nem mesmo as relações sexuais distintas do seu aspecto puramente genital. Outra concepção entende o incesto como a relação ou procriação sexual entre dois indivíduos estreitamente aparentados entre diferentes graus em que o casamento é proibido pelas leis e costumes (WEBSTER DICTIONARY, 1989).

Foward & Buck (1989) trazem que o incesto é qualquer contato abertamente sexual entre pessoas que tenham um grau de parentesco, por consaguinidade ou por afinidade, ou que acreditam tê-lo. Todas as definições tem em comum a questão da proibição, do *tabu*, de algo que não pode ser “tocado”, o que nos traz algumas pistas em relação a dificuldade de contato com o tema ofensas sexuais.

Segundo Lévi-Strauss (1969), a proibição do incesto é uma norma estruturante da cultura e está presente em todos os grupos humanos, variando apenas o conceito de família e a intensidade da proibição. Ou seja, todas as culturas fazem algum tipo de restrição quanto à escolha de parceiros nos relacionamentos sexuais. De forma semelhante, Freud (1930) afirma que o incesto é anti-social e que a sociedade consiste em uma constante renúncia a ele. O desejo incestuoso faria parte da constituição da natureza humana e sua proibição é que possibilitaria a passagem da natureza à cultura. A proibição do incesto, dentro da visão psicanalítica, seria fundamental para a estruturação do aparelho psíquico, sendo a coerção externa gradualmente internalizada para transformar-se em um agente mental especial: o superego.

A importância da concepção freudiana no entendimento da questão do incesto está calcada principalmente na valorização dada ao Complexo de Édipo. A denominação Complexo de Édipo foi cunhada por Freud a partir da tragédia grega escrita por Sófocles (Édipo Rei), na qual Édipo, o herói da trama, mata o pai e casa-se com sua mãe.

A teoria do complexo de Édipo é geralmente conhecida através da hipótese de que a criança fica ternamente ligada ao genitor do sexo oposto, enquanto que seu relacionamento com o do seu próprio sexo é predominantemente hostil. Nesse processo de triangulação edípica, a proibição do incesto seria estruturante do aparelho psíquico do indivíduo, permitindo sua integração na cultura e na sociedade.

O tabu do incesto, inserido através da função paterna na interdição da relação figura materna e filho(a), permite à criança ter contato com sua realidade interna e colocar em andamento o processo secundário de funcionamento mental. Nesse sentido, a proibição do incesto funciona como um organizador mental e social quando propõe limites às pulsões inerentes ao ser humano, permitindo que

o mesmo se relacione de outra forma com o mundo, deixando de ser um indivíduo dominado pelos seus impulsos e passando a ser um sujeito organizador de suas próprias ações.

Aberastury (1984) faz uma crítica quanto ao recorte feito por Freud sobre a tragédia grega de Édipo, alegando que ele parte somente do ponto de vista da criança em relação a seus pais, deixando de abordar o problema sob o ângulo do psiquismo dos pais em relação aos filhos. Conforme lembra, o pai de Édipo, Laio, e sua mãe, Jocasta, são peças fundamentais para entendermos o desfecho da história e não apenas personagens passivos na história.

Melanie Klein (1928) reconhece a importância da elaboração do complexo de Édipo afirmando que existiria um superego precoce surgido dos conflitos de amor e ódio da relação do bebê com a mãe. Para ela, uma relação saudável nessa primeira infância, em que predomine os impulsos construtivos sobre os destrutivos, levaria o indivíduo a atravessar a fase edípica tardia de maneira a reprimir e simbolizar seus impulsos.

Wilfred Bion (1965) parte de uma primeira premissa de que a frustração das necessidades básicas do lactante é que levará a formação do pensamento. Enquanto houver a satisfação maciça de vivências sensoriais muito primitivas e concretas, predominará uma forma de relacionar-se com o mundo pautada na baixa tolerância a frustrações, baixa simbolização e uso excessivo de identificações projetivas. Claudio Castelo Filho (informação verbal, 2012)¹² lembra que Bion deslocou a importância da sexualidade do centro da questão edípica e colocou no cerne dela a capacidade para pensar. Os ofensores sexuais teriam limitações na capacidade para pensar as suas experiências externas e internas. Da mesma forma, o problema de Édipo não seria do incesto e da sexualidade, mas ele não poder pensar a sexualidade, entre outras questões. O problema de Édipo era fundamentalmente a sua arrogância.

O exercício integral das funções parentais possibilita à família atingir a maturidade. Porém, na família, lugar de proteção e desenvolvimento, também escam a impulsividade e a agressividade, já que, igualmente a outras relações humanas, estão presentes sentimentos construtivos e destrutivos.

Um relacionamento sexual entre dois ou mais indivíduos da mesma família (com exceção dos cônjuges) pode ser considerado um ato limítrofe que beira a cultura. A atuação incestuosa pode demonstrar fragilidade do ego no controle pulsional, ao mesmo tempo denuncia um funcionamento familiar 'perverso', que permite de uma forma inconsciente ou até mesmo consciente a atuação dos desejos incestuosos.

O relacionamento sexual incestuoso é o sintoma de uma família que é portadora de uma dinâmica complexa e disfuncional, que tem como principais características a confusão e a perversão de

¹² Psicólogo pela USP e Psicanalista. Membro Efetivo e Analista Didata da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-SP, Doutor em Psicologia Social e Livre Docente em Psicologia Clínica pela USP, Informações verbais de sessões de supervisão realizadas no CEARAS/FMUSP.

funções familiares. A experiência com essas famílias, possibilita notar que a dupla estigmatizada nas denúncias como agressor-vítima não são necessariamente os únicos envolvidos na dinâmica incestuosa e com menor possibilidade de utilização de seus recursos internos, sendo que confusão ou mesmo perturbação mental independe desse estigma. Percebe-se que há uma dinâmica de funcionamento familiar que subjaz as relações incestuosas ora denunciadas. Assim, acreditamos que a intervenção terapêutica deve se estender para além da vítima e ofensor, sendo o ideal a terapia familiar.

Um dado muito importante para pensar a dinâmica familiar foi divulgado em uma pesquisa brasileira com famílias incestuosas em terapia: o tempo de ocorrência do abuso (GOBBETTI; COHEN, 2006). Naquelas famílias em que os profissionais conseguem discriminar junto à família dados mais objetivos quanto ao período de duração da relação incestuosa, 60% delas tiveram uma duração maior de um ano, sendo 33,33% uma duração maior de três anos. Nas estatísticas de Lukianowicz (1972) já obtínhamos informações sobre a duração prolongada das relações incestuosas, em que “...oscila entre 4 meses e 12 anos, sendo em média de 8 anos.” Um abuso sexual intrafamiliar que tem duração maior que um ano dificilmente passaria despercebido por outros membros da família, seja através de atos falhos, seja através da mudança na organização familiar.

Em uma das famílias atendidas na experiência clínica de um dos autores¹³, o pai colocou literalmente a filha no lugar da mãe após brigas do casal. A filha passou a dormir com o pai na cama, enquanto a mãe passou a dormir na cama da filha em outro cômodo. Mesmo a filha reclamando durante um ano de toques do pai, a mãe simplesmente pedia para que cessassem com a ‘briga’.

Os papéis/funções familiares acabam se alterando e a filha saindo desse lugar de filiação, passa a ocupar o lugar de companheira do pai, ora nos afazeres da casa, ora passando a se preocupar com a criação dos outros irmãos, ora recebendo presentes ou atenção diferenciada que inconscientemente trazem um ganho secundário. Algumas vezes temos a esposa se ausentando deste lugar e obtendo certo benefício de não denunciar o abuso incestuoso.

Razon (2007) é claro ao afirmar que mesmo quando o abuso incestuoso ocorre na ausência da mãe, isso não impede que ela suspeite de sua existência ou mesmo que tenha conhecimento. Em suas estatísticas, 40% das mães ‘sabiam’ e 61% delas guardavam segredo sobre o ocorrido. Para ele, às vezes a denúncia esconde um acerto de contas e a suposta proteção da criança não passa de um pretexto para realizar seu intento: separar-se, pedir pensão alimentícia, castigar por uma traição.

Em estudo realizado por Cohen et al. (2004), em 49,09% das famílias da amostra, é a mãe quem faz a denúncia judicial apontando familiares como responsáveis pelo abuso cometido em seus filhos. No entanto, quando o abuso denunciado é cometido pelo pai ou padrasto (75,45%), a mãe faz a

¹³ A experiência aqui descrita é dentro do Centro de Estudos e Atendimento Relativos ao Abuso Sexual (CEARAS) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

denúncia em apenas 43,37% dos casos. Destas denúncias efetivadas, o casal já estava separado em 50% dos casos e em mais da metade restante, separaram-se pouco depois da denúncia. Assim, o percentual das mães que denunciam o atual companheiro é de apenas 21,6% do total e, mesmo nestes casos, foi observado que as denúncias foram efetuadas em momentos de grande desavença entre o casal e não após a descoberta do abuso sexual. Diante das denúncias efetuadas pelas mães, não é raro observar uma áurea de vingança do companheiro ou uma tentativa de usar o abuso descoberto como forma de incrementar um processo de guarda ou de pensão alimentícia, o que não passa despercebido pela família diante da confusão das sessões. A figura da mãe em famílias incestuosas é ora descrita como cúmplice mais ou menos consciente, ora perversa, ora disfuncional quanto ao seu papel de esposa, mãe e mulher.

Algumas mães acreditam na palavra do marido ou do companheiro ao invés dos relatos ou sinais dos filhos a respeito do abuso incestuoso. E, considerando que as crianças / adolescentes tendem a retratar-se com muita facilidade, mesmo sob investigação, podem negar as primeiras declarações, alegarem que não se lembram ou mesmo dizer que mentiram após tentativas de quebrar o pacto do silêncio. É muito comum a negação da mãe quanto ao relato dos filhos seguir o seguinte script: Caso a relação denunciada seja referente à filhos crianças, a justificativa é de que a criança mente e/ou tem muita imaginação. Contudo, quando se tratam de adolescentes, a justificativa é de que tem ciúmes ou não gostam dos pais/mães e querem separá-los. Nestes casos, é o adolescente quem acaba saindo de casa e indo morar na casa de parentes ou colocado em abrigo, incrementando os sentimentos de culpa e a vergonha da passagem ao ato de fantasias que deveriam estar no inconsciente.

E mesmo quando o abuso é provado em exames, provas contundentes (gravidez fruto do incesto, carta, etc.) e as mães são forçadas a admiti-lo, podem ainda assim justificar que ou os maridos foram provocados por filhas adolescentes, ou que a gravidez foi por conta da promiscuidade da filha, ou que foi somente uma tentativa de abuso (nos casos em que não houve a penetração). Em outra família atendida¹⁴, a mãe diz que a culpa era das filhas que não trancavam a porta do banheiro e andavam de toalha pela casa, mas nunca havia denunciado por não ter presenciado. Em outra família em que o abuso incestuoso foi deflagrado contra duas filhas, uma de 17 e outra de 15 anos, por 4 e 2 anos de duração respectivamente, a primogênita engravidou do pai, foi às consultas ginecológicas acompanhada do pai, colocou o mesmo nome do pai na criança e, mesmo com brincadeiras da família de semelhanças do filho/neto com o pai/avô, a mãe não admitiu a possibilidade de que o filho fosse fruto do relacionamento incestuoso.

¹⁴ Experiência clínica dentro do CEARAS /FMUSP.

Entretanto, muitas destas mulheres são carentes, mães protetoras e intercedem efetivamente para parar ou prevenir o incesto. Não devem ser consideradas coniventes e injustamente responsabilizadas, já que, impedir-se-ia a possibilidade de uma aliança terapêutica.

O incesto acaba sendo negado porque tem relação com o *impensável* e, ao mesmo tempo, com fantasias recalcadas e reprimidas relacionadas a uma etapa do desenvolvimento perversa polimorfa que, segundo a teoria psicanalítica, todos estamos fadados.

Questionando o conceito da beneficência materna absoluta, um levantamento nacional nos Estados Unidos publicou dados com referência a mãe biológica representar 60% das pessoas indicadas por cometerem maus-tratos a crianças (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2007). E entre os maus-tratos que podem ser perpetrados pelas mães, encontra-se o abuso sexual incestuoso. Este tipo de relacionamento abusivo não é tão raro como se costuma acreditar (KRUG, 1989; LAWSON, 1993; BOROUGHS, 2004).

Uma pesquisa que pôde observar essa possibilidade foi realizada na Califórnia em que 28% dos homens referiam que tinham uma história de abuso incestuoso com a mãe (KELLY et al., 2002). Participaram 77 homens com uma história clínica de abuso sexual na infância. Dezesete homens relataram o incesto mãe-filho e estes homens endossaram mais sintomas de trauma do que outros homens sexualmente abusados. Este é um dado importante e faz refletir como ainda é pouco pesquisado este tipo de relação abusiva quando comparado ao incesto pai-filha.

Principalmente na América Latina, as mulheres são culturalmente associadas a imagem do cuidado, benevolência e do instinto materno, não havendo um olhar da sociedade para qualquer possibilidade de uma sexualidade indiscriminada. Badinter (1985) nos traz uma reflexão de que se o instinto materno realmente fosse um conceito científico válido, não poderíamos nos deparar com nenhum caso de abandono, maus tratos, negligência e/ou abuso sexual praticados por mães biológicas. Devido ao estatuto de lei natural que o instinto assume, ele prevaleceria em todas as mães.

Na experiência de atendimento clínico é possível observar que, em algumas famílias, existem determinados cuidados corporais que são efetuados pelos adultos no trato com as crianças, que aparecem como desligados da necessidade biológica de desenvolvimento. É o caso da amamentação prolongada até 4, 5 ou mais anos, quando a nutrição do ser humano não depende mais dessa via. A questão colocada versa sobre a possibilidade deste relacionamento ser caracterizado como incestuoso, envolvendo não somente a díade mãe-filho, mas também uma dinâmica familiar.

Segundo Gobbetti (2006) um dos principais abusos sexuais não denunciados é o abuso cometido pelas mães nas famílias incestuosas. Para ela, a mãe tem um acesso quase irrestrito ao corpo dos seus filhos, podendo fazer um uso inadequado de sua função quando predominam os impulsos destrutivos

sobre os amorosos. Estas observações já foram reportadas em trabalhos anteriores da pesquisadora junto a profissionais do CEARAS (COHEN et al., 2004).

Interessante observar a posição de Helen Deutsch (1960) sobre a recusa de algumas mães em continuar amamentando. Reconhece que o encontro entre mãe e filho no ato de amamentar pode ser inquietante para algumas mães, pois pode haver uma percepção da excitação sexual envolvida. Nesse sentido, a inibição destas mães seria uma proteção contra o excesso de excitação, coisa que não parece acontecer com as mães que atravessam o período de amamentação sem consciência dos conflitos desta natureza e nem naquelas em que a amamentação é estendida por longos períodos.

Essas relações dificilmente são observadas pela sociedade como abusivas, parecendo que existe um tabu quanto ao ato de questionar o amor materno (BADINTER, 1980) ou mesmo a existência de sexualidade na figura materna.

Desta forma, dados quantitativos aliados com a experiência clínica mostram o envolvimento de todos os membros da família na relação incestuosa, sendo a relação sexual *atuada* o sintoma de uma família com uma dinâmica complexa, que tem como principal característica a não diferenciação das funções familiares.

Embora não haja consenso entre os pesquisadores a respeito da premissa de que a criança que sofreu abuso será um adulto abusivo ou violento (CRAISSATI et al., 2002), existe uma unanimidade dos autores sobre as repercussões que o abuso sexual exerce na saúde mental do indivíduo (MEYERSON et al., 2002; MOLNAR et al., 2001; CONWAY et al., 2004; HILL et al., 2001; SHARMA E GUPTA, 2004; STEEL et al., 2004), além da predisposição para um comportamento delinquente de transgressão dos costumes. A influência da família e sua desestruturação como preditores para a criminalidade, o abuso de substâncias e as perturbações da saúde mental tem sido considerados fundamentais (GOVER E MACKENZIE, 2003; CRAISSATI et al., 2002). A família é a célula do tecido social e é através de suas funções estruturantes que nos humanizamos e conseguimos construir relações sociais em que haja o respeito pelo outro e a noção de limites. Porém, quando a família adocece, é a área da Saúde Mental que deve oferecer o suporte para ela reestruturar suas funções e dessa forma, num nível secundário, prevenir problemas sociais no âmbito da saúde, da justiça e da educação.

Na área da Saúde Mental, o emprego da psicoterapia para tratar pessoas com transtornos e problemas psíquicos encontra grande respaldo e mostra-se largamente consolidada diante das diversas áreas científicas. A abordagem psicodinâmica tem mostrado grande importância na elaboração dos sintomas através do insight (LEICHSENRING E SVEN RABUNG, 2008).

No Brasil, até a promulgação do ECA, Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, não havia obrigatoriedade para a Justiça em incluir ofensores sexuais e as famílias com histórico de abuso sexual

em tratamento na área da Saúde Mental. Avança-se diante da visão reducionista de uma solução de encarceramento de um acusado, deixando famílias disfuncionais sem nenhum tipo de acompanhamento. Mas ainda não são realizados tratamentos de ofensores sexuais como acontecem em países mais desenvolvidos.

Um dos serviços que oferecem atendimento ao incesto de forma pioneira no Brasil é o CEARAS (Centro de Estudos e Atendimento Relativos ao Abuso Sexual) que desde 1993 funciona junto ao Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da USP. Posteriormente, alguns centros de atendimento surgiram ou se especializaram para atendimento de famílias com abuso incestuoso: a Clínica Psicanalítica da Violência no Rio de Janeiro, o CAVAS – Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso Sexual no Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, o AMEFI – Ambulatório Especial de Acolhimento e Tratamento de Famílias Incestuosas no Hospital das Clínicas da UFMG, o CNRVV – Centro de Referência às Vítimas da Violência do Instituto Sedes Sapientiae em São Paulo, entre outros. Existem locais especiais para atendimento a ofensores sexuais, como o ProSex no HCFMUSP e o ABSEX – Ambulatório de Transtornos da Sexualidade na Faculdade de Medicina do ABC.

No caso do CEARAS, sua proposta de criação teve origem através de estudos científicos (COHEN, 1993) e também se inspirou inicialmente em algumas ideias do trabalho desenvolvido no Parents United e Parents Anonymous¹⁵, principalmente na premissa do trabalho em parceria com a Justiça. No entanto, o sistema penal americano é diferente do brasileiro, uma vez que prevê, para a pessoa que praticou a violência sexual intrafamiliar, a possibilidade de escolha entre se submeter a tratamento psicoterápico ou ir para a prisão. Se a opção for a terapia, essa pessoa inicia o tratamento psicológico e é afastada do convívio familiar até que esteja em condições de retornar ao lar e conviver com a família sem reincidir. O tratamento familiar também é iniciado para que a família possa compreender o que ocorreu, falar sobre fatos ligados ao acontecimento, rever seus tipos de relações, sentimentos e expectativas (COHEN, C; FÍGARRO, C., 1996).

Mas de que forma podemos pensar se existe alguma teoria/instrumento psicológico suficiente para responder ao clamor daqueles que buscam desvendar a probabilidade de reincidência criminal pós tratamento?

No campo da avaliação psicológica realizada no ambiente carcerário é possível discorrer sobre aspectos dinâmicos da personalidade do sujeito, contudo, não há instrumento ou técnica específica que seja suficiente para desvendar reincidência criminal. O possível nas avaliações psicológicas para fins judiciais é indicar aspectos psicológicos do sujeito e de suas relações interpessoais atuais para que a

¹⁵ Instituições que surgiram na década de 1960 e 1970 na Califórnia (EUA) para atendimento de casos de abuso sexual intrafamiliar e que são destinadas a todos os envolvidos na dinâmica incestuosa.

Justiça possa aquilatar a pertinência da concessão do benefício solicitado, conjugando estes e as demais informações de que dispõe.

As técnicas utilizadas auxiliam a expressar o olhar do entrevistado sobre si mesmo, sua história e as relações estabelecidas com outros, os quais conviveu e convive, além de suas perspectivas de futuro.

Esses olhares contribuem para o conhecimento da história de vida da pessoa entrevistada, compreensão de suas vivências e da imagem que a pessoa tem de si, enfim, dos elementos que constituem sua subjetividade, revelada no momento atual. Desse modo, é possível observar como a pessoa lida com as vicissitudes que lhe ocorreram e como elabora as vivências atuais, mas não é possível fazer julgamentos futuros, ainda mais porque, sequer a própria pessoa teria condições de garantir que o desejado agora, seja realizado no futuro.

A história que a pessoa apresenta no momento da entrevista é a vida em movimento e, nesse momento, elege o que deseja revelar em seu discurso.

Todo o estudo realizado deve levar em consideração fatores externos, e, especialmente nos casos de violência intrafamiliar, as características das relações familiares, seu grau de coesão, permeabilidade de fronteiras, exercício dos papéis parentais e manutenção dos vínculos mesmo após o ingresso do agressor na unidade prisional, o que, pode assumir diversos significados.

Considerações sobre a estrutura patriarcal vigente em nossa sociedade e o elevado índice de violência de gênero, nos dão pistas sobre a delicadeza com que se deve cuidar destes casos.

O fenômeno da violência sexual, especialmente nos casos de violência sexual intrafamiliar, requer intervenções planejadas, posto tratar-se de relações que se dão em ambiente no qual há nuances de poder e sedução decorrentes do próprio funcionamento familiar.

Ainda que o cárcere represente uma medida necessária, em alguns casos, no sentido de proteção da vítima, tratando-se de crime de violência sexual intrafamiliar, a tarefa de analisar o delito em si somente a partir da perspectiva do próprio sentenciado se torna bastante complexa.

O fato de o agressor estar institucionalizado, também impede que novas incidências ocorram, sendo que a vítima estará protegida enquanto durar a reprimenda, porém, a que se ressaltar que os conflitos determinantes ou as questões de fundo que levam ao cometimento dos crimes sexuais, especialmente intrafamiliares, estão relacionados a fatores complexos e multifacetados, envolvendo inclusive, a história pessoal de cada um dos membros da família.

Intervenções na perspectiva da justiça restaurativa, provavelmente seriam de grande valia para perscrutar os sentimentos e a qualidade das relações familiares, desvelando a natureza dos interesses e disposições pessoais na manutenção do vínculo e no estabelecimento de relações mais afetivas e saudáveis. É muito importante dar voz à vítima e a todos os demais familiares que direta ou

indiretamente estão envolvidos nas relações incestuosas, uma vez que o retorno do agressor ao lar e a possibilidade de reincidência perpassa pela qualidade dessas relações.

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os ofensores sexuais são geralmente associados a figuras monstruosas e desumanizadas, mesmo pelos próprios agressores, ainda que alguns deles o façam somente para reproduzir o senso comum. Representações logo são erigidas para preencher as lacunas despertadas por horrores impensáveis e estas têm um ‘colorido’ próprio. A história do austríaco Josef Fritzl e a situação de incesto, cárcere privado, filicídio e seu apelido “o monstro de Amstetten” são requeridas como um modelo válido¹⁶. Ou mesmo, “Jack - O Estripador”, um dos assassinos em série mais conhecidos da história (desconhecido quanto a identidade) que assassinava prostitutas em Londres no século XIX. Vale lembrar que “Jack” é como são nomeados os ofensores sexuais entre criminosos. No entanto, o assassino que virou mito não era estuprador. Ele nunca estuprou as prostitutas antes de matá-las. Mesmo assim, a lenda “Jack - O Estripador” logo se prontificou a caracterizar no imaginário social os indivíduos que cometem abuso sexual, independente se extra ou intrafamiliar. Podemos dizer que ele serve ao ego como um contrainvestimento nos moldes de um mecanismo de defesa para evitar o contato com esse conteúdo.

O simples fato de escrever sobre o assunto ou nomear-se profissional no trabalho destas questões impele certo distanciamento social. Existe certa proibição (não nomeada) de falar sobre as ofensas sexuais, principalmente as incestuosas. É como o rechaço que é observado na China ou Indonésia em que não se pode articular a palavra incesto. Ela é trocada por outros vocábulos e adicionando mímica, as pessoas entendem que se trata do impronunciável.

Mas essa reação emocional deve ser, dentro do possível, observada. Principalmente entre profissionais que trabalham na área da justiça, saúde e educação dentro do tema das ofensas sexuais. Reuniões de equipe, grupos de estudo e supervisão clínica e institucional devem ser ferramentas para que os limites e a função profissional sejam compreendidos enquanto possibilidade de atuação ética e antiética. A Psicanálise mantém uma atenção especial para um fenômeno que pode ser útil na reflexão desse momento: a contratransferência¹⁷.

¹⁶ Josef Fritzl é um homem condenado a prisão perpétua em 2009 na Áustria por crime de incesto, estupro, cárcere privado e homicídio. Ele praticava incesto com a sua filha Elizabeth Fritzl desde que esta tinha 11 anos de idade, em 1977. Em 1984 ele a aprisionou no porão de sua casa por 24 anos, na cidade de Amstetten, onde inicialmente a algemou, mantendo-a assim prisioneira, estuprando-a até abril de 2008. Das relações incestuosas nasceram sete filhos, um dos quais morreu logo após nascer, tendo Josef incinerado o seu corpo. GLATT, J. *Secrets in the Cellar: A True Story of the Austrian Incest Case that Shocked the World*. New York: St. Martin's Paperbacks, 2009.

¹⁷ O conceito é o “conjunto das manifestações do inconsciente do analista relacionadas com as da transferência de seu paciente.” (ROUDINESCO; PLOU, 1998).

Sabe-se que nos primeiros trabalhos freudianos a contratransferência era considerada uma reação do analista provocada pela transferência do paciente e, como tal, algo a ser superado para que o médico voltasse a trabalhar em condições de maior assepsia. A falta de regras claras para admissão de pacientes provocou uma série de imbróglis clássicos da atuação contratransferencial: Jung tornou-se amante de Sabina Spielrein e Sandor Ferenczi foi analista de sua mulher e da filha desta, por quem se apaixonou.

No entanto, a medida que o tratamento psicanalítico passou a ser entendido enquanto uma dualidade dinâmica, o termo foi se ampliando e ganhando uma função importante como meio de compreensão do funcionamento do paciente através do inconsciente do analista e da relação terapêutica. De Ferenczi a Wilfred Ruprecht Bion, passando por Paula Heimann, a contratransferência passou a operar cada vez mais como uma ferramenta de amálgama das *reveries*, mas jamais neutralizada.

A premissa de que devemos ser racionais no trabalho com situações de abuso sexual e escrutinar nosso subconsciente podem estar contidos também em conceitos da Bioética (Autonomia, Beneficência e Não Maleficência ou na Ética do Cuidado, entre outros), que balizam o exercício da função ou dentro da ética¹⁸ definida por Cohen e Segre (1995) como a percepção dos conflitos existentes na vida psíquica. Por exemplo, o que cabe a um psicanalista que atende um paciente que declara ofensas sexuais? Deve ele comunicar a comunidade sobre as declarações de seu paciente e interromper o tratamento? Presta atendimento mesmo sabendo que o paciente acaba de lhe comunicar um ataque sexual?

Na experiência de atendimento de famílias encaminhadas da Justiça com denúncia de abuso sexual intrafamiliar¹⁹, observou-se que uma instituição de saúde da capital paulista adotou um procedimento antiético no atendimento a uma família que procurou a obstetrícia. Buscando atendimento pré-natal, uma adolescente comunica a paternidade do irmão para a equipe. Automaticamente, comunicaram a situação às autoridades e, além disso, proibiram a entrada do jovem no hospital, impossibilitando acompanhar sua irmã e ver seu filho no momento do parto. Ou impactados com o incesto entre irmãos, ou seguindo um protocolo que teria um viés em violência de gênero, o enquadraram como um agressor e foi aberto um processo na Vara de Infância e da Juventude. É óbvio que houve um desvio de função quando operam com os dispositivos da polícia e do judiciário proibindo a entrada do jovem ao hospital e julgando-o culpado. Após iniciarem terapia familiar, os terapeutas

¹⁸ Conforme a definição de Cohen e Segre: "(...) a eticidade está na percepção dos conflitos da vida psíquica (emoção x razão) e na condição, que podemos adquirir, de nos posicionarmos, de forma coerente, face a esses conflitos. Consideramos, portanto, que a ética se fundamenta em três pré-requisitos: 1) percepção dos conflitos (consciência); 2) autonomia (condição de posicionar-se entre a emoção e a razão, sendo que essa escolha de posição é ativa e autônoma); e 3) coerência. Assim, fica caracterizado o nosso conceito de ética, reservando-se o termo eticidade para a aptidão de exercer a função ética.

¹⁹ CEARAS / FMUSP.

entendem que a sedução e as investidas sexuais foram da irmã para com o irmão, e não o contrário. Entretanto, diferente de entendermos como uma relação dual “agressor-vítima”, a disfuncionalidade familiar estava na base da indiferenciação de papéis e gerações, tratando-se de uma família incestuosa, o que não foi observado pela equipe do hospital ou mesmo pelos profissionais do Direito.

Mas de que ordem pode ser o impacto emocional do contato com o tema e ofensores sexuais, principalmente os incestuosos? Seria um componente presente no altruísmo e empatia com vítimas ou um componente da economia psíquica?

Em Totem e Tabu, Freud (1913) tenta explicar a reação social frente a violação de proibições através de um mecanismo inconsciente que está em conflito com o tabu. Tabu é um termo polinésio que perdeu seu significado para os ocidentais, mas que encontra sentido ora através daquilo que designamos como sagrado, ora como proibido, perigoso e impuro. O tabu é considerado o código de leis mais antigo que se tem notícia e remonta a um período anterior a qualquer sistema de religião. A punição em virtude da violação de um tabu era deixada a algum agente interno da mente (onipotentemente, o próprio tabu se vingava), ou com o advento dos deuses ela era aguardada por um ente divino, e, posteriormente, a própria sociedade encarregava-se da punição, expondo os executores ao perigo de contaminação. Ora, coisas, pessoas ou situações consideradas tabus são equiparadas a objetos carregados de carga elétrica e a situações contagiosas. Desta maneira, é a transmissibilidade do tabu que é temida e evitada em cerimoniais.

As mais antigas e importantes proibições ligadas aos tabus são as duas leis básicas do totemismo: não matar o animal totêmico e evitar relações sexuais com membros do clã totêmico do sexo oposto. O totemismo é o sistema religioso e legal de sociedades primitivas. Freud, Malinowski e outros realizaram essa arqueologia entre aborígenes australianos pelas semelhanças com os primitivos de outrora e observaram que eles têm uma preocupação fora do comum em relação a prevenção ao incesto. As tribos australianas dividem-se em clãs e cada um é denominado segundo o seu totem que ou é um animal, um vegetal ou um fenômeno natural. A característica principal desse sistema é a exogamia, uma lei extrema que proíbe relações sexuais entre pessoas do mesmo totem e, naturalmente, proíbe aos casamentos. A pena para relações sexuais com uma pessoa de um clã proibido é a morte para o homem e a perfuração por lanças para a mulher. Na Melanésia, por exemplo, quando um menino chega a uma certa idade, precisa deixar a casa dos pais e quando visitar a casa dos pais somente pode ficar se nenhuma irmã estiver lá. Mesmo assim, somente poderá sentar-se perto da porta para comer. Se um irmão e uma irmã se encontrarem ao ar livre, a irmã terá de fugir e esconder-se. Se um menino souber que certas pegadas na estrada são de sua irmã, não poderá seguir adiante. A penalidade para o incesto com uma irmã é a morte por enforcamento. Entre os batas da Sumatra um pai nunca pode ficar sozinho com a filha em casa, nem a mãe com o filho. E a evitação mais difundida e rigorosa é a que

impede as relações de um homem com a sogra. Por exemplo, em Vanua Lava, em Port Pattenon, um homem só pode seguir a sogra ao longo da praia depois que a maré tiver retirado suas pegadas da areia e somente podem se falar a uma certa distância. Essas relações entre genro e sogra (e vice e versa) são bastante delicadas também nas sociedades civilizadas como sabemos. As piadas de sogras são abundantes e, conjuntamente com todas essas evitações, fornecem valioso material para análise daquilo que sem dúvida subjaz a essa relação: ambivalência e conflito de sentimentos incestuosos de ambas as partes.

A sexualidade dos seres humanos está condicionada à passagem por uma erotização materna e a uma multiplicidade de fatores da vida em família que irão regular seu ajustamento social. Todos tivemos que, de alguma forma, reprimir os impulsos incestuosos dirigidos primariamente àqueles que se ocuparam dos cuidados com nosso corpo. A primeira escolha de objeto de qualquer criança é incestuosa e demanda toda uma economia de energia para mantê-la reprimida na fase adulta. É óbvio que a repressão não consegue abolir o instinto e ambos acabam coexistindo e gerando uma atitude ambivalente. Mas, via de regra, esses traços somente apareceriam em sonhos, atos falhos ou sintomas.

Diz-se que o neurótico ou falhou em libertar-se das condições psicosssexuais da infância (perverso polimorfo) ou a elas retornou.

Nesse momento podemos acompanhar Freud e Lévi-Strauss na premissa de que, subjacente a tamanha proibição deve existir impulsos contrários da mesma intensidade, visto que não haveria necessidade de proibir (culturalmente) algo que fosse antinatural ou pudessem ser contidos por freios biológicos. Mas não existe nada parecido a um horror inato ao incesto; ele precisa ser construído e ensinado na convivência em família.

Inconscientemente (e, em graus variados para cada personalidade), existe forte inclinação para a transgressão ao tabu do incesto em cada um de nós. Tomar consciência dessa fragilidade é o que nos torna humanos e capazes de *empatizar* com os indivíduos ofensores sexuais e as famílias incestuosas. Dentro de uma visão bioética, isso não significaria sermos indulgentes e trabalhar sem a vertente da Justiça ou mesmo perdermos a sensibilidade para com a maldade. Ao contrário, no perfeito exercício das funções materna e paterna de continência e estabelecimento de limites, respectivamente, minimamente precisaríamos da área da Justiça e da Saúde Mental para, cada uma a seu turno, colocar limites e obstáculos concretos aos indivíduos que não internalizaram adequadamente os limites e tentar escutar, compreender e assinalar as motivações para a estruturação de um aparelho psíquico que não leva em conta a diferenciação entre princípio do prazer e princípio de realidade.

Desta maneira, consideramos que alguém que tenha violado o tabu do incesto e seus correlatos²⁰, torna-se ele mesmo tabu porque possui a perigosa qualidade de tentar outros a seguir-lhe o exemplo. Ora, não devemos permitir o que nos foi proibido. Esse é o pacto social para a convivência. E, como ele é verdadeiramente contagioso naquilo em que todo exemplo incentiva a imitação, ele próprio deve ser evitado e exortado da vista, da consciência e de preferência castigado cruelmente para apaziguar o risco de contágio.

Como colocado por Razon (ibid.):

“(...) se o autor de uma transgressão não for severamente punido, eventualmente até pela morte, seu gesto arrisca despertar sentimentos de ciúme e de inveja no seio do grupo... Assim, para reprimir essa tentação, é preciso punir a audácia daquele cuja satisfação é invejada.”

O impacto emocional frente aos ofensores sexuais está contido no conceito de que ‘aquele que transgride um tabu torna-se ele mesmo tabu’ e que certos perigos de contaminação pela exposição ao tabu podem ser evitados por atos de expiação, proteção, praguejamento, vingança e destruição. Como imperativo categórico de Kant que não permite pensamento ou motivação autônoma e, de antemão, ao nos depararmos com uma relação incestuosa ou outro tipo de ofensor sexual denunciado, lançamos mão de uma imagem definida a priori, mas saturada por informações que não permitem retoques, percepção ou autonomia para como devemos nos comportar.

Podemos nos questionar se o desejo social de ver o ofensor sexual como um ser desumano e monstruoso não se forma como uma tela protetora diante de nossos próprios desejos incestuosos (inconscientes) e do conflito frente à cultura. Afastando-o através de projeções para animais ou seres abjetos, estaríamos afastando o risco do retorno do recalcado que, sob grande dispêndio de energia, faz arranjos e formações de compromisso para sua descarga adequada ao processo secundário de pensamento.

Considerando que não existem dados estatísticos em São Paulo a respeito dos tipos de ofensas sexuais e perfil dos ofensores, e acreditando que muitos homens e mulheres encarcerados sejam ofensores sexuais incestuosos, torna-se de fundamental importância protocolos de pesquisas científicas que apresentem dados quantitativos diferenciando abuso sexual intra e extrafamiliar. Dos abusos intrafamiliares, pesquisas que analisem as variáveis a respeito da relação de parentesco, duração do abuso, características da denúncia e estudos qualitativos que desvelem a organização e dinâmica familiar antes e depois do encarceramento seriam os primeiros passos para um salto qualitativo na

²⁰ A pedofilia pode ser considerada um correlato do desejo incestuoso na medida em que desejo se *desloca* constantemente, a fim de fugir ao impasse (proibição x desejo x medo de retaliação), e se esforça por encontrar substitutos – objetos substitutos e atos substitutos – para colocar em lugar dos proibidos.

abordagem ao fenômeno no sistema carcerário paulista e brasileiro. Outrossim, estudos pilotos que versem sobre alternativas de tratamento em saúde mental também deveriam receber grupos de pesquisa e atenção dos dirigentes.

Gostaríamos de considerar que todo aquele que se disponibiliza a trabalhar com ofensas sexuais deveria se submeter a uma terapia pessoal para pensar desde os conflitos que surgem no dia a dia e as dificuldades práticas, até os determinismos inconscientes que estão operando em nossa escolha profissional. Na verdade, todos que trabalham com seres humanos na área da saúde, educação, assistência social e justiça deveriam cuidar para não adoecerem ou para não perderem a sensibilidade para certas questões, independente do foco de atuação não ser específico com ofensas sexuais. Manter esse parâmetro de trabalho centrado na personalidade, na intuição e na ética individual é fundamental. No consultório recebendo famílias com queixas diversas ou em uma instituição que trabalhe especificamente com incesto, todos os dias nos deparamos com questões de grande sofrimento psíquico ou que envolvem conflito de interesses/valores de ordem moral que demandam grande desgaste emocional. Além da supervisão institucional / clínica, reuniões de equipe, grupos de estudo e capacitação profissional, a terapia pessoal é altamente recomendada para manter a saúde mental, a discriminação dos aspectos da vida em família e um adequado desempenho da função.

E para finalizar, devemos nos perguntar qual é nosso limite para trabalhar dentro da ética com ofensas sexuais. Ou seja, estar tão próximo a destrutividade e a Pulsão de Morte exige não somente uma estrutura institucional que se disponha a dar suporte para trabalhar com essa realidade, como também estrutura emocional, disponibilidade egóica e preparo técnico. Devemos ter sempre em mente que ninguém está apto a ir além do que suas resistências internas lhe permitem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, K. The influence of oral erotism on character-formation. *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 6, p. 247-258, 1925.

ALEXANDER, F; HEALY, W. (1935). Un favorito de las mujeres. **Revista de Psicoanalysis**. Argentina, n.3, p.278-298, 1945-46.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5**. — 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

AZEVEDO, M.A.; AZEVEDO GUERRA, V.N. **Pele de asno não é só história: um estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes em família**. São Paulo, Roca, 1988.

BAKER, K.A.; DWAIRY, M. Cultural norms versus state law in treating incest: a suggested model for Arab families. *Child, Abuse & Neglect*, Chicago, v.27, n.1, pp.109-123, 2003.

BARBAREE, H. E. et al. Evaluating the predictive accuracy of six risk assessment instruments for adult sex offenders. **Criminal Justice and Behavior**. Vol 28, p. 490-521, 2001.

BERGERET, J. **A personalidade normal e patológica**. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 1996. 261 p.

BION, W. R. **Transformações: do aprendizado ao crescimento**. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1965.

BLACK, M.C. et al. **The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report**. National Center for Injury Prevention and Control, Center for Disease Control and Prevention. Atlanta; 2011.

BOROUGHES, D. S. Female sexual abusers of children. **Children and Youth Services Review**, vol. 26, n. 5, p. 481-487, 2004.

BREIDING, M. J. et al. **Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization**—National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Center for Disease Control and Prevention; 2014.

COHEN, C. et al. **Mental health treatment in families with incestuous relations**. In: World Psychiatric Association International Congress - Treatments in Psychiatry: an update, 2004, Florence - Itália. Abstracts do World Psychiatric Association International Congress - Treatments in Psychiatry: an update, 2004. v. 3. p. 330.

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

COHEN, C.; FIGARO-GARCIA, C. **Uma proposta institucional de atendimento de casos de violência sexual intrafamiliar**. In: COHEN, C.; FERRAZ, F. C.; SEGRE, M. (Org.). Saúde mental, crime e justiça. São Paulo: Edusp, 1996.

COHEN, C.; MATSUDA, N.E. Crimes sexuais e sexologia forense: um estudo analítico. **Rev. Paul. Med.**, v.109, n.4, pp.157-164, 1991.

COHEN, M.A.; MILLER, T.R. The cost of mental health care for victims of crime. **J Interpers Violence**. Vol. 13, n. 1, p. 93-110, 1998.

COHEN, C; SEGRE, M. **Definição de valores, moral, eticidade e ética**. In: SEGRE, M., COHEN, C. Bioética. São Paulo: Edusp; 1995.

COHEN, M.A.; MILLER, T.R. The cost of mental health care for victims of crime. **J Interpers Violence**, vol. 13, n. 1, p. 93-110, 1998.

CONWAY, M. et al. Childhood and adult sexual abuse, rumination on sadness, and dysphoria. **Child Abuse & Neglect**, vol 28, p. 393- 410, 2004.

CRAISSATI, J.; MCCLURG, G.; BROWNE, K. The parenteral bonding experiences of sex offenders: a comparison between child molesters and rapists. **Child Abuse & Neglect**, vol 26, n. 9, p. 909-921, 2002.

CROMBERG, R. U. **Cena incestuosa: abuso e violência sexual**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. (Coleção Clínica Psicanalítica)

DEUTSCH, H. **La psicología de la mujer**. 5a. ed. Buenos Aires: Editorial Losada; 1960.

FINKELHOR D. **The Dark Side of Families: Current Family Violence Research**. Newbury Park, CA, Sage Publications, 1983.

FINKELHOR, D. et al. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. **Child Abuse Negl**, vol. 14, n. 1, p. 19-28, 1990.

FINKELHOR, D.E. **A sourcebook on child sexual abuse**. Newbury Park, CA: Sage.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. 30. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

FREUD, S. (1905). **Tres ensayos de teoría sexual**. In: FREUD, S. Fragmento de análisis de un caso de histeria, Tres ensayos de teoría sexual y otras obras. Traducción directa del alemán de José L. Etcheverry. Argentina: Amorrortu, 1978. (Obras completas Sigmund Freud, Vol. VII)

_____. (1929). **O mal-estar na civilização**. In: FREUD, S. O futuro de uma ilusão, O mal estar na civilização e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1930. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XXI).

_____. **El tabú y la ambivalencia de las mociones de sentimiento (1913-1914)**. In: Tótem y tabú y otras obras. Argentina: Amorrortu edits. 1980. (Sigmund Freud Obras Completas, Vol. XIII).

_____. **Totem e Tabu: alguns pontos de concordância entre a vida mental dos selvagens e dos neuróticos (1913)**. In: FREUD, S. Totem e tabu e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1912-1913. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIII).

FRIEDEMANN, A. Séquelles tardives d'attentats à la pudeur des enfants et des adolescents. **A criança portuguesa**, vol. 19, p. 215-236, 1960.

GEISER R. Hidden victims. Boston: Beacon; 1979.

GOBBETTI, G. J. **Incesto e saúde mental: uma compreensão psicanalítica sobre a dinâmica das famílias incestuosas**. São Paulo, 2000. Dissertação [Mestrado] - Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.

GOBBETTI, G. J. **A função da confidencialidade: bioética e incesto**. São Paulo, 2006. Tese [Doutorado] – Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.

GOBBETTI, G. J.; COHEN, C. **Cearas: uma reflexão sobre as funções da família**. In: COHEN, C.; FERRAZ, F. C.; SEGRE, M. (Orgs). Saúde mental, crime e justice. Ed.2. São Paulo: Edusp, 2006. p.149-157.

GONZALEZ, E. Uma aproximación a las características de los abusadores sexuales y los factores asociados al abuso. **Cuad. Méd. Soc.**, Vol. 52, n. 4, p. 187-198,2012. Disponível em: http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/2012/52/4/52_4_2.pdf. Acesso em: 03.04.2017.

GOVER, A.R.; MACKENZIE, D.L. Child maltreatment and adjustment to juvenile correctional institutions. **Criminal, Justice and Behavior**, vol. 30, n. 3, p. 374-396, 2003.

HILL, J. et al. Child sexual abuse, poor parental care and depression: evidence for different mechanisms. **British Journal of Psychiatry**, vol. 179, p. 104-109, 2001.

HOLOYDA, B.J.; NEWMAN, W.J. Recidivism Risk Assessment for Adult Sexual Offenders. **Current Psychiatry Reports.**, New York, Vol. 18, n. 17, p. 2016.

KELLY, R. J. et al. Effects of Mother-Son Incest and Positive Perceptions of Sexual Abuse Experiences on the Psychosocial Adjustment of Clinic-Referred Men. **Child Abuse Negl.**, vol.26, n. 4, p. 425-441, 2002.

KLEIN, M. **Estágios iniciais do conflito edipiano**. In: M. KLEIN. Amor, culpa e reparação / e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1928.

KRUG, E. G. et al. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

KRUG, R. S. **Adult male report of childhood sexual abuse by mothers: Case descriptions, motivations and long-term consequences**. Child Abuse & Neglect, vol. 13, n. 1, p. 111-119, 1989.

LANGFELDT, T. **Is "Pedophilia" a Useful or a Confusing Concept? An Empirical Study on Sexual Abuse of Children, Sexual Orientation and Typology: Implications for Therapy**. Sexual Offender Treatment, vol. 5, n. 1, 2010.

LAWSON, C. Mother-son sexual abuse: Rare or underreported? A critique of the research. **Child Abuse & Neglect**, vol. 17, n. 2, Mp. 261-269, 1993.

LEICHSENRING, F; RABUNG, S. **Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis**. JAMA. Vol. 300, n. 13, p. 1551-1565, 2008.

LÉVI-STRAUSS, C. et al. **A família: origem e evolução**. Porto Alegre: Editorial Villa Martha, 1980. Coleção Rosa dos Ventos.

LÉVI-STRAUSS, C. **Le strutture elementari della parentela**. Milano: Feltrinelli, 1969.

LUKIANOWICZ, N. Incest. I: Paternal incest. II: Other types of incest. **Brit. J. Psychiat**, vol. 120, n. 556, p. 301-313, 1972.

LUSTIG, C.N. et al. Incest: a family group survival pattern. **Arch. Gen. Psychiat**. Vol. 14, p. 31-40, 1966.

MARINER, J. **No escape: male rape in U.S. Prisons**. New York: Human Rights Watch, 2001.

MARQUES JÚNIOR, G. **Quem entra com estupro é estupro: avaliações e representações de juizes e promotores frente à violência no cárcere**. 2007. 188f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito – Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2007.

MARSHALL, W.L., LAWS, D.R., & BARBAREE, H.E. (Eds.). **Handbook of sexual assault**. New York: Plenum Books, 1990.

MEYERSON, L.A. et al. The influence of childhood sexual abuse, physical abuse, family environment, and gender on the psychological adjustment of adolescents. **Child Abuse & Neglect**, vol. 26, p. 387-405, 2002.

MOLNAR, B.E.; BUKA, S.L.; KESSLER, R.C. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. **American Journal of Public Health**, vol. 91, n.5, p. 753-760, 2001.

OLIVIERI, D. **Dizionario etimologico italiano**. Milano: Ceshina, 1953. p.149.

PELEGRINO, H. Pacto edípico e pacto social (da gramática do desejo à sem-vergonhicebrasílica). **Folhetim** – Suplemento da Folha de São Paulo nº 347 de 11/set/1983.

PIMENTEL, S. et al. **Estupro: crime ou “cortesia”? Abordagem jurídica de gênero**. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris Editor, 1998.

PORTER, S. et al. Profiles of psychopathy in incarcerated sexual offenders. **Criminal Justice and Behavior**. Vol 27, n. 2, p. 216-233, 2000.

RAZON, L. **Enigma do incesto: da fantasia à realidade**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2007. 191 p.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Trad. Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SERAFIM, Antonio de Pádua et al. **Perfil psicológico e comportamental de agressores sexuais de crianças**. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 101-111, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000300004, Acesso em 03.04.017.

SHARMA, B.R.; GUPTA, M. Child abuse in Chandigarh, India, and its implications. **Journal of**

Clinical Forensic Medicine, vol. 11, n. 5, p. 248-256, 2004.

STEEL, J. et al. Psychological sequelae of childhood sexual abuse: abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. **Child Abuse & Neglect**, vol. 28, p. 785-801, 2004.

SUANNES, C. A. M. **A sombra da mãe: psicanálise e vara de família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

TERRY, K. J.; ACKERMAN, A. R. **A brief history of major sex offender laws**. In: Sex offender laws: failed policies, new directions. New York: Springer; 2015. p. 50–68.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Child Maltreatment 2005**. Washington: US Government Printing Office; 2007.

VALENÇA, A. M. Relationship between sexual offences and mental and developmental disorders: a review. **Rev. Psiq. Clín.** vol. 40, n. 3, p. 97-104, 2013.

VARGAS, J. D. Familiares ou desconhecidos: a relação entre os protagonistas do estupro no fluxo do Sistema de Justiça Criminal. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Vol. 14, n. 40, p. 63-82, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence**. 2009. Link: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/neglect/en/

ZUQUETE, José Gonçalo; NORONHA Ceci Vilar. “Foi normal, não foi forçado” versus “Fui abusada sexualmente”: uma interpretação dos discursos de agressores sexuais, das vítimas e de testemunhas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Vol. 22, n. 4, p. 1357-1376, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a06v22n4.pdf>. Acesso em 03.04.2017.

SAÚDE MENTAL NO SISTEMA PRISIONAL DO ESTADO DE SÃO PAULO: DESAFIOS E PARADIGMAS

Marco Polo Soares Dias da Silva¹

RESUMO

O artigo tem a intenção de discutir os paradigmas e desafios dos profissionais de saúde no tratamento do doente mental que se encontra na instituição penal. O material utilizado para a elaboração deste trabalho foi composto por meio de revisão bibliográfica. No primeiro capítulo, são citados trechos da história da saúde mental no Brasil. No segundo capítulo são tratados os conceitos de Território e de rede de tratamento em saúde mental da atualidade, encontrada no Brasil. No terceiro capítulo é abordado conceito de liberdade, de prisão e de saúde mental. Nas considerações finais são discutidos assuntos relacionados ao doente mental encarcerado e o papel do profissional de saúde que trabalha na instituição penal.

Palavras chave: Profissionais de saúde. Tratamento de saúde. Prisão. Saúde mental.

INTRODUÇÃO

A saúde mental, no que se refere ao seu tratamento, sempre foi um desafio para os profissionais de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, atualmente 3% da população mundial apresenta transtornos mentais graves e persistentes necessitando de cuidados contínuos, de 9% a 12% apresentam transtornos mentais leves também necessitando de cuidados eventuais (Favaro, 2012; Secretaria de Atenção à Saúde, 2009).

A Ciência Psiquiátrica desde o início da sua história tem como objetivo entender e classificar transtornos mentais. Instituições que tomam como critério as premissas adotadas pela Organização Mundial de Saúde permitem linguagem utilizada por diversas tendências, onde algumas vezes divergem no seu entendimento.

A tendência entre os profissionais de saúde é compreender a doença mental apenas focando e evidenciando os sintomas que apresentam alterações fisiológicas, orgânicas e psicológicas do indivíduo.

¹ Diretor Técnico II, Centro de Penas e Medidas alternativas, Regional Vale do Paraíba e Litoral. Psicólogo. Avenida Andrômeda, 2721, Jardim Satélite, São José dos Campos/SP, CEP 12233-000, Telefone: (12) 99159-3510, E-mail: marcopolo.sds@hotmail.com.

Entretanto, compreender o transtorno mental significa repensar, modificar e desconstruir preconceitos, ideologias, crenças e valores em relação às patologias mentais, utilizando fundamentalmente os princípios norteadores estabelecidos através da Reforma Psiquiátrica consolidada através da Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. A principal proposta da Reforma consiste na construção de estatuto social para os indivíduos portadores de transtornos mentais, fundamentado nos Direitos Universais Humanos (Almeida, Felipes e Dal Pozzo, 2011).

O objetivo do trabalho é discutir os desafios e paradigmas enfrentados pelo profissional de saúde e/ou psicólogo no tratamento do doente mental nas Unidades Penais. Para isto também é importante apresentar o processo da Reforma Psiquiátrica e como a Rede de Saúde Mental brasileira se configura. O material utilizado para elaboração deste estudo foi através do método da Revisão Bibliográfica.

HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL.

Melo² (2007) afirma que a história que compreende a Reforma Psiquiátrica brasileira pode ser considerada a partir de 1992, com uma participação expressiva dos movimentos sociais. Contudo foi através do projeto de Lei de Paulo Delgado³, que permitiu que vários estados do nosso país aplicassem leis, que sobretudo substituíssem os leitos psiquiátricos de longa duração por uma rede de atendimento com atenção a Saúde Mental.

Quando o Brasil firma o seu compromisso na assinatura da Declaração de Caracas⁴ e acontece a realização da II Conferência de Saúde Mental, ainda na década de 90, passa a vigorar as primeiras normas federais, com a intenção de implantar a regulamentação de serviços em rede de atenção diária. São criadas normas de fiscalizações para classificar a atuação dos hospitais psiquiátricos. Mas só depois de 12 anos, ou seja, no ano de 2001, em razão das tramitações no Congresso Nacional que a Lei Paulo Delgado entra em vigor no Brasil.

Durante toda a tramitação da Lei, foram feitas modificações importantes no seu texto original,

² Publicou o Livro Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil, 2007

³ “(...) 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país” disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 01 nov. 2017.

⁴ “(...) Em novembro de 1999, os delegados de diversos países latino-americanos, reunidos em Assembléia da Associação Psiquiátrica da América Latina (APAL) – instituição também signatária da Declaração de Caracas –, na Ilha de Margarida, Venezuela, aprovaram um documento pelo qual manifestavam sua preocupação com o que se observava na região e faziam recomendações aos governos dos países latino-americanos”. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000100002, Acesso em 01 nov. 2017.

e finalmente foi instituída a LEI nº 10.216/2001.

Em dezembro do mesmo ano também foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com o objetivo de organizar a Política de Saúde Mental do governo federal orientada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica. São criadas linhas específicas de financiamento pelo Ministério da Saúde, para a criação de novos serviços que vão substituir os hospitais psiquiátricos. Também novos protocolos são implantados na fiscalização, gestão e para a diminuição programada dos leitos psiquiátricos de longa duração no nosso país (Melo 2007).

A Lei Federal nº 10.216/2001 uma conquista do movimento social organizado e que deu respaldo e legitimidade ao processo de Reforma Psiquiátrica – dispõe sobre a proteção das pessoas com transtorno mentais e redireciona todo o modelo assistencial na área, reconhecendo como direitos: Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades; Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, para alcançar sua recuperação pela inclusão na família, no trabalho e na comunidade; Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; Ter garantia de sigilo nas informações prestadas; Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização sem sua concordância; Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (Ministério Público Federal, Procuradoria dos Direitos do Cidadão, 2012, 16-17)

Oliveira⁵ (2011) complementa afirmando que podemos considerar os seguintes marcos históricos no movimento pela reforma do sistema de atenção à Saúde Mental brasileira, são eles: o Movimento da Reforma Psiquiátrica, o de Trabalhadores de Saúde Mental, o da Luta Antimanicomial e ainda o da Reforma Sanitária. Todos estes movimentos são pautados por temas como inclusão, solidariedade, cidadania e conscientização.

Na atualidade, existem inúmeros desafios a serem conquistados: implantação de redes de serviços substitutivos ao modelo de atenção tradicional, investimento na formação profissional de forma mais humanizada, aumento do trabalho interdisciplinar; construir mudanças de paradigmas propostos por uma epistemologia⁶ de base essencialmente nosológica⁷.

Durante todo movimento histórico da Luta Antimanicomial, foram incorporados para a prática profissional atual muitas das questões que eram apenas reivindicações, que se transformaram em políticas públicas de saúde, o que constitui ganhos inquestionáveis, mas, por outro lado, com a

5 Publicou o artigo científico: Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil contextualizando o conceito de desinstitucionalização Saúde em Debate, 2011.

6 “Ramo da filosofia que se ocupa dos problemas que se relacionam com o conhecimento humano, refletindo sobre a sua natureza e validade”. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/epistemologia>>. Acesso em: 05 Nov. 2017.

7 “Parte da Medicina que descreve, estuda e classifica as doenças”. <https://dicionariodoaurelio.com/nosologia> Acesso em: 05 Nov. 2017.

burocratização, traz o perigo da perda das origens da luta e dos anseios de transformações.

O termo desinsitucionalização, nesse contexto, é norteador, com a proposta de mudança social, de transformação de uma mentalidade de exclusão do diferente, onde o doente mental se inclui entre os mais diferentes (Oliveira 2011).

CONCEITO DE TERRITÓRIO E EQUIPAMENTOS QUE COMPÕE A REDE DE TRATAMENTO PARA SAÚDE MENTAL

Para o Ministério da Justiça (2016), “Território” não se resume apenas na referência geográfica. É compreender as relações sociais do usuário, seus afetos, suas rotinas, lugares que frequenta, ou seja, elementos que fazem parte da vida do indivíduo. Entender o conceito de “território” é ampliar a visão de tratamento do usuário, incluindo a sua rede social para auxiliá-lo no cuidado e alívio do sofrimento. O principal desafio com as aproximações das ações de saúde mental é incluir o paciente dentro da comunidade do seu território, sem estigmatizar, a diversidade que a doença expressa.

A publicação da Portaria nº 30088, de 23 de dezembro de 2011, veio regulamentar de forma detalhada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pelo Decreto nº 7.508/2011. Nela estão descritos os principais serviços e ações que oferecem atenção psicossocial no país para todas as pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, incluindo aqueles decorrentes do uso prejudicial de drogas. A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados pontos de atenção promove a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Essa rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede conforma-se na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. Para a organização dessa rede, a noção de território é especialmente orientadora. O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dá a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa, assim, resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. (Ministério da Justiça, 2016, p133).

O Ministério da Justiça (2016) descreve as RAPS sendo formadas por vários equipamentos da Saúde e Assistência Social. O primeiro é a Atenção Básica em Saúde, que faz parte do Programa Estratégia Saúde da Família (ESF), o objetivo é a promoção da saúde, através da prevenção e investimento nas ações individual e coletiva, na reabilitação, tratamento e manutenção da saúde. Outro programa é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja principal característica é a formação de equipes de equipes de multiprofissionais que trabalham em conjuntos com as equipes

do ESF.

Existe o programa Consultório na Rua, que são locais formados por equipes multidisciplinares com o foco no atendimento dos moradores em situação de rua.

Os Centros de Convivência trabalham com o estímulo à Cultura. São locais que atuam nos processos de reabilitação psicossocial a partir do resgate e criação de espaços de convívio solidário.

Os Centros de Atenção Psicossocial, (CAPS) são do tipo I, II e III: serviços com profissionais de diversas áreas de atuação, especializados em saúde mental, que trabalham na perspectiva interdisciplinar. Estes profissionais realizam acompanhamentos de usuários com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes. Já os CAPS especializados em Álcool e Drogas (CAPSad), atendem pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Também existem CAPS que atendem o público infantojuvenil (CAPSi). As modalidades de CAPS quando for III, funcionam 24 horas. Todos estes serviços devem se organizar para atender as demandas na forma “porta aberta”, como também mapear as populações específicas, na maioria das situações vulneráveis, que devem ter cuidados diferenciados.

Outro equipamento da RAPS são as denominadas Comunidades Terapêuticas, serviços de atenção e cuidados contínuos, com a característica de serviço residencial e transitório; geralmente os usuários moram em torno de 10 meses, dependendo da situação pode variar para mais ou menos o tempo de permanência. São apenas encaminhados para as Comunidades Terapêuticas, usuários referenciados pelos os CAPS do território.

Já na Atenção Hospitalar, existem os serviços de Atendimento a Urgência e Emergência em caráter Móvel (SAMU), atuam com a demanda do seu território, incluído a Saúde Mental.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviços Hospitalar ou Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, realizam atendimento de urgência e emergência em saúde, incluindo as consideradas de saúde mental. Para o paciente ter acesso aos leitos, tem que ser avaliados através de critérios clínicos, respeitando a característica de gestão local que são formadas por Centro Regulador ou CAPS de referência.

Para as Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS, existem o Serviço Residencial Terapêutico, são residências inseridas na comunidade, com a intenção de garantir aos egressos de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou Hospitais de Custódia, busca a participação nos equipamentos que compõe a RAPS para a interação progressiva da inclusão social. O Programa de Volta para a Casa, embasado na Lei nº 10.708/2003 e a Estratégia de Reabilitação Psicossocial fazem parte da RAPS:

Programa “De Volta Para a Casa” (...) programa de inclusão social, instituído pela Lei nº 10.708/2003, que visa contribuir e fortalecer os processos de desinstitucionalização. O que faz: provê mensalmente auxílio-reabilitação, de caráter indenizatório, para pessoas com transtorno mental egressas de internações de longa permanência (mais de 2 anos ininterruptos). (...) Estratégia de Reabilitação Psicossocial. (...) são iniciativas que visam à geração de trabalho e renda, incluindo os empreendimentos solidários, cooperativas sociais e moradias solidárias. São ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso prejudicial de drogas. O que faz: opera na criação de novas estratégias para as pessoas que, por contextos diversos, não acessam espaços formais de qualificação, trabalho e habitação. Possibilita a experiência de formas mais solidárias de inclusão a populações de extrema vulnerabilidade. Com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial como uma das redes prioritárias no reordenamento das ações e serviços do SUS, a partir de 2011, o Hospital Psiquiátrico deixou de ser considerado um ponto de atenção em saúde mental, sendo que as internações necessárias devem ocorrer em Hospitais Gerais. Esses serviços dispõem de recursos e de tecnologias de suporte adequado aos comprometimentos e/ou comorbidades clínicas, agravantes nos transtornos mentais (Ministério da Justiça, 2016, p139).

PERDA DE LIBERDADE E A SAÚDE MENTAL.

CREMESP (2013) afirma que o termo “liberdade” durante a história da humanidade vem se transformando. Mas na maioria das vezes, esta noção está associada ao poder do ser humano em executar uma ação, de acordo com sua própria vontade. Em contrapartida, desde o início da nossa civilização, a sociedade lentamente vem questionando em relação aos criminosos doentes mentais, quanto à relação da liberdade, frente aos direitos civis. Quando o indivíduo com transtorno mental, perde a sua liberdade, fundamentada na necessidade social de se proteger do doente mental, considerado perigoso para si ou para os outros. No Brasil ao longo da história, são consideradas perigosas as pessoas portadoras de algum tipo de doença mental, que cometeram um ato considerado antissocial. Estas avaliações muitas vezes eram baseadas na probabilidade de que esse indivíduo voltasse a cometer o ato novamente, portanto estas medidas de segurança social eram preventivas, porém muitas vezes não igualitárias.

De acordo com a LEI DE EXECUÇÃO PENAL⁸ os estabelecimentos prisionais têm como objetivo, guardar aquele sujeito, que foi imposta a pena de prisão.

As modalidades de prisões são divididas em Centro de Detenções Provisórias (CDPs): destinados a recolher presos em caráter provisórios. As Penitenciárias, destinadas a presos condenados com sentença no regime fechado; Centro de Progressão Penitenciária (CPPs): para condenados em regime semiaberto, presos beneficiados com a progressão ou regressão da pena. Hospital de Custódia: destinam-se aos infratores que receberam medida de segurança, inimputáveis

⁸ Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984.

ou semi-imputáveis⁹.

Os Centros de Ressocialização são para detentos que demonstraram boa conduta, e respostas positivas as intervenções terapêuticas penais durante o cumprimento da pena, com sentença que podem variar entre os regimes provisório, semiaberto ou fechados, próximos a região em que vivem.

Segundo a Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo, atualmente no estado funcionam 168 Unidades Prisionais, onde são 85 Penitenciárias, 42 Centro de Detenção Provisórias, 15 Unidades de Progressão Penitenciária, 22 Centros de Ressocialização, uma Unidade de Regime Disciplinar Diferenciado, três Hospitais de Custódia, com um total de vagas disponíveis em torno de 137.327; ainda estão em construção 17 novas Unidades Prisionais em todo o estado de São Paulo. A população carcerária está com aproximadamente 229.012 apenados¹⁰.

O Conselho Federal de Psicologia (2010) afirma que a Luta Antimanicomial não conseguiu acabar com os hospícios, mas continuam sendo alvo de transformações, para que um dia tenham seu fim. É importante considerar que o movimento da luta antimanicomial apresentou outra lógica de pensar a instituição fechada, a atenção ao doente mental, o seu cuidado, a loucura e a inserção do doente na sociedade.

Outro questionamento do Conselho Federal de Psicologia é em relação às prisões. Atualmente o preso com transtorno mental é tratado de acordo com a lógica do movimento da Luta Antimanicomial? Qual são os desafios encontrados pelos profissionais de saúde dentro do sistema penal?

Dos profissionais que trabalham longos períodos dentro do sistema penitenciário é exigido reflexão contínua sobre o local em que trabalha, além do que deve manter os sentidos apurados para perceber o sofrimento do outro no espaço de confinamento. Sempre estar atento e tomar cuidado para não dar continuidade e agravar o sofrimento do outro, mas procurar maneiras de amenizar esse sofrimento.

Quando o preso possui um diagnóstico que qualifica o seu transtorno mental, o profissional de saúde tem que sempre pautar suas ações nas diretrizes implementadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Deste modo o profissional de saúde não pode se acomodar ao mau cheiro e as condições físicas,

⁹ “Art. 26. Parágrafo único A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”. (Codigo Penal. Decreto Lei N.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940).

¹⁰ Dados fornecidos pelo <http://www.sap.sp.gov.br/>. Acesso em 05 de dezembro de 2016.

muitas vezes, precárias da instituição, aos gritos dos internos pedindo ajuda, e terminar por entender que é normal e natural que esses espaços sejam assim. A perda do estranhamento das ações de contenção na instituição, onde o profissional passa a entender que não há como intervir nos castigos institucionais.

(...) Nosso compromisso social é só o de humanizar a relação com o outro, atendendo ao outro, promovendo a escuta ao outro? Ou também de ter controle social, de poder estar lá dentro transformando aquela instituição, não só na relação com o interno, mas questionando a lógica de funcionamento carcerário? É um desafio, a penitenciária como lugar de reabilitação. (...) É difícil trabalhar com reabilitação na prisão. Como podemos produzir um espaço de corresponsabilidade das ações junto com outros dispositivos da sociedade, com as políticas públicas de várias áreas? A impressão que eu tenho é a de que, quando entramos na instituição total, dentro das prisões, dentro dos manicômios, dentro dos grandes asilos, ficamos à parte da sociedade. O profissional também se coloca fora da sociedade. Então, eu falo assim, muitas vezes ficamos só “enxugando o gelo” dos problemas institucionais. Quando vamos embora, não temos mais nenhum compromisso com aquele trabalho e com o que aconteceu lá dentro. Então, como também podemos iniciar esse trabalho de corresponsabilização da sociedade pelo que acontece dentro do sistema prisional? O psicólogo trabalha em rede, deve se ver dentro e fora da instituição total. Acho que é superimportante que nós, dentro da instituição total, possamos vislumbrar o trabalho para fora. Essa é uma missão importante do nosso trabalho. É a oportunidade de dar visibilidade àqueles que ninguém quer que sejam visíveis. O profissional, a sociedade, tende a desinvestir em certas pessoas “esse é assassino, esse é psicopata”... É impressionante: dentro dos manicômios judiciários, pessoas que são ditas como psicopata você vai conversar, você conhece a pessoa, você faz entrevistas, enfim, você começa a ter vínculo, a criar vínculo com aquela pessoa, e você descobre que são pessoas que, pensando numa outra nomenclatura clínica, na verdade você está lidando com um quadro de psicose, enfim. Mas, naturalmente, aceitamos a idéia de que não podemos nos aproximar daqueles indivíduos, de que eles são perigosos, e muitas vezes acatamos essa forma institucional para proteção de nós mesmos do perigo tão próximo. E, assim, não faz um trabalho clínico importante para poder criar e viabilizar outro projeto de cuidado (Conselho Federal de Psicologia. 2010. P49-50).

O profissional da área de saúde que trabalha nas prisões tem que ser aquele que cria estratégias para sustentar a permanência nesses espaços, não necessariamente como peritos, mas como profissional do cuidado, oferecendo olhar individualizado e atento àqueles que a cada minuto criam suas próprias formas de sobrevivência nas prisões (Conselho federal de Psicologia. 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem histórica do Doente Mental em nossa sociedade é predominantemente a do preconceito. “O diferente”, “o louco”, foram internados nos hospitais e manicômios por décadas.

Com a Reforma Psiquiátrica foram criados critérios de atendimentos, equipamentos de saúde e rede de atendimento social, para atender nos cuidados destes indivíduos. Mas a transformação de paradigma no tratamento do Doente Mental com a implantação da Reforma Psiquiátrica tinha como

objetivo principal a desinstitucionalização destes usuários.

Atualmente, devido à uma sociedade mais propensa a conviver com o doente mental em espaços comuns. Muitos doentes mentais possuem a liberdade de não fazer tratamento ou os equipamentos de atenção ao doente localizado no seu território de atuação não estão conseguindo atender as demandas que o transtorno mental exige.

O questionamento no trabalho é relacionado ao doente mental que está trocando os antigos manicômios de antes da Reforma Psiquiátrica, pelos encarceramentos nas prisões.

E quando o doente mental é preso, se depara com uma instituição grande e marginalizada. A tendência é a prisão ter dificuldades em participar da Rede de Saúde Mental ou por falta de conhecimento técnico e/ou político ou porque não abrange o território onde os equipamentos da rede de assistência ao doente mental atendem. E para agravar, a situação do doente, se depara com a precarização da estrutura penal, superlotações de presos e déficits de profissionais preparados para lidar com estes indivíduos já vulneráveis pela doença.

O profissional da área de saúde do sistema penal que trabalha com pessoas doentes e vulneráveis, principalmente na instituição penal, tem por obrigação aplicar a conduta do código de ética de suas respectivas profissões.

Unir-se aos seus pares, para auxiliar e desenvolver planos terapêuticos em conjunto, e estruturar políticas públicas, onde se pode acolher o ser humano em situação extrema de debilidade, cuidar de maneira adequada enquanto está preso, e encaminhá-lo para um tratamento de qualidade no momento da liberdade.

Portanto os profissionais de saúde e/ou psicólogo que trabalham no Sistema Penal têm que desenvolver ações para incluir o preso com doença mental também nas premissas da Reforma Psiquiátrica e se adequar aos atendimentos na Rede de Saúde Mental de sua região.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. C. M. C H. FELIPES, L. Dal POZZO, V. C. **O impacto causado pela doença mental na família.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. N6. Porto. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Atuação do psicólogo no sistema prisional.** CFP. Brasília. 2010.

CREMESP. **Transtorno Mental e a Perda de Liberdade.** Organização de Reinaldo Ayer de Oliveira; Quirino Cordeiro; Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. 2013.

Dicionário Aurélio de Português online. Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com/> Acesso em 05 de novembro 2017.

Escola de Administração Penitenciária. **LEI DE EXECUÇÃO PENAL - Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984.** Governo do Estado de São Paulo. São Paulo. 2014.

Favaro, C. Unidade básica de saúde e atenção primária. *In:* Diehl, A.; Cordeiro. D. C. Laranjeira, R. R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Mello, M.F. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil.** Marcelo Feijó de Mello, Andrea de Abreu de Mello, Robert Kohn, organizadores. Porto Alegre. Artmed, 2007.

Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Uso de Substância Psicoativas no Brasil – módulo 1.** Supera Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni. 9 ed. Brasil.2016.

Ministério Público Federal. Procuradoria dos Direitos do Cidadão. **Cartilha: Direito à Saúde Mental.** Brasil. 2012.

Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Consulta do link no dia 05 de novembro 2017. Brasília, novembro de 2005.

Oliveira, F. Padilha, W. S. Oliveira, C. M. **Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil contextualizando o conceito de desinstitucionalização** *Saúde em Debate*, vol. 35, núm. 91, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro, 2011.

Revista Brasileira de Psiquiatria. **A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil.** http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000100002. Consulta do link no dia 05 de novembro 2017. São Paulo. 2001.

Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo. **Consulta do link <http://www.sap.sp.gov.br/principal.html> no dia 05 de dezembro de 2016.** Governo do Estado de São Paulo. São Paulo. 2016.

VIOLÊNCIA SOFRIDA POR MULHERES ANTES DO SEU ENCARCERAMENTO: REVISÃO INTEGRATIVA.

Fabíola Meirelles Israel Pessoa¹
Zeyne Alves Pires Scherer²

RESUMO

Objetivo: identificar e analisar estudos que abordam as implicações da violência na saúde da mulher antes do seu encarceramento. Método: Revisão Integrativa no intuito de responder a questão "Quais as implicações da violência na saúde da mulher antes de seu encarceramento?" Delimitados estudos dos últimos 5 anos, nas bases de dados LILACS, PUBMED e PsycInfo. Selecionados estudos primários com mulheres encarceradas acima de 18 anos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Excluídos estudos que abordaram violência dentro da prisão e mulher como perpetradora. Utilizado instrumento de identificação dos estudos e sua categorização. Resultados: selecionados 16 artigos que abordaram a prevalência de estresse pós-traumático, tentativa de suicídio, abuso de drogas, abuso sexual, revitimização, onde o abusador geralmente é um membro da família ou o parceiro íntimo. Conclusão: falta instrumento específico para investigar a violência. São necessárias iniciativas políticas e científicas para desenvolver estratégias de intervenções específicas para as mulheres encarceradas.

Palavras chaves: Prisões. Mulheres. Violência. Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

Na América Latina, aproximadamente um terço das mulheres já sofreram algum tipo de violência sexual, física ou psicológica, durante a vida. Estas mulheres apresentam, até oito vezes, mais risco para o suicídio do que as mulheres sem histórico de violência física (LINDNER et al., 2015).

O complexo fenômeno da violência contra as mulheres é determinado pelas relações de gênero que, a partir de uma construção social e histórica do ser feminino e masculino, e das diferenças biológicas, confere poderes desiguais entre homens e mulheres, resultando em maior vulnerabilidade

¹ Psicóloga na Penitenciária Feminina de Ribeirão Preto- SP, Mestrado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP/USP), Membro do Grupo de Estudos Interdisciplinar sobre Violência(GREIVI). E-mail: fabiola_israel@hotmail.com. Endereço: Rua Canesin, 160, Ap. 163, Santa Cruz, Ribeirão Preto(SP). CEP:14020-688, +55 (16) 992368658.

² Enfermeira, Profa. Dra. Associada da EERP-USP, Líder do GREIVI, Ribeirão Preto, (SP), Brasil, E-mail: scherer@eerp.usp.br.

às mulheres para a violência física, psicológica e sexual, caracterizando-se como um problema de saúde pública (PAIXÃO et al., 2015; SILVA et al., 2015; NETTO et al., 2014).

A violência, sob o olhar da saúde, é oriunda dos conflitos de autoridade, das lutas pelo poder, da vontade de domínio, de posse e aniquilamento do outro ou de seus bens (MINAYO, 2006). A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002), estruturou a tipologia da violência em três grandes categorias: a violência dirigida a si mesmo (auto infligida), a violência interpessoal e a violência coletiva. A natureza dos atos violentos é caracterizada como física, sexual, psicológica e de privação ou negligência.

Vale ressaltar que, na prática, nem sempre as fronteiras entre os diferentes tipos de violência e sua natureza, são claras. Muitas vezes, a violência pode ocorrer em lares, ambientes de trabalho e até mesmo nas instituições criadas para zelar pela integridade das pessoas, no entanto, nem sempre é possível sua visualização (KRUG et al., 2002).

A mulher encarcerada é mais suscetível, tanto ao agravamento de psicopatologias decorrentes da experiência do cárcere, quanto pela sua história de vida pregressa (CANAZARO et al., 2010). Os estudos destacam que os transtornos mentais graves estão associados às experiências traumáticas, sobretudo na infância, entre eles, o abuso físico e sexual (FAZEL, SEEWALD, 2012; WOLFF et al., 2011). A história de violência na vida pregressa dessas mulheres pode contribuir para o aumento da dependência química e, conseqüentemente, com seu envolvimento no crime (LEWIS, 2006; LOPES et al., 2010).

O degradante cenário das prisões superlotadas e insalubres pode concentrar população com alta prevalência de doenças. Por vezes, impossibilita o acesso de mulheres presas a um cuidado integral à saúde, acarretando na oferta de um cuidado reativo e fragmentado, aumentando a vulnerabilidade de reencarceramento dessas mulheres (GALASSI et al., 2015).

Considerando as conseqüências que a violência traz para a saúde física e psicológica das mulheres; as debilidades presentes no ambiente prisional para a oferta de um cuidado integral à saúde da mulher, propomos a reflexão, a partir de resultados de estudos atuais, acerca dessa temática.

OBJETIVO

Esta revisão de literatura tem como objetivo identificar e analisar estudos que abordam as implicações da violência na saúde da mulher antes do seu encarceramento.

MÉTODO

A presente Revisão Integrativa (RI) foi desenvolvida percorrendo-se seis etapas, ou seja, Identificação do tema; Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão/ busca na literatura; Categorização dos estudos; Avaliação dos estudos incluídos na revisão; Interpretação dos resultados; Síntese do conhecimento (MENDES et al., 2008; GANONG, 1987; BROOME, 2000).

Na primeira etapa buscou-se a identificação do tema e formulou-se a seguinte questão, sendo utilizado a estratégia PICO, a qual representa acrônimo para P – participantes, I – intervenção ou questão de interesse, C – Comparação ou controle e O – *Outcomes* (desfecho). Essa estratégia auxilia na definição da questão, contribui para que o profissional ou pesquisador gerencie a busca e a localização dos estudos científicos de maneira rápida e exata (SANTOS, PIMENTA, NOBRE; 2007).

Assim sendo, segue a descrição da questão do presente estudo, conforme a estratégia PICO no quadro 1.

Quadro 1 – Descrição da estratégia PICO para elaboração da questão.

ACRÔNIMO	DEFINIÇÃO	DESCRIÇÃO
P	Paciente	Mulheres encarceradas
I	Questão de interesse	Violência sofrida antes do seu encarceramento
C	Controle ou comparação	Não há nenhum grupo/intervenção de controle.
O	Desfecho	Descrever as implicações da violência sofrida por mulheres antes do seu encarceramento.

Diante dessa estratégia, formulou-se a seguinte pergunta: Quais as implicações da violência na saúde da mulher antes de seu encarceramento?

Os critérios para inclusão de artigos foram os estudos primários, disponíveis em português, inglês e espanhol; publicados nos últimos cinco anos (2010 a 2014); com população carcerária feminina adulta (acima de 18 anos); que abordaram a violência sofrida pela mulher antes do encarceramento, e as implicações na saúde. Já os critérios de exclusão foram pesquisas cujo conteúdo abordou, exclusivamente, a violência dentro da prisão ou que as mulheres eram as perpetradoras.

A busca na literatura ocorreu em setembro de 2015, em três bases de dados: PUBMED, LILACS e PyscINFO. Foram empregadas três palavras: Mulheres, Prisões e Violência. Em virtude das características específicas de cada base de dados selecionada, as estratégias utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas para cada uma conforme Quadro 2.

Quadro 2 – Descrição da estratégia de busca

Base de dados	Palavras	Delimitadores	N de artigos
PUBMED	(Women) AND (Prison*) AND (Violence)	1. Idioma: inglês, português e espanhol. 2. Últimos 5 anos.	100
LILACS	(Mulher\$ OR Women) AND (Prisões OR Prisioneir\$ OR Prison\$) AND (Violência OR Violence)	1. Idioma: inglês, português e espanhol. 2. Ano de publicação 2010 a 2014.	8
PSYCINFO	(Women) AND (Prison*) AND (Violence)	1. Idioma: inglês, português e espanhol. 2. Últimos 5 anos. 3. Tipo de publicação: revistas	100

Ao todo foram recuperados 208 estudos nas bases de dados. Após a verificação da duplicidade permaneceram 175. Em seguida foram lidos os títulos e resumos, e selecionado 66. Fundamentado na questão norteadora e nos critérios de inclusão elegeu-se 26 estudos para serem lidos na íntegra e avaliados a elegibilidade e a síntese qualitativa. Concluídas as etapas de pré-seleção, a amostra final foi de 16 artigos.

Para extrair as informações chave de cada artigo selecionado, a fim de facilitar a categorização e análise dos estudos, utilizou-se um roteiro com os seguintes tópicos: identificação do estudo; instituição, sede do estudo; tipo de revista científica; características metodológicas do estudo; e avaliação do rigor metodológico (URSI, GALVÃO, 2006).

RESULTADOS

Os 16 artigos selecionados foram analisados criticamente em relação ao título, autor principal, país e ano, resultados (implicações da violência) e recomendações/conclusões apresentados em quatro quadros sinópticos especialmente construídos para esse fim e distribuídos por ordem decrescente do ano da publicação (Quadro 3, 4, 5 e 6).

Quadro 3 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa.

Autor principal, país e ano	Título	Resultados (implicações da violência)	Recomendações/ conclusões
Ferreira VP, (2014)Brasil.	Prevalência e fatores associados à violência, sofrida em mulheres encarceradas por tráfico de drogas, no Estado de Pernambuco, Brasil: um estudo transversal.	Alta prevalência de violência física, psicológica, sexual e por parceiro íntimo, antecederam os 24 meses do encarceramento. O companheiro era perpetrador mais frequente. O uso e o tráfico de drogas estão associados à violência sofrida.	Ações voltadas a prevenção de comportamentos de risco, para a violência e a inserção em atividades ilegais. Sugere maior atenção das autoridades nas ações de prevenção.
Greene CA, (2014), Estados Unidos.	Posttraumatic stress mediates the relationship between childhood victimization and current mental health burden in newly incarcerated adults.	As mulheres tiveram mais acúmulo de violência e eram mais propensas a sofrer os quatro tipos de traumas. Relacionou a gravidade dos sintomas de estresse pós-traumático e ao agravamento à saúde mental.	Incluir avaliação da história da infância e, possíveis traumas sofridos. Oferecer tratamento, principalmente, para os sintomas de estresse pós-traumático.
Colantonio A, (2014), Canadá.	Traumatic Brain Injury and Early Life Experiences Among Men and Women in a Prison Population.	Prevalência de Experiências Adversas na Infância (EAI) e abuso de drogas e álcool, foram maiores entre as mulheres e com histórico de Traumatismo Craniano Encefálico (TCE).	Reconhecer EAI e considerar a diferença de gênero na prisão bem como serem orientados sobre TCE e promover a reabilitação.
Roxburgh S, (2014), Estados Unidos.	Childhood adversity and adult depression among the incarcerated: differential exposure and vulnerability by race / ethnicity and gender.	As mulheres foram mais propensas a relatar o abuso de substância parental. Os presos que afirmaram passar pelo menos por uma EAI, são mais deprimidos. O impacto das EAI contribuiu negativamente para a saúde mental nos adultos.	Reconhecer a diferença étnica e de gênero na exposição à vulnerabilidade. Programas direcionados a prevenção das adversidades na infância e intervenções direcionadas a grupos específicos.

Quadro 4 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa.

Autor principal, país e ano	Título	Resultados (implicações da violência)	Recomendações/conclusões
MINIERI, Estados Unidos, 2014.	Relationship As a Mediator of Intimate Partner Violence and Mental Health Issues Among Incarcerated, Substance – Using Women.	Os resultados sugerem que as experiências de VPI são associadas mais a problemas de saúde mental do que ao menor poder de relação percebido.	Avaliar as experiências e a percepção do poder das mulheres nas relações, como indicadores da necessidade de tratamento.
KUO, Estados Unidos, 2014.	Emotional Dysregulation and Risky Sex Among Incarcerated Women with a History of Interpersonal Violence.	Comportamentos sexuais de risco altera a capacidades das mulheres de implementar comportamentos de proteção para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), tais como: a negociação sexual e uso de preservativo.	Incorporar estratégias baseadas em evidências, para promover a regulação emocional entre as mulheres encarceradas com histórico de violência interpessoal.
FRIESTAD, Noruega, 2014.	Adverse childhood experiences among women prisoners: relationships to suicide attempts and drug abuse.	Para cada experiência adversa experimentada, as chances de tentar o suicídio aumentavam, da mesma forma para o risco ao abuso de drogas.	A importância do papel dos serviços de saúde prisionais, na prevenção secundária entre reclusas mulheres.
KELLY, Estados Unidos, 2013.	A Syndemic Model of Women Incarcerated in Community Jails	O Modelo "Syndemic" foi relacionado ao abuso sexual e físico na infância, violência doméstica e, diagnósticos de saúde mental.	Os problemas de saúde mental estão fortemente inter-relacionados às questões de infância.

Quadro 5 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa.

Autor principal, país e ano	Título	Resultados (implicações da violência)	Recomendações/conclusões
KENNEDY, Estados Unidos, 2013.	The Relationship Between Childhood Abuse and Psychosis for Women Prisoners: Assessing the Importance of Frequency and Type of Victimization.	Violência na Infância Abuso físico e sexual e tipo de vitimização e consequências, são importantes preditores de psicose entre mulheres presas.	O tratamento da vitimização infantil e sintomas de psicose, pode ser um fator chave na melhora dos resultados.
TRIPODI, Estados Unidos, 2013.	Histories of Childhood Victimization and Subsequent Mental Health Problems, Substance Use, and Sexual Victimization for a Sample of Incarcerated Women in the US	As mulheres que foram sexualmente abusadas estavam mais propensas a tentar o suicídio e serem abusadas sexualmente por um membro da família ou pelo parceiro íntimo. A vitimização está associada ao distúrbio de uso de drogas.	O tratamento as mulheres na prisão devem embasar nas suas histórias, que incluem os problemas de saúde mental e uso de drogas, consequência à vitimização na infância.
KELLY, Estados Unidos, 2012.	The Association between Unintended Pregnancy and Violence among Incarcerated Men and Women.	A vulnerabilidade da mulher diante da vitimização física e sexual na infância e por parceiro íntimo pode levar à falta de capacitação pessoal, em comportamentos íntimos, escolha do parceiro e a gravidez indesejada.	Os resultados sugerem a necessidade de intervenções específicas de gênero na comunidade, que abordam a relação entre violência e gravidez indesejada.
MALACOVA, Austrália, 2012.	Sexual coercion prior to imprisonment: prevalence, demographic and behavioral correlates.	As mulheres foram mais coagidas sexualmente na comunidade do que os homens. Tiveram maior probabilidade de serem internadas em clínica de saúde mental e condenadas a crime violento.	Reconhecimento das consequências da coerção sexual no sistema prisional, o qual pode prestar serviço de orientação e apoio.

Quadro 6 – Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa.

Autor principal, país e ano	Título	Resultados (implicações da violência)	Recomendações/ conclusões
CLARK, Estados Unidos, 2012.	Characteristics of Victims of Sexual Abuse by Gender and Race in a Community Corrections Population.	As mulheres brancas foram mais propensas a sofrerem abuso sexual, seguido por mulheres afro-americanas. Esta vitimização estava relacionada ao abuso de drogas. A ideação e tentativas de suicídio, uso de medicação psiquiátrica foram associadas ao abuso sexual.	Sugere a necessidade de intervenções específicas, para a prevenção do abuso sexual e o tratamento.
RAMASWAMY, Estados Unidos, 2011.	Understanding the Role of Violence in Incarcerated Women's Cervical Cancer Screening and History.	Mulheres com histórias de VPI eram mais propensas a relatar teste de Papanicolau anormal. As que não temiam a violência no bairro, relataram menos resultado anormais. Destaca o risco de câncer cervical elevado, vivido pelas mulheres encarceradas	A violência em vários níveis para as mulheres tem implicações para a prevenção do cancro do colo do útero.
WALSH, Estados Unidos, 2011.	The Cumulative Impact of Sexual Revictimization on Emotion regulation. Difficulties: An Examination of Female Inmates	Metade das participantes relataram sofrer abuso sexual infantil e quando adultos. As mulheres revitimadas tinham maiores dificuldades com a regulação emocional total. O impacto pode ser cumulativo.	Avaliar e tratar as dificuldades de regulação emocional, entre o abuso de crianças e adultos, sobreviventes à vitimização sexual.
PELTAN, Estados Unidos, 2011.	Childhood sexual abuse and substance abuse treatment utilization among substance-dependent incarcerated women.	A gravidade do abuso sexual na infância e os sintomas traumáticos atuais, foram relacionados negativamente às tentativas de tratamento. O programa de apoio e tratamento de 12 passos (Alcoólicos Anônimos/ Narcóticos Anônimos) predominou.	Não percebem o abuso de drogas, como responsável para lidar com os sintomas do trauma e a ocorrência.

Os 16 artigos abordaram a violência interpessoal (intrafamiliar e comunitária). Predominaram estudos que abordaram a vitimização na infância e principalmente o abuso sexual das mulheres antes de serem encarceradas.

As implicações para a saúde foram o aumento de doenças crônicas e os transtornos mentais, com prevalência de estresse pós-traumático, tentativa de suicídio, psicose e abuso de drogas.

Os estudos foram realizados pelo setor saúde, nas áreas: medicina, psicologia, enfermagem, serviço social e terapia ocupacional. As abordagens, quantitativa e qualitativa, do tipo transversal e grupo focal respectivamente foram os métodos utilizados nos estudos. Predominou pesquisas realizadas nos Estados Unidos.

DISCUSSÃO

A população presa, segundo dados relatados nos estudos, apresenta maior histórico de trauma infantil. Esse histórico está associado ao maior risco de desenvolver problemas mentais na idade adulta e ao uso precoce de drogas e, conseqüentemente a inserção no crime. Tais abusos têm impacto considerável nas principais doenças em todo o mundo (YOUNG, WIDOM, 2014).

As mulheres encarceradas além de apresentarem alta prevalência de problemas relacionados a saúde mental apresentam maiores taxas de doenças crônicas (BINSWANGER, 2010). Os principais problemas relacionados à saúde mental foram: tentativa de suicídio, sintomas psicóticos, transtorno de estresse pós-traumático e abuso de drogas.

O suicídio e a autolesão são temas pertinentes e recorrentes ao sistema prisional, revelando que as taxas de suicídio são mais elevadas do que na população geral (FAZEL et al., 2008). As mulheres encarceradas são significativamente mais propensas a manifestarem ideação e/ou tentativas se comparado aos homens (LARNEY et al., 2012; HAWTON et al., 2013). As mulheres acometidas por abuso sexual são as mais predispostas à tentativa de suicídio e ao alto índice de revitimização e, geralmente, o abusador é um membro da família ou o parceiro íntimo (TRIPODI et al., 2013; CLARK et al., 2012). Os dados revelam ainda que para cada experiência adversa vivenciada, a chance ao suicídio aumentava em 25%, da mesma forma para o abuso de drogas (FRIESTAD et al., 2014).

O abuso sexual tem um efeito adicional sobre a vitimização. Geralmente é atrelado ao abuso emocional, físico e a negligência. Ele pode estar associado ainda às múltiplas formas de abuso durante a vida (MCMAHON et al., 2015). Estudos mostram que 45% das mulheres encarceradas, sofreram violência por parceiro íntimo no ano anterior ao encarceramento (FERREIRA et al., 2014). Esta violência e problemas de saúde mental estão associados ao menor poder de relação percebido, isto é,

a mulher apresenta diminuição na tomada de decisões na relação com o parceiro (MINERJet al., 2014).

Portanto, as mulheres encarceradas que sofrem esses abusos, apresentam geralmente, mais problemas de saúde mental, dificuldade de regulação emocional, e são condenadas por crimes violentos (MALACOVA et al., 2012; WALSH et al., 2011). O transtorno de estresse pós-traumático foi apontado como o mais presente, se comparado a população geral, devido a maior exposição ao acúmulo de traumas na infância (WARREN et al., 2009).

A regulação emocional tem um papel fundamental para as mulheres estarem mais vulneráveis à revitimização, sendo elemento chave para intervenção no tratamento psicossocial (MESSMAN-MORE et al., 2010; BRADLEY et al., 2011; SHOREY et al., 2015). Um estudo mostrou que a desregulação emocional esta vinculada, principalmente, a não aceitação e falta de clareza emocional por parte da mulher (WALSH et al, 2011). Isso pode contribuir com a revitimização pelo parceiro íntimo e sustentar o comportamento sexual de risco, dificultando a implementação de mecanismos de proteção para as Doenças Sexualmente Transmissíveis e gravidez indesejada (KUO et al., 2014; KELLY et al., 2012).

Foi percebido nos estudos que a maioria da população encarcerada tem vivências traumáticas e precoces, tornando-se assim, mais vulneráveis. São mulheres que saem de casa muito cedo, iniciam o uso de drogas e manifestam comportamento violento e criminoso. O abuso de drogas aparece como um recurso de fácil acesso para lidar com o trauma vivido. As drogas mais comuns apontados são a metanfetamina, o álcool e a cannabis (FERREIRA et al., 2014; PELTAN et al., 2011). As mulheres são mais propensas ao abuso de drogas se comparado aos homens e têm menos acesso à prevenção e ao tratamento para a dependência (STRATHDEE et al., 2015).

Além das diferenças sexuais da exposição as drogas, há também, disparidades significativas entre as etnias e o nível socioeconômico de pessoas que forram expostas ao trauma e o aparecimento de sintomas de doenças mentais (ANDREWS et al., 2015).As mulheres brancas eram mais propensas a fazerem uso de cannabis e as afro-americanas de cocaína (CLARK et al., 2012).

Os serviços de saúde precisam compreender os aspectos relacionados à vulnerabilidade da mulher, à desigualdade social e à subalternidade de gênero, construídos culturalmente ao longo da história (PIOSIADLO et al., 2014). Os estudos selecionados sugerem que os serviços de saúde nas unidades prisionais, devem incorporar a avaliação explorando, principalmente, as experiências traumáticas na infância, adolescência e por parceiro íntimo. Devem ainda oferecer tratamento, o qual é fundamental para reduzir os sintomas de transtornos mentais, o risco da revitimização e a

reincidência (FORD et al., 2013). Há necessidade ainda de intervenções específicas, para as questões de gênero e abuso sexual (KELLY et al., 2012; CLARK et al., 2012).

As Políticas Nacionais de estratégias de prevenção à violência devem considerar, principalmente, o serviço de saúde mental na prisão, pois, os distúrbios predominantes são tratáveis e podem colaborar com a não reincidência criminal, melhorando assim a saúde pública e segurança (CHANG et al., 2015; ALVES et al., 2016).

Uma das limitações dos estudos é a padronização da faixa etária para a violência na infância e/ou adolescência, bem como as experiências adversas na infância. Essa diferença de idade pode mudar a interpretação dos resultados, em razão de serem considerados adolescentes ou adultos, pois são fases de transição. É necessária a coerência nas definições da investigação, para os resultados das pesquisas serem comparáveis (SABRI et al., 2016).

Os estudos que investigaram a violência infantil incluíram traumas e experiências adversas na infância e utilizaram para a coleta de dados os instrumentos Childhood Trauma Questionnaire (*CTQ*), *Adverse Childhood Experiences (ACEs)*, e *Traumatic Events Screening Instrument (TESI)* (BERNSTEIN et al., 1994; FELITTI et al., 1998; FORD, SMITH, 2009). Esses instrumentos foram utilizados para mensurar a violência ocorrida na infância e para auxiliar em outras experiências traumáticas, como a disfunção familiar. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que uma das dificuldades dos pesquisadores é a padronização de instrumentos para mensurar a violência e para ter dados comparáveis e genéricos (KRUG et al., 2002).

CONSIDERAÇÕES

Esta pesquisa favoreceu a visibilidade da violência sofrida pela maioria das mulheres encarceradas e como implicação o agravo a saúde mental e física. Estas mulheres são mais propensas a sofrer os quatro tipos de violência e apresentarem maiores riscos de tentativas de suicídio, internações psiquiátricas, abuso de drogas, comportamento de risco para doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada. Estas implicações são preconizadas no plano nacional de saúde do sistema penitenciário, porém esta pesquisa aponta que a violência é o problema primário e por isso ter um olhar voltado a complexidade deste fenômeno.

Proporcionar intervenções efetivas às mulheres encarceradas irá colaborar para diminuir os danos à saúde mental e conseqüentemente a vulnerabilidade para revitimização e a reincidência ao

ato infracional. As iniciativas científicas colaborarão com o desenvolvimento de diretrizes para prática clínica nas estratégias de intervenções com estas mulheres.

Importante ressaltar que a violência geralmente acontece dentro de casa, pelos familiares ou pelo parceiro íntimo. Por isso a necessidade de intensificação nas políticas públicas, para prevenção da violência principalmente na infância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, E. S. R. C. et al. Condições de vida e de saúde de mulheres em uma unidade prisional feminina. **Revista Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 10, n. 3, p. 958-68, mar. 2016.

ANDREWS, A. R. et al. Polyvictimization, income, and ethnic differences in trauma-related mental health during adolescence. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v.50, n.8, p.1223-34, ago. 2015.

BERNSTEIN, D. P. et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. **Am J Psychiatry**, v.151, n. 8, p.1132-6, ago.1994.

BINSWANGER, I. A. et al. Gender Differences in Chronic Medical, Psychiatric, and Substance-Dependence Disorders Among Jail Inmates. **Am J Public Health**. Child Abuse Negl, v. 100, n. 3, p. 476–82, mar. 2010.

BRADLEY, B. et al. Emotion dysregulation and negative affect: association with psychiatric symptoms. **J Clin Psychiatry**. v. 72, n. 5, p.685-91, mai. 2011.

BROOME ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafelz KA, editors. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. **W.B Saunders Company**, Philadelphia. p.231-50, 2000.

CANAZARO, D., ARGIMON, I. I. L. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, **Caderno de Saúde Pública**, Brasil. v.26, n. 7, p.1323-33, jul. 2010.

CHANG, Z. et al. Psychiatric disorders and violent reoffending: a national cohort study of convicted prisoners in Sweden. **Lancet Psychiatry**, v.2, n.10, p.891-900.

CLARK, C. B. et al. Characteristics of victims of sexual abuse by gender and race in a community corrections population. **Journal Interpers Violence**.v.27, n. 9, p.1844-61, jun. 2012.

COLANTONIO, A. et al., Traumatic Brain Injury and Early Life Experiences Among Men and Women in a Prison Population. **Journal Correct Health Care**; v. 20, n. 4, p. 271-9, out. 2014.

FAZEL, S. et al. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. **Journal Clinic Psychiatry**, v.69, n 11, p.1721-31, Nov 2008.

FAZEL, S; SEEWALD, K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. **Br Journal Psychiatry**. v.200, n. 5, p.364-73, Mai 2012.

FELITTI, V. J. et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. **Am Journal Prev**. v.14, n. 4, p. 245-58, maio. 1998.

FERREIRA, V. P. et al. Prevalência e fatores associados à violência sofrida em mulheres encarceradas por tráfico de drogas no Estado de Pernambuco, Brasil: um estudo transversal. **Ciência saúde coletiva**, v.19, n. 7, p.2255-64, jul. 2014.

FORD, J. D.; SMITH, S. Complex posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults receiving

public sector outpatient substance abuse disorder treatment. **Addiction Research and Theory**. v.16, n. 2, p. 193-203, jul2009.

FORD, J. D. et al. Randomized clinical trial comparing affect regulation and supportive group therapies for victimization-related PTSD with incarcerated women. **Behav Ther**, v. 44, n. 2, p.262-76, jun 2013.

FRIESTAD, C.; ÅSE-BENTE, R.; KJELSBERG, E. Adverse childhood experiences among women prisoners: relationships to suicide attempts and drug abuse. **Int J Soc Psychiatry** [Internet]. 2014; 60(1):40-6.

GALASSI, A.; MPOFU, E.; ATHANASOU, J. Therapeutic Community Treatment of an Inmate Population with Substance Use Disorders: Post-Release Trends in Re-Arrest, Re-Incarceration, and Drug Misuse Relapse Int. **J Environ Res Public Health**, v.12, n. 6, p.7059-72, jun 2015.

GANONG LH. Integrative reviews of nursing research. **Res. Nurs. Helath**, v. 10, n. 1, p.1-11, fev 1987.

GREENE, C. A. et al. Posttraumatic stress mediates the relationship between childhood victimization and current mental health burden in newly incarcerated adults. **Child Abuse Negl**, 2014.

HAWTON, K. et al. Published Online: 16 December 2013. Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. v.383, n. 9923, p.1147-54, 2013.

KELLY PJ, CHENG AL, SPENCER-CARVER E, RAMASWAMY M. A syndemic model of women incarcerated in community jails. **Public Health Nurs**; 31(2):118-25, 2013.

KELLY, P. J.; RAMASWAMY, M. The association between unintended pregnancy and violence among incarcerated men and women. **J Community Health Nurs**.v.29, n. 4, p. 202-13, 2012.

KENNEDY, S. C. I.; TRIPODI, S. J.; PETTUS-DAVIS, C. The relationship between childhood abuse and psychosis for women prisoners: assessing the importance of frequency and type of victimization. **Psychiatr Q**. v. 84, n.4, p.439-53, dec 2003.

KRUG, E. G. et al. Relatório Mundial sobre violência e saúde. Genebra, **Organização Mundial da Saúde**, 2002.

KUO, C. et al. Emotional Dysregulation and Risky Sex Among Incarcerated Women with a History of Interpersonal Violence. **Women Health**.V.54, n. 8, p. 796-815, 2014.

LARNEY, S. et al. A Cross-Sectional Survey of Prevalence and Correlates of Suicidal Ideation and Suicide Attempts among Prisoners in New South Wales, Australia. **Public Health**,v. 12, n. 14, 2012.

LEWIS, C. Treating incarcerated women: gender matters. **Psychiatr Clin North Am**. v. 29, n. 3, p. 773-89, set 2006.

LINDNER, S. R. et al. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p.815-26, 2015.

- LOPES, R. M. F.; MELLO, D. C.; ARGIMON, I. I. L. Mulheres encarceradas e fatores associados a drogas e crimes. **Ciências & Cognição**. V.15, n. 2, p.121-31, 2010.
- MALACOVA, E. et al. Sexual coercion prior to imprisonment: prevalence, demographic and behavioural correlates. **Int J STD AIDS. J Community Health Nurs**. 23(8):533-9, ago 2012.
- MCMAHON, K. et al. Childhood maltreatment and risk of intimate partner violence: A national study. **J Psychiatr Res**, n.69, p.42-9, out 2015.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P., GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto – enferm**, v.17, n. 4, p.758-764, 2008.
- MESSMAN-MOORE, T. L.; WALSH, K. L.; DILILLO, D. Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. **Child Abuse Negl**, v. 34, n.12, p. 967-76, dez 2010.
- MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,132p., 2006.
- MINIERI, A. M. et al. Relationship Power As a Mediator of Intimate Partner Violence and Mental Health Issues Among Incarcerated, Substance-Using Women. **Int J Offender TherComp Criminol**, v. 58, n. 3, p.303-19, 2014
- NETTO, L. A. Violence against women and its consequences. **Acta Paul enferm**, v. 27, n. 5, p. 458-64, out 2014.
- PAIXÃO, G. P. N. Mulheres vivenciando a intergeracionalidade da violência conjugal. **Rev Latinoamericana Enfermagem**, v. 23, n. 5, p.874-879, out 2015.
- PELTAN, J. R., CELLUCCI, T. Childhood sexual abuse and substance abuse treatment utilization among substance-dependent incarcerated women. **J Subst Abuse Treat** v. 41, n. 3, p. 215-24, out 2011.
- PIOSIADLO, L. C. M.; FONSECA, R. M. G. S.; GESSNER, R. Subalternidade de gênero: refletindo sobre a vulnerabilidade para violência doméstica contra a mulher. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 728-733, dez 2014.
- RAMASWAMY, M. I. Understanding the role of violence in incarcerated women's cervical cancer screening and history. **Women Health**. v. 51, n. 5, p. 423-41, jul 2011.
- ROXBURGH, S.; MACARTHUR, K. R. Childhood adversity and adult depression among the incarcerated: Differential exposure and vulnerability by race/ethnicity and gender. **Child Abuse Negl**, v. 38, n. 8, p.1409-20, 2014.
- SABRI, B. et al. Cumulative Violence Exposures: Black Women's Responses and Sources of Strength. **Soc Work Public Health**, v. 31, n. 3, p.127-39, mai 2006.
- SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-11, 2007.
- SHOREY, R. C. et al. Emotion Regulation Moderates the Association Between Proximal Negative

Affect and Intimate Partner Violence Perpetration. **Prev Sci.** v.16, n.6, p.873-80, ago 2015.

SILVA, S. A. S. et al. Análise da violência doméstica na saúde das mulheres. **Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano.** v.25, n. 2, p.182-6, 2015 .

STRATHDEE, S. A. et al. Use and HIV Among Female Sex Workers and Female Prisoners: Risk Environments and Implications for Prevention, Treatment, and Policies. **J Acquir Immune Defic Syndr,** v.1, n. 69, p.110-7, jun 2015.

TRIPODI, S. J.; PETTUS-DAVIS, C. Histories of childhood victimization and subsequent mental health problems, substance use, and sexual victimization for a sample of incarcerated women in the US. **Int J Law Psychiatry,** v.36, n. 1, p. 30-40, jan 2013.

URSI, E. S.; GAVÃO, C.M. Prevenção de lesões de pele no pré-operatório: revisão integrativa da literatura. **Rev Latino-Am Enfermagem,** v. 14, n. 1, p.124-131, 2006.

WALSH, K.; DILILLO, D.; SCALORA, M. J. The cumulative impact of sexual revictimization on emotion regulation difficulties: an examination of female inmates. **Violence Against Women,** v.17, n. 8, p.1103-18, ago 2011.

WARREN, J. I.; LOPER, A. B.; KOMAROVSKAYA, I. Symptom patterns related to traumatic exposure among female inmates with and without a diagnosis of posttraumatic stress disorder. **J Am Acad Psychiatry Law,** v.37, n.3, p. 294-305, set 2009.

WOLFF, N. et al. Thinking styles and emotional states of male and female prison inmates by mental disorder status. **PsychiatrServ,** v.62, n.12, p.1485-93, dez 2011.

YOUNG, J. C., WIDOM, C. S. Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. **Child Abuse Negl,** v.38, n. 8, p.1369-81, 2014.

Responsável Técnico e Edição

Charles Wellington Bordin

Banca Examinadora

Ana Claudia Vasconcelos

Gisela Colaço Geraldi

Pedro Paulo Sammarco Antunes

Sandra Eloiza Paulino

Sidnei Celso Corocine

Assistência Técnica

Waldercy Sacco

COORDENADORIA DE REINTEGRAÇÃO
SOCIAL E CIDADANIA

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
PENITENCIÁRIA



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO