

ISSN 1981-7274



SOCIEDADE BRASILEIRA
DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
FUNDADA EM 03/10/95

ANO 10 · Nº 1
JAN/FEV/MAR
2009

REVISTA DA SOGIA BR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



- VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES – ATENDIMENTO CLÍNICO PELOS GINECOLOGISTAS INFANTO-PUBERAIS: SUAS FACILIDADES E ENTRAVES
- A CRISE DO PAPEL PATERNO E A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA
- ATONIA UTERINA REVERTIDA COM SUTURA DE B-LYNCH EM PARTURIENTE ADOLESCENTE



Dr. José Alcione recebendo "regalo"
no jantar dos professores



SUMÁRIO

EDITORIAL 2

ARTIGO ORIGINAL

Violência sexual contra crianças e adolescentes – Atendimento clínico pelos ginecologistas infanto-puberais: suas facilidades e entraves 3

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

A crise do papel paterno e a gravidez na adolescência 15

RELATO DE CASO

Atonia uterina revertida com sutura de B-Lynch em parturiente adolescente 25

NOTÍCIAS E AGENDA 30

COMISSÃO EDITORIAL

EDITOR: José Alcione Macedo Almeida

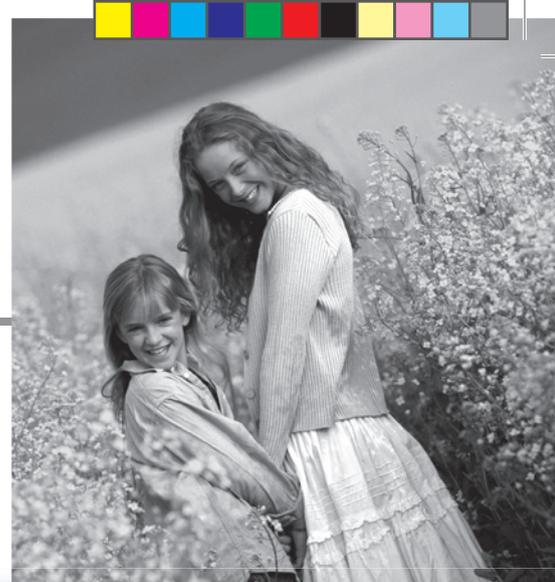
EDITOR ASSOCIADO

Álvaro da Cunha Bastos (SP)

CORPO EDITORIAL

Adriana Lipp Waissman (SP)
Albertina Duarte Takiuti (SP)
Ana Célia de Mesquita Almeida (SP)
Claudia Lúcia Barbosa Salomão (MG)
Cremilda Costa de Figueiredo (BA)
Cristina Falbo Guazzelli (SP)
Denise Maia Monteiro (RJ)
Elaine da Silva Pires (RJ)
Fernando César de Oliveira Jr. (PR)
Glênio Spinato (RS)

João Bosco Ramos Borges (SP)
João Tadeu Leite dos Reis (MG)
Jorge Andalaft Neto (SP)
José Domingues dos Santos Jr. (DF)
José Luiz Camargo (PR)
Laudelino de Oliveira Ramos (SP)
Liliane D. Herter (RS)
Marcelino H. Poli (RS)
Márcia Sacramento Cunha (BA)
Marco Aurélio K. Galletta (SP)
Maria de Lourdes C. Magalhães (CE)
Maria Virginia F. Werneck (MG)
Marta Francis B. Rehme (PR)
Ricardo Leal Rocha (ES)
Romualda Castro do Rego Barros (PE)
Vicente Renato Bagnoli (SP)
Zuleide F. Cabral (MT)



DIRETORIA EXECUTIVA DA SOGIA-BR

Presidente

José Alcione Macedo Almeida

Vice-Presidente

Vicente Renato Bagnoli

1º Secretário

Marco Aurélio K. Galletta

2º Secretário

João Bosco Ramos Borges

1ª Tesoureira

Ana Célia de Mesquita Almeida

2ª Tesoureira

Jorge Andalaft Neto

Diretora de Relações Públicas

Albertina Duarte Takiuti

Presidente Emérito

Álvaro da Cunha Bastos

VICE-PRESIDENTES REGIONAIS

Vice-Presidente Região Sul

Marta Francis Benevides Rehme

Vice-Presidente Região Sudeste

Laudelino de Oliveira Ramos

Vice-Presidente Região Centro-Oeste

Zuleide F. Cabral

Vice-Presidente Região Norte-Nordeste

Romualda Castro do Rego Barros

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua João Moura, 860/53
Jardim América
CEP 05412-002 – São Paulo, SP
Fax: (11) 3088-2971

sogia@sogia.com.br

josealcione.almeida@yahoo.com.br

www.sogia.com.br

CUMPRINDO A MISSÃO

Quando fui convocado para assumir o Comitê Executivo da Associação Latino-Americana de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (ALOGIA), biênio 2007-2009, minha primeira reação foi dizer não. Essa negativa estava embasada no conhecimento que tenho da própria associação e da complexidade que a caracteriza, entre outras justificativas que tinha na época.

Continuaram os apelos por parte de alguns amigos da América Latina para que eu reconsiderasse a posição. Refleti bastante e, nos últimos dias que antecederam a assembleia geral de 2007, decidi aceitar a missão.

O principal motivo para aceitar o desafio está na própria história da ALOGIA. Em 1991 realizamos em São Paulo a II Jornada de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência, sob a presidência do Prof. Álvaro Bastos. A primeira se realizara dois anos antes, em Buenos Aires. Nesse encontro, em São Paulo, ganhou corpo a ideia de se criar uma sociedade representativa da área de obstetrícia e ginecologia da infância e adolescência na América Latina. Intensificaram-se, então, os preparativos e, dois anos depois, durante a III Jornada em Santiago do Chile, materializou-se o sonho. O Brasil foi representado na Assembleia de Fundação pelo Prof. Álvaro Bastos e pela Dra. Albertina Duarte. Somos, portanto, um dos países fundadores da ALOGIA.

Nesse congresso, a delegação brasileira era formada por vários colegas que já se dedicavam a essa área da ginecologia e dois desses – a Dra. Liliane Herter e eu próprio – viriam a constituir o Comitê Executivo 2007-2009, juntamente com a Dra. Marta Rehme.

O Brasil esteve representado, sempre com destaque, em todos os congressos da ALOGIA, inclusive nas três jornadas que precederam sua criação. Entendemos, portanto, que não poderíamos fugir a essa responsabilidade.

Durante nossa gestão, apesar da grande dificuldade em obter informação de alguns países, conseguimos editar o Boletim Eletrônico, numa apresentação que recebeu elogios dos diversos países por seu novo formato, diagramação e conteúdo inovadores.

Na assembleia geral durante o congresso do Panamá, em março último, conseguimos fazer com que todos os países presentes pagassem suas cotas atrasadas, incluindo a do ano de 2009, o que nem sempre era cumprido. Também marcou nossa gestão o fato de não termos gasto um só centavo da ALOGIA, o que jamais havia ocorrido, de acordo com os livros de registro da contabilidade da associação. Nem mesmo com a feitura do Boletim Eletrônico tivemos gastos, já que conseguimos patrocínio para ele.

Também na assembleia geral do Panamá, por proposta nossa, foi aprovada a reforma do estatuto da ALOGIA e, para isso, foi constituída uma comissão específica, da qual também faço parte.

Hoje, mais do que antes, temos a certeza de que dirigir, com responsabilidade, os destinos de uma entidade médica deve ser previamente bem avaliado. Pelas manifestações de vários companheiros de diversos países, sentimos que o Brasil deu sua contribuição efetiva, cumprindo bem sua missão. Foi tarefa árdua, mas cumprida com êxito, à custa de muita dedicação dos membros do Comitê Executivo.

José Alcione Macedo Almeida
Presidente da SOGIA-BR

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES – ATENDIMENTO CLÍNICO PELOS GINECOLOGISTAS INFANTO-PUBERAIS: SUAS FACILIDADES E ENTRAVES

CARMEN LUCIA DE ABREU ATHAYDE¹ · SIMONE GONÇALVES DE ASSIS²

RESUMO

Esta pesquisa buscou estudar a atuação dos ginecologistas infanto-puberais nos casos de abuso sexual infanto-juvenil. Procurou-se abordar os fatores que podem interferir nessa assistência. A metodologia utilizada aliou a pesquisa quantitativa com a qualitativa, numa perspectiva de triangulação de métodos, procurando avaliar extensivamente a atuação desses profissionais e demonstrar as implicações subjetivas dos sujeitos na construção dessa rotina de atendimento. Os instrumentos de pesquisa utilizados foram um questionário autoaplicável e entrevistas semiestruturadas. A população de estudo quantitativamente avaliada foi composta por 78 ginecologistas infanto-puberais filiados à SOGIA no estado-alvo da pesquisa. Foram alcançados 48,7% dos profissionais. Nas entrevistas qualitativas, foram entrevistados nove ginecologistas infanto-puberais, agregando profissionais que, embora não fossem filiados a essa entidade, atuam em serviços especializados de ginecologia infanto-puberal no estado. Foi possível identificar alguns fatores pessoais e de ordem institucional que interferem nesta atuação, podendo melhorá-la ou prejudicá-la. Entre os fatores encontrados e que levaram a um maior comprometimento com esse tipo de assistência, é possível citar: o apoio de uma equipe multidisciplinar, a maior visibilidade das situações violentas na atualidade, uma organização própria dos serviços de atendimento à violência. Por outro lado, o estigma da violência, a dificuldade de verbalização pelas pacientes e a pouca integração tanto intra como interinstitucional configuraram obstáculos ao desempenho desses profissionais. Como sugestões para promover uma melhor assistência propõem-se: melhor estruturação dos serviços; capacitação na graduação médica para permitir o rastreamento de situações abusivas; capacitação específica durante a especialização para aqueles profissionais interessados nessa temática.

Palavras-chave: abuso sexual infanto-juvenil, ginecologia, atuação profissional.

ABSTRACT

This research aimed to study the performance of infant-juvenile gynaecologists in dealing with child sexual abuse. We tried to approach factors that can interfere in this kind of attendance. The methodology used in this study consisted of quantitative and qualitative data with the objective of crossing them, so that we could evaluate extensively the performance of those professionals and demonstrate their subjective implications for the construction of an attendance routine. Self-questionnaires and semi-structured interviews were used as instruments for this research. The population quantitatively involved in this study was composed of 78 gynaecologists who are members of local SOGIA, summing up 48,7% of the amount of all the professionals from that entity. Among the nine infant-juvenile gynaecologists who were interviewed, some of them did not belong to the association mentioned above. Nonetheless, all these professionals work in specialized services concerning infant-juvenile gynaecology. It was possible to identify some personal and institutional factors that eventually interfered in the doctors' performance for the better or for the worse. Among the factors that contributed for a bigger commitment with this kind of attendance, we can stress: the support of a staff composed by professionals from different areas of study, more visibility of the present situations of violence and an appropriate organization of the services that deal with violence attendance. On the other hand, the stigma of violence, the patients' difficulty in talking about and the poor interaction between the intra and inter-institutional services are obstacles for those professionals' performance. So, in order to accomplish a better attendance for sexual abuse cases, we conclude that it is utterly necessary to improve the service structure, the medical graduation capability in order to allow the tracing of abusive situations and specific capability in post-graduation courses to those professionals interested in this subject.

Keywords: infant-juvenile sexual abuse, gynaecology, professional performance.

INTRODUÇÃO

A literatura tem relatado aumento de casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes, principalmente do sexo feminino^{8,17}. Essa diferença de gênero na caracterização epidemiológica do abuso sexual infanto-juvenil evidencia o papel do ginecologista infanto-puberal na equipe de saúde envolvida na assistência a essas vítimas, sendo sua inclusão na equipe multidisciplinar referendada pelo Guia de Atuação Frente a Maus-Tratos na Infância e Adolescência, elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e pelo Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES)¹⁸. A abordagem dessa assistência foi normatizada, entre nós, por meio de documentos editados pelo Ministério da Saúde: no ano de 1999 foi lançada a primeira edição de Norma Técnica tratando da Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes²², na qual o Estado admite sua responsabilidade em acolher essas vítimas, mas reconhece suas dificuldades em fazê-lo. Entre essas dificuldades, cita a falta de estrutura dos serviços médicos e a necessidade de se estabelecer relações intersetoriais que deem conta do combate à violência²². Uma nova edição ampliada dessa Norma foi publicada em 2005, contemplando de forma mais abrangente e detalhada os diversos aspectos clínicos e assistenciais que fazem parte do atendimento às vítimas da violência sexual. Essa norma técnica postula o acesso da população-alvo a todas as etapas do atendimento, incluindo-se as medidas de emergência, o acompanhamento, a reabilitação e o tratamento dos eventuais impactos da violência sobre a saúde física e mental da mulher e a capacitação de todas as unidades de saúde que disponham de serviços constituídos de ginecologia e obstetrícia para o atendimento a esses casos. Acredita-se que o atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual seja responsável por inquietações profundas e por muitas dificuldades dos profissionais de saúde que lidam com essa clientela, tanto sob o aspecto pessoal quanto institucional. Além das dificuldades clínicas inerentes à violência sexual contra crianças e adolescentes, esse tipo de atendimento é permeado por questões que, na maioria das vezes, esses profissionais não foram treinados para enfrentar, mas que podem interferir de forma direta no desempenho deles. A normatização do atendimento às vítimas de violência sexual foi recentemente implantada entre nós e verificou-se que a avaliação da integração dessa nova realidade no cotidiano dos ginecologistas infanto-puberais pode contribuir para a melhoria da assistência prestada. Por isso, o objetivo deste estudo é avaliar os fatores que interferem nesse atendimento, seja contribuindo em sua execução ou dificultando sua plena realização.

METODOLOGIA

Este estudo faz parte de um projeto que busca elucidar o perfil de atuação dos ginecologistas infanto-puberais nos casos de abuso sexual. O desenho de pesquisa empregado procurou avançar em uma perspectiva do diálogo interdisciplinar aliando a metodologia quantitativa e qualitativa, numa perspectiva de triangulação de métodos.

A assistência ginecológica a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual é um aspecto pouco abordado no nosso meio, o que traz o interesse em se pesquisar extensivamente a atuação dos ginecologistas infanto-puberais por meio do viés quantitativo, evidenciando a magnitude da questão. Essa abordagem representa uma avaliação em um momento específico do tempo da vida dos ginecologistas infanto-puberais, configurando um censo de todos os 78 sócios da Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (SOGIA), filiados no estado onde se desenvolveu a pesquisa. O estudo alcançou 38 profissionais, contabilizando uma perda de 51,3% nas devoluções, o que faz o desenho do estudo se assemelhar a uma amostra não probabilística e não intencional, em virtude de perdas por recusas ou impossibilidade de preenchimento do instrumento de avaliação. O desenho do estudo permite conhecer a frequência e a associação dos atributos indagados na pesquisa, impossibilitando a realização de inferências causais.

A abordagem qualitativa possibilitou aprofundar os objetivos dessa pesquisa, delineando as implicações subjetivas dos sujeitos na construção dessa rotina de atendimento.

Atores estudados

Delimitou-se como população-alvo deste estudo aqueles ginecologistas que exercem a ginecologia infanto-puberal, já que esta constitui uma tarefa diferenciada pela sua especificidade e provoca certa resistência nos ginecologistas sem treinamento na área.

A seleção desses profissionais baseou-se em relação solicitada e enviada pelo presidente da SOGIA com os associados do Estado do Rio de Janeiro. A filiação a essa Sociedade e o exercício da Ginecologia Infanto-Puberal não estão condicionados a nenhuma aferição técnico-científica nessa especialidade. Portanto, semelhante escolha de atividade pressupõe um maior interesse e experiência dos profissionais no atendimento desse segmento populacional e seus agravos à saúde. Não existe, também, a obrigatoriedade de filiação à SOGIA para atuação na Ginecologia Infanto-Puberal, havendo, assim, profissionais que exercem essa atividade que não constam dessa listagem.

A definição da amostra na metodologia qualitativa obedece à necessidade de abarcar a totalidade em suas múltiplas di-

mensões. Nessa abordagem, foram convidados a participar da pesquisa os profissionais filiados à SOGIA e que relataram, por meio do questionário, experiência no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência ou aquelas profissionais inseridas em serviços e programas de atendimento ginecológico a essa clientela, mesmo não estando filiadas à SOGIA. Envolveu, ainda, uma ginecologista em função de gerência no Programa de Saúde da Mulher na capital do estado onde se realizou este estudo, o qual abrange os atendimentos a crianças e adolescentes em situação de violência sexual.

Critérios de inclusão

Para a metodologia quantitativa, foram valorizados: ser ginecologista; ser filiado à SOGIA e estar atuando profissionalmente no estado sede do estudo; aceitar participar da pesquisa por meio da devolução do questionário respondido. Para participar do estudo qualitativo, era necessário: ser ginecologista; referir, por meio de questionário, experiência no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual; e/ou estar inserido em serviços ou programas de atendimento à ginecologia infanto-puberal; aceitar participar da pesquisa por meio do Consentimento Livre e Esclarecido.

Elaboração de instrumento e coleta de dados

Metodologia quantitativa

Neste estudo, o instrumento utilizado foi um questionário auto-aplicável, semiestruturado, de modo a permitir que o entrevistado complementasse algumas questões abertas com aspectos que não foram abordados nas opções apresentadas. O questionário procurou caracterizar o perfil dos participantes, o tipo de atividade exercida (se ambulatorial, rotina de enfermagem, emergência), a formação profissional e questões com foco no diagnóstico e nas condutas clínicas nos casos de suspeita e diagnóstico de abuso sexual infanto-juvenil e os fatores que influenciam a atividade assistencial desses ginecologistas infanto-puberais.

Do total de questionários enviados, 38 foram respondidos e devolvidos, o que perfaz um valor de 48,7%. As principais justificativas para não se responder à pesquisa foram falta de tempo e pouca intimidade com o tema, seja por já não estar exercendo a Ginecologia Infanto-Puberal, seja por atuar somente em clínica privada, o que limitaria a experiência profissional nesse campo, segundo os entrevistados.

Metodologia qualitativa

Nesta etapa da pesquisa, os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas. As ginecologistas

infanto-puberais foram contatadas por telefone e convidadas a participar dessa fase da pesquisa, não ocorrendo recusa ou resistência por parte de nenhuma delas. As entrevistas aconteceram em seus locais de trabalho – oito em instituições públicas e uma em consultório particular – e foram gravadas em áudio, com duração de 20 a 45 minutos, sendo codificadas, para efeito da apresentação dos resultados, de um a nove, obedecendo à ordem de realização delas.

Foram registradas, em diário de campo, observações pertinentes às reações, às hesitações e a outras manifestações das entrevistadas e/ou do entorno julgadas relevantes para os objetivos da pesquisa.

O roteiro da entrevista focalizou os seguintes aspectos: a) experiência da entrevistada no atendimento a vítimas de abuso sexual infanto-juvenil; b) rotina do atendimento clínico na situação de violência sexual contra crianças e adolescentes; c) contribuição da formação profissional nesse tipo de atendimento; d) sugestões para melhorar o atendimento. Todas as entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, sendo oito por ela transcritas e uma – também revisada por ela –, por outra pessoa.

Análise dos dados

A análise dos dados quantitativos utilizou o programa Epi-Data (versão 3.0) e para análise e crítica do banco de dados foi usado o programa SPSS (versão 13). As etapas da digitação e construção do banco de dados estiveram a cargo de um estatístico.

Para a análise utilizou-se a metodologia quantitativa descritiva, com distribuição em frequências absolutas e relativas segundo as variáveis de interesse. A análise dos resultados das questões de múltipla escolha teve como objetivo traçar o perfil dos profissionais envolvidos na pesquisa e o perfil de sua atuação nos casos de abuso sexual infanto-juvenil.

As questões abertas foram digitadas e, algumas vezes, reproduzidas no capítulo de resultados da forma como foram redigidas pelos profissionais, categorizadas pela pesquisadora. Em alguns momentos, a análise dessas questões foi meramente descritiva, em outros, procedeu-se como na metodologia qualitativa vista adiante.

No tratamento dos dados qualitativos, optou-se por utilizar a análise de conteúdo, modalidade análise temática. Foi realizada uma leitura exaustiva das entrevistas, para apreender o conteúdo e o significado das falas. Na segunda etapa, foram identificados os principais núcleos que correspondiam aos objetivos do nosso trabalho e agregados os dados em categorias empíricas. Por último, procurou-se analisar a fala das entrevistadas em seu contexto sociocultural e de vinculação

institucional, buscando-se desvendar o conteúdo subjacente ao que estava manifesto^{12,16}.

As duas grandes categorias de análise empregadas no estudo foram: violência sexual na infância e adolescência e formação profissional médica, abrangendo desde a graduação em Medicina até o processo de especialização e de educação continuada.

Considerações éticas

O projeto foi apresentado à Comissão Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira (Fiocruz), à qual o projeto estava vinculado, sob o nº 558/Dpq/2005, e aprovado em 12/7/2005.

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico e profissional dos ginecologistas infanto-puberis estudados

Dos 38 profissionais que responderam ao questionário, 76,3% são do sexo feminino e 23,7%, do sexo masculino; o perfil etário mostra uma concentração maior de profissionais a partir da quarta década de vida (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de ginecologistas infanto-puberis quanto a faixa etária, tempo de formatura e anos de atuação na especialidade

Ginecologistas (n=38)	%
Faixa etária	
25-30 anos	2,7
31-45 anos	40,5
46-60 anos	46,0
60 e mais anos	10,8
Tempo de formatura	
Até 10 anos	26,4
11-20 anos	18,4
21-30 anos	36,8
30 e mais anos	18,4
Tempo de exercício da especialidade (GIP)	
Até 10 anos	57,4
10-25 anos	18,5
Acima de 25 anos	18,5

No tocante ao tempo de formatura, 73,6% têm acima de 11 anos de formado e 57,4% estão exercendo a especialidade há menos de 10 anos, indicando que essa especialização ocorreu anos após a formatura.

Na abordagem qualitativa, a faixa etária e o tempo de exercício profissional puderam ser apreendidos em algumas falas:

Eu tenho vinte e sete anos de formada, não tinha, nem se falava nisso [violência sexual contra crianças e adolescentes]... (E3)

Olha só, eu sou uma mulher de 58 anos... (E8)

Oito, entre as nove ginecologistas entrevistadas, encontram-se exercendo a Ginecologia Infanto-Puberal em ambulatorios da especialidade em serviço público. Dessas oito profissionais, sete atuam também em clínica privada; cinco acumulam atividade profissional em serviços com atendimento específico à violência sexual contra crianças e adolescentes e as outras prestam essa assistência de forma diluída entre os demais casos que atendem no ambulatório dessa especialidade.

Em relação ao tipo de assistência prestada, 22,6% referiram atuar no setor de emergência, 15,8%, em rotina de enfermarias e 82,1%, em atendimento ambulatorial. Essa investigação foi feita de forma independente para cada uma das opções citadas, podendo, com isso, haver atuação em mais de um setor simultaneamente.

Em relação ao vínculo de trabalho na atividade privada, 82,1% dos entrevistados exercem a Medicina como profissional autônomo; 14,3% relatam vínculo empregatício e igual percentual (14,3%) desempenha atividade docente nas disciplinas de Ginecologia e Obstetrícia. Para aqueles que estão inseridos no setor público, o local de atuação mais citado foi o hospital (57,1%), seguido por postos de saúde (32,1%), atividade docente (7,1%) e cargo administrativo (3,6%). Entre as outras situações laborais citadas, estão aposentados e preceptores de residência médica. Como informado, vários profissionais possuem mais de uma atividade, frequentemente conjugando o setor público e privado.

Fatores relevantes na rotina de atendimento

Alguns fatores foram apontados pelos profissionais entrevistados como sendo relevantes na dinâmica do atendimento clínico, adquirindo tanto características facilitadoras quanto potencialmente prejudiciais à rotina clínica. Um aspecto de especial importância nesse atendimento apontado por nossos entrevistados foi o relacionamento com a família de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. As diferentes concepções de família citadas pelos profissionais em confronto com suas realidades produziram um painel que não permite sua inclusão em nenhuma das divisões anteriormente citadas (facilitador ou que dificulte o atendimento), sendo, por isso, apresentadas como um tópico independente.

Relacionamento com a família

A relação de um profissional de saúde que lida com uma clientela infanto-juvenil, em especial as vítimas de violência sexual e suas famílias, é de fundamental importância pela necessidade de colher dados relativos às pacientes e à situação abusiva e de se estabelecerem parcerias com o intuito de promover os

cuidados necessários para tratar os agravos e proteção contra os episódios reincidentes.

Diversas formas de conceituar família foram encontradas entre as entrevistadas: extensão do conceito da família nuclear (pai, mãe, irmãos) a todas aquelas pessoas com laço sanguíneo e que possam estar envolvidas, de alguma maneira, com a situação de violência; inclusão do companheiro sexual; restrição da noção de família àquele cujo papel é o de cuidar, especialmente pai e mãe, deixando as demais relações familiares a cargo do Serviço Social ou da Psicologia, sendo marcante a vinculação do papel de cuidador à figura materna, o que traz inquietações ao profissional quando não é a mãe que acompanha a criança à consulta.

Na nossa casuística, em situações em que tal tarefa coube ao pai, todas as atitudes da criança soaram suspeitas, estando ela muito à vontade ou constrangida com a presença paterna. O lugar do pai na consulta é, algumas vezes, preterido pela própria estrutura do serviço, que não comporta a presença de homens em ambulatórios destinados ao atendimento de mulheres:

Até quando vem com o pai, eu falo, que o pai não pode entrar aqui. Eu falo, da próxima vez, pede para a mãe vir junto. (E5)

Quando o papel de acompanhante foi desempenhado por pessoa de fora do círculo familiar, foram encontradas reações antagônicas, algumas vezes, de estranhamento e repulsa, estando embutido um juízo de valor pejorativo quanto às relações familiares:

... é muito comum no serviço público [a criança vem à consulta] jogada, com uma vizinha, com uma outra menina um pouco mais velha que ela. Isso não pode ser. E aí eu marco uma nova consulta e peço a um familiar direto, ou mãe ou avó, que venha. (E2)

Em outras situações, após uma primeira reação de estranheza quanto à nova realidade apresentada, houve uma discussão dessa nova maneira de viver e abertura para novas opções:

Muitas meninas vêm de longe sozinhas... não sei, às vezes nem é uma questão de estrutura da família, às vezes é uma questão de carência, a mãe tá trabalhando, não pode e ela não tem com quem vir. E muitas vezes eu acho até... tem situações que as meninas são muito maduras, eu fico muito contente, eu acho isso muito legal... elas chegam sozinhas, ouvem, se desempenham e aprendem a fazer tudo sozinhas, que também é uma situação que eu acho muito boa da menina... (E8)

Na avaliação de uma profissional, lidar com a família é uma via de mão dupla, que, por um lado, permite ao médico aferir a estrutura familiar e também o quanto a questão familiar interfere no problema médico. Por outro lado, entretanto, a presença e a ação da família podem ser obstáculos ao atendimento médico, quando a família assume uma postura de limitar a privacidade da adolescente. Em sua atuação, a médica conjuga, então, o apoio da família, quando necessário, com a garantia à sua cliente do direito à privacidade, reservando tempo e lugar para o atendimento a sós, em que possa contemplar suas demandas.

De forma geral, foi preconizado por esses profissionais que o relacionamento com a família seja feito de forma serena, objetiva, procurando transmitir clareza no seu posicionamento, expondo os achados clínicos e a suspeita diagnóstica. É ressaltada, também, a importância de manter-se a imparcialidade, evitando o tom acusatório a quem quer que seja, e de estar atento para a possibilidade de se identificar algum membro da família ou próximo como possível agressor que, eventualmente, esteja sendo mantido sob a proteção dos vínculos familiares.

O atendimento à família realizado em conjunto com outros profissionais foi uma prática também assinalada, sendo relatadas as presenças de profissionais de outras áreas como psicólogo/assistente social ou de outro médico. Outra prática assinalada por dois ginecologistas infanto-puberais foi o desdobramento da consulta em dois ou mais tempos.

É conduta referida por quatro ginecologistas infanto-puberais tentar esmiuçar toda a rotina da criança, em relação aos seus hábitos, aos dos familiares e aos das pessoas próximas, se houve mudança de comportamento da criança em relação a alguma pessoa de seu círculo de relacionamento, se há suspeita de quem possa ser o agressor. Na abordagem específica do adolescente e sua família, as entrevistas em separado e em conjunto visando à confrontação de informações foram preconizadas.

A observação das reações da família diante do abuso sexual infanto-juvenil variou entre os profissionais: desespero familiar quanto ao diagnóstico apresentado e maior dificuldade de aceitação dessa hipótese quando a suspeita surgiu a partir do atendimento médico, levando, algumas vezes, a família a atribuir a uma causalidade acidental as lesões apresentadas pela vítima, com isso atrapalhando o relacionamento com o profissional de saúde.

As causas apontadas para explicar essa dificuldade de aceitação familiar do diagnóstico são: o sentimento de culpa acarretado e, nos casos de abuso intrafamiliar, a falta de estrutura interna para lidar com as consequências.

Algumas outras atribuições dos profissionais são lembradas: tolerância para com as diversas reações apresentadas pela família; a importância de se reafirmar o prosseguimento da investigação; a garantia, por parte da equipe de saúde, de que o seu papel é o de cuidar e não o de acusar quem quer que seja; a necessidade de ressaltar o papel do responsável nos cuidados daquela criança; e a repercussão positiva dessa atitude de cuidar, caso fique comprovada uma situação de abuso e seja feita uma notificação.

Fatores facilitadores do atendimento

A incorporação do atendimento às vítimas de violência pelos profissionais de saúde constitui, ainda, um evento recente em nosso meio. Apesar da existência de algumas diretrizes oficiais no tocante a essa assistência, a sistematização de tal prática ainda não está universalizada. O exercício diário das profissionais na assistência às vítimas de violência sexual infanto-juvenil permite identificar alguns fatores que contribuem de forma significativa na implementação dessa rotina.

Organização do serviço

Verificou-se que, na prática, a maneira como se dá a assistência ginecológica às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, diluída em meio a outros atendimentos (fazendo parte de uma assistência geral) ou em ambulatório específico para atendimento às vítimas de violência, indica o grau de investimento da instituição na assistência a essas vítimas. A falta de individualização desses atendimentos, seja em um posto de saúde, seja dentro de um hospital, é apontada como uma dificuldade para essas profissionais.

A falta de estrutura é representada pelo elevado número de pacientes a ser atendido, impedindo uma maior dedicação a cada caso, aumentando o risco de não se conseguir ter uma visão crítica de determinada situação pela pouca disponibilidade de tempo para fazê-lo; pela falta de insumos necessários ao atendimento: falta de um laboratório disponível para exames básicos, como as sorologias para investigação de doenças sexualmente transmissíveis; ausência de integração (de referência e contrarreferência) entre os diversos serviços:

... Quantos eles querem que a gente atenda? Trinta! Isso é humanamente impossível. Então, vai da boa vontade. Trinta por turno... Você tem que ter tempo. Correria, faz você passar por cima de muita coisa... (E9)

Você não tem acesso a nada... Nem um simples corrimento no posto de saúde. Você vai ter que tratar o que você vê. Você tem sniff teste? Não. Candidíase? Você bateu o olho, você viu, examinou e tal, é aquilo. A gente não tem acesso a nada disso. Nem VDRL... Você sabe que tem um setor de DST lá. Tem um

setor de DST no PAM XXX. Tem. Encaminha... Voltam todas, entendeu... voltam todas... (E9)

A implantação e o funcionamento de serviços específicos para atendimento ao abuso sexual são exaltados pelas profissionais como um dos fatores que facilitam sua atuação. Existe uma infraestrutura física propícia para receber aquela criança ou adolescente em ambulatório ou em enfermaria (quando necessária a internação) com profissionais com diferentes tipos de formação técnica envolvidos no atendimento, estando todos aptos para o acolhimento, o que vai refletir-se na condução de uma consulta com mais tranquilidade.

A criação desses serviços especializados, segundo uma delas, gerou um aumento da demanda por essa assistência quando comparada àquela realizada no bojo de um atendimento geral tanto por uma procura espontânea quanto pelos encaminhamentos da Justiça, dos Conselhos Tutelares e de outras unidades de saúde vizinhas. Permitiu, ainda, uma maior autonomia das profissionais em relação à sua agenda, facilitando o atendimento de novas pacientes e o acompanhamento. O apoio técnico representado por serviços complementares eficazes, como o laboratório de análises clínicas, e o fácil acesso a outros membros da equipe também contribuem para o bom andamento do serviço.

Em um hospital, a falta de um treinamento sistemático quando da inserção de novos profissionais em equipes já estruturadas foi responsável pela adoção de condutas inadequadas quando do atendimento emergencial.

Algumas medidas adotadas nos diversos locais mostraram-se úteis para dar agilidade e eficácia ao atendimento: a existência de *kits* preparados com toda medicação profilática necessária para as doenças sexualmente transmissíveis e para contracepção; a adaptação de condições físicas e de pessoal para prestar assistência às vítimas de violência sexual. Isso é exemplificado em uma maternidade onde a criação da sigla VVS (vítima de violência sexual) serviu para traduzir essa especificidade:

... porque até a codificação pra atendimento foi criado, entendeu? Aquela coisa VVS, muito longe de rotular a cliente, isso foi criado para proteger e uma vez falado VVS a gente sabia que essa cliente, ela era... passava na frente, que arrumava uma saleta para atendê-la e que o próprio profissional para atendê-la, ele não teria que ser solicitado, ele se dedicaria àquele atendimento... (E7)

Equipe multidisciplinar

A presença e o apoio de uma equipe multidisciplinar foram mencionados pelas entrevistadas como questões fundamentais

ao bom desempenho. Entre os ginecologistas infanto-puberais que participaram da pesquisa, 64,9% daqueles que suspeitaram do abuso sexual infantil referiram sempre solicitar a avaliação de outro profissional, enquanto 52,6% dos que suspeitaram de uma agressão sexual contra adolescentes tiveram igual conduta.

Quando o diagnóstico de abuso sexual contra crianças foi constituído como uma certeza, 78,8% ginecologistas infanto-puberais relataram solicitar os préstimos de outro profissional, enquanto 64,5% que fizeram o diagnóstico na população juvenil tiveram uma conduta semelhante.

A avaliação pelos profissionais da saúde mental e do serviço social foi definida como primordial, fornecendo subsídios que são próprios dessas áreas e escapam ao conhecimento médico e foram fundamentais para dirimir dúvidas:

Essas pacientes, inclusive, quando há a suspeita não constatada, a gente encaminha a família e a criança, às vezes, para o serviço de saúde mental. Elas acompanham algumas crianças, coisa e tal. Tem desenhos acoplados ao prontuário, então, muito com relação ao âmbito familiar, às vezes a mãe junto e o pai lá longe, coisas assim, que para os psicólogos sugerem alguma coisa. Muitas vezes as psicólogas até que me trazem determinados aspectos do que conseguiram tirar da criança, que de repente a criança não contou na emergência e que de repente, também, não contou no ambulatório. Às vezes, quando ela é atendida sozinha com o psicólogo, de repente, ela começa a abrir determinadas coisas. (E6)

As dúvidas e as dificuldades podem estar relacionadas, também, a outros domínios dentro da Medicina. Assim, foram lembrados como possíveis integrantes dessa equipe multidisciplinar, na dependência da especificidade de cada caso, das lesões encontradas e da idade da vítima em questão: pediatra, clínico-geral, médico legista, cirurgião pediátrico, urologista e proctologista. A colaboração de um outro ginecologista foi citada, principalmente em casos de emergência ou quando o colega tivesse uma maior experiência no trato de situações de violência sexual.

A possibilidade de discussão dos casos, que, em alguns serviços, ocorre de forma sistemática em reuniões integrantes do cronograma, reflete a maior organização e relevância que é dada ao tema:

Então você pode discutir. E você sozinho não tem com quem dividir isso tudo, até onde você está se envolvendo, você está colocando sua opinião nas coisas. Numa equipe todo mundo discute. (E3)

Outra dificuldade apontada para se constituir uma equipe nos serviços é a baixa frequência de alguns profissionais ao

trabalho, acarretando sobrecarga para os demais, que, ao mesmo tempo, tentam desempenhar vários papéis:

E as pessoas [profissionais] acho que vêm pouco ao hospital, sabe, então fica nas costas de poucos... Se tivesse isso [uma equipe entrosada e funcionando] certamente eu me enquadraria nessa equipe... Talvez por isso eu fico vinculada nisso [a parte psicológica], porque eu fico no bloco do eu sozinha. Eu quero resolver a maior parte das coisas comigo porque eu não sei se posso contar com os outros. (E5)

A evocação de outro profissional de saúde como testemunha do atendimento prestado foi uma argumentação apresentada e serviria para assegurar maior tranquilidade ao profissional que presta o atendimento, principalmente se for do sexo masculino (segundo a opinião de algumas ginecologistas), tendo em vista a vulnerabilidade da situação.

Privacidade

A organização dos serviços e a sua infraestrutura interferem de maneira acentuada na privacidade oferecida às pacientes com história de abuso sexual. Esse aspecto é de fundamental importância, quando se lida com questões de foro íntimo, tão difíceis de ser trazidas à tona.

Essa preocupação, em um serviço de referência, mantém o ambulatório de atendimento ginecológico às vítimas de violência em uma sala que não permite o vazamento do que é dito em seu interior e, como preconizado pela Norma Técnica do Ministério da Saúde, não possui identificação nominal.

Em outros dois serviços, em que o atendimento às vítimas de violência sexual é realizado no espaço físico do Serviço de Ginecologia, embora não esteja diretamente ligado a este, pudemos vivenciar seguidas interrupções por diversos motivos durante a realização das entrevistas, enquanto as profissionais verbalizavam a necessidade de privacidade para desenvolver o seu trabalho:

E nisso a gente tem pouca privacidade... Agora, a privacidade, eu digo mais assim, no atendimento mesmo, porque as crianças às vezes estão sendo examinadas e aí... acontecem interrupções na porta... (E2)

Aqui no hospital, como eu não tenho privacidade, um fator é a privacidade. ... A privacidade é fundamental. (E5)

Outro aspecto apontado é a privacidade da consulta em relação à família – mais fácil de ser garantida à adolescente do que à criança –, o que permitiria, sem a pressão dos acompanhantes, a possibilidade de ela expressar a realidade da situação:

Às vezes a presença do familiar, da mãe, alguma coisa, inibe determinadas meninas. (E6)

Fatores que dificultam o atendimento

A realidade da assistência à saúde em nosso meio, principalmente no âmbito público, traz embutida uma série de dificuldades estruturais que se mostram difíceis de ser sanadas. No atendimento às vítimas de violência sexual, foram observadas, além das dificuldades do modelo assistencial, algumas que são intrínsecas ao objeto em questão e que podem permear atitudes do profissional e da clientela.

Verbalização

Na visão de algumas profissionais, essa comunicação com a clientela infantil pode constituir-se em um paradoxo, sendo, às vezes, mais fácil chegar ao diagnóstico pela veracidade dos fatos contida em suas afirmações; outras vezes fica mais difícil por não haver o domínio da fala por causa da idade.

Para outra profissional, além da escuta, a sensibilidade ao perceber a intenção na fala da criança é uma grande aliada e um grande indicador entre o que é possível de ser verbalizado e o que realmente acontece:

Mas você sente a defesa da criança, você sente a revolta da criança no falar, entendeu? ... a negação, principalmente pelo pai que foi mais frequente, pai, padrasto, você sente a negação, o medo da mãe não acreditar, entendeu? Ela explicita muito bem isso. (E4)

As adolescentes, mesmo apresentando maior facilidade de comunicação verbal, podem estar cerceadas por ameaças físicas e de cunho emocional, tendentes a limitar sua expressão:

Então o adolescente já pode se expressar mais, mas às vezes o adolescente vem com muito medo, aí também não fala. (E3)

O problema da confiabilidade dos depoimentos, tanto de acompanhantes quanto de crianças, é citado por algumas profissionais e pode atuar como um fator limitante da prática e gerador de angústia:

Existem casos que estão muito estampados, que não são casos de abuso e que o acompanhante pretende que seja. Eu já tive aqui caso de mãe querendo ver se processava a escola para ver se tirava dinheiro, já tive casos de mães que estavam se separando dos maridos e que queriam prejudicá-los e começavam a acusar... (E4)

Pra mim é muito difícil fechar um diagnóstico de violência sexual porque eu esbarro muito na imaginação da criança, eu não sei diferenciar, com 29 anos de formada, o que é imaginação, o que é realidade, o que é... porque eu já vi muitos falsos testemunhos nesta questão. (E5)

Notificação

Em relação à notificação, o que se observou foi um sentimento de frustração e impotência em relação à efetividade das medi-

das legais de proteção cabíveis, que seria o passo seguinte para tirar a criança e a adolescente daquele círculo de agressão, e que, em algumas situações, pode invalidar todo esforço até então empregado:

Eu acho que o final da linha é que está muito problemático ainda porque não adianta a gente fazer diagnóstico, se esforçar se depois as famílias voltam para mesma... as crianças voltam para os mesmos agressores anteriores. E aí dá uma sensação de impotência muito grande e um desânimo no grupo. (E2)

[...] então a frustração... você vê que não acontece nada com aquele abusador. Então a gente não consegue parar o abusador: nem parar prendendo, nem parar obrigando o abusador a fazer um tratamento. (E3)

A dificuldade em lidar com tal situação de impotência e frustração ficou evidente não só na fala dessa profissional, como também na sua atitude de socar repetidamente a mesa enquanto falava do abusador e da impossibilidade de freá-lo.

A falta de interação com os Conselhos Tutelares é relativizada por outra profissional com base tanto nas condições estruturais dessas instituições de falta de dinheiro e de equipamentos para enfrentar suas necessidades e obrigações, quanto pela dependência do maior empenho das pessoas que ali atuam, o que permitiria um contato maior e o retorno da evolução de algumas notificações efetuadas.

Apesar desse descrédito em relação aos órgãos de proteção, não se notou na fala das entrevistadas qualquer resistência a efetuar as notificações. Contudo, a noção de que, para existir a notificação, é preciso certeza no diagnóstico ainda é um fator de inibição observado:

Tem uma questão de você se expor muito, de denunciar uma pessoa que você não conhece, que conheceu naquele momento e que de uma forma ou de outra é uma percepção sua. A não ser que seja um quadro declarado, vai ter que ser uma desconfiança, uma percepção sua. Então você... eu me sinto insegura de entrar em um terreno tão difícil. E colocar "olha, vou chamar o Conselho, vou fazer"... A gente também pode se expor a um processo judicial de danos morais. (E8)

Estigma da violência

No discurso das entrevistadas, a associação da violência com o estigma dá-se por dupla via: os aspectos legais que estão implícitos e podem gerar desdobramentos com o envolvimento do profissional que prestou assistência; o medo de se envolver com a família e a comunidade na qual a vítima está inserida, tornando-se também alvo de represálias. Ambas razões são motivos para evitar o atendimento às vítimas de abuso sexual:

A gente não sabe quem são esses familiares, eles vivem em comunidades de risco. Quem são eles, se eles são envolvidos também com esse grupo. Então os colegas têm muito medo. E normalmente não querem atender. (E2)

O medo relatado pelos profissionais, algumas vezes, suplantou a indicação da assistência, priorizando-se o registro policial e gerando indignação naqueles que estão acostumados com esses trâmites:

Você vai mandar uma menina sangrando na delegacia, primeiro na delegacia pra depois você atender? Espera aí. E muitos pensam isso, muitos... (E6)

Entrevistas ressaltam a importância dos registros das lesões encontradas, os procedimentos efetuados, a elaboração de um prontuário médico adequado que responda aos possíveis questionamentos legais e dê segurança ao profissional que realiza as ações de saúde:

Cara, você é médico, você vai fazer o atendimento que você tem que fazer e você vai relatar... sei que médico não gosta de escrever, mas você vai relatar... já que está com medo da polícia, vai relatar que encontrou a lesão tal, que você suturou a lesão tal, se tinha sinal de esperma, você vai dizer que visualizou esperma, isso que você vai colocar, qual é o problema? (E6)

DISCUSSÃO

Relacionamento com a família

Reconheceu-se na fala de alguns profissionais, quando expuseram seus conceitos acerca de seu relacionamento com as famílias de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, além do interesse em manter uma aliança com a família para obter dados para o diagnóstico, a preocupação em mostrarem-se solidários com seu sofrimento. Essa postura de acolhimento da vítima e da família envolvidas na situação abusiva pela equipe de saúde está referendada na Norma Técnica do Ministério da Saúde⁴ e permitiria a identificação das situações de risco e a adoção de medidas preventivas, pela promoção de relações respeitadas e igualitárias.

Carvalho⁶ destaca que o acolhimento e a escuta empática pelos serviços de saúde é um direito do cidadão e potencialmente deflagrador de soluções por parte dos usuários aos seus problemas, observando-se um aumento da autoestima e uma possibilidade de reelaborar e avaliar suas histórias de vida, tornando-os autores de seus projetos de mudança.

Bustamante e Trad⁵ e Fonseca¹⁰ veem que, para implantação dessa proposta de reorientação dos modelos assistenciais vigentes, tendo as famílias como objeto de intervenção, é

preciso uma compreensão da complexidade e heterogeneidade delas.

Em referência à percepção do conceito família, notou-se uma multiplicidade de entendimentos dos arranjos familiares, de acordo com o que postula a literatura nos dias atuais, embora nem sempre aceita e referendada por nossas entrevistadas.

Boarini³ e Carvalho⁶ concordam que, apesar de milenar, a família apresenta-se sempre com novas roupagens em resposta às mudanças da sociedade da qual é o núcleo e de acordo com o contexto sociocultural em que está inserida.

O distanciamento dos médicos de teorias que dão base ao entendimento das relações familiares pode dificultar sua abordagem, porquanto esse profissional, muitas vezes, sente-se inseguro sobre a melhor forma de atuar em relação à família de uma criança/adolescente com história de violência. Fonseca¹⁰ pondera que, para interagir com membros dessas famílias, é preciso que os profissionais estejam atentos às dinâmicas que extrapolam o seu limitado campo de observação e acionem o arsenal teórico adequado, que possibilite de compreender o processo de construção daquela realidade.

Na tradicional família nuclear composta por pai, mãe e filhos, a divisão das tarefas é baseada em papéis de gênero, cabendo ao homem ser o provedor, enquanto a mulher assume a função dos cuidados e afetos destinados às crianças. Amazonas² avalia que as mudanças socioeconômicas e culturais contemporâneas, principalmente com a inserção da mulher no mercado de trabalho, levam a uma flexibilização maior nas funções parentais. Observa-se um compartilhamento maior de funções por ambos os cônjuges, mesmo nesse modelo nuclear, com alguns pais cuidando dos filhos enquanto a mãe trabalha fora.

Um padrão de família estendida foi observado por Amazonas², em um estudo sobre os arranjos familiares para crianças das camadas populares: identificou-se o desenvolvimento de estratégias de sobrevivência por meio de uma rede de solidariedade que inclui não só o grupo de parentes, mas que se estende à vizinhança. Muitas vezes é com a ajuda de um vizinho que toma conta das crianças que os pais conseguem sair para trabalhar e sustentar a família.

Amazonas², Szymanski²⁰ e Yunes e Szymanski²¹ percebem que, apesar de tanta diversidade nas atuais constituições familiares, a adoção do modelo familiar nuclear burguês como paradigma do que seja família induz à estigmatização de todas as outras composições como “famílias desestruturadas” e que são, na maioria das vezes, as mais responsabilizadas por problemas emocionais, desvios do comportamento do tipo delinquencial e fracasso escolar.

Assim, a família que se constituiu, a família “vívda” quando não é consoante com aquele modelo normativo, é vista como uma inadequação, um desvio de caminho²⁰. Há uma resistência social em aceitar novas configurações familiares como uma possibilidade de se viver uma outra proposta de família, como notado em algumas falas.

Carvalho⁶ defende *que é preciso enxergar na diversidade não apenas os pontos de fragilidade, mas também riqueza das respostas possíveis encontradas pelos grupos familiares, dentro de sua cultura, para as suas necessidades e projetos* (p. 15).

Entre as estratégias assumidas pelos ginecologistas infanto-puberis ao lidar com a família em situações abusivas contra crianças e adolescentes, observou-se a segmentação da consulta em vários momentos. Acredita-se que tal segmentação, provavelmente, deva-se à dificuldade de abordagem de um assunto tão mobilizador e que, potencialmente, fere a estrutura familiar. Visa, ainda, dar tempo para uma elaboração, por parte da família, da realidade apresentada e para o aprofundamento do vínculo de confiança com o profissional.

Ferreira⁹, apesar de entender que uma atuação precoce pode amenizar os efeitos negativos dos maus-tratos infantis, afirma que se deve evitar uma atuação precipitada, informando a necessidade de um tempo mínimo, tanto para a equipe de saúde compreender a situação que se apresenta, quanto para a família reconhecer e expor suas carências e possibilidades.

As reações familiares diante do diagnóstico de abuso sexual infanto-juvenil também foram apontadas por Ceconello *et al.*⁷, ao estudarem famílias abusivas em situações de maus-tratos físicos: explicações fragmentadas, vagas e incoerentes a respeito dos achados clínicos, dificultando um diagnóstico preciso e uma tentativa de eximir-se à responsabilidade, ao minimizar a gravidade dos fatos pela imputação casual às lesões apresentadas pelas crianças.

Fatores facilitadores do atendimento

As diretrizes básicas traçadas pela Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (2005) contemplando uma abordagem completa das vítimas de violência sexual, com a integração de recursos intra e interinstitucionais, não estão contempladas no cotidiano de algumas dessas profissionais.

Em relação ao exercício profissional, vale ressaltar a análise de Abdalla-Filho¹ de que, às vezes, o próprio médico torna-se refém de situações violentas na sua vivência profissional, contrapondo-se a uma visão reducionista, pois, a seu ver, é sempre visto como detentor de poder no contexto relacional da saúde. Os discursos transcritos caracterizam o que o autor

pontua como violência institucional. A exigência de estatística pela instituição limitaria a disponibilidade ao atendimento, não só do ponto de vista prático pela falta de tempo necessário a cada paciente, mas também pela imposição ao médico de uma saturação emocional, impedindo-o de estar psicologicamente disponível para dedicar-se aos pacientes. A falta de insumos e a organização deficitária dos serviços são outros fatores que contribuem para a sensação experimentada de insatisfação profissional.

A composição de uma equipe multidisciplinar para o atendimento à violência sexual é vista como ideal pela Norma Técnica do Ministério da Saúde, sendo desejável a presença de profissionais da Psicologia, do Serviço Social, da Enfermagem, além de profissionais da Medicina, considerados essenciais à constituição dessa equipe. A maior pluralidade de especialidades médicas está prevista, nessa Norma Técnica, relativamente aos serviços de saúde de referência que atendam casos de maior complexidade.

As situações abusivas, abarcando crianças e adolescentes, geralmente envolvem um pacto de silêncio entre vítima e agressor: a verbalização das queixas, muitas vezes, é dificultada e nem sempre é possível o registro de marcas e sinais que comprovem o abuso. Assim, a concorrência de diversos saberes e olhares compondo um atendimento integral permite que outros ângulos da história sejam percebidos e facilita a adoção de uma uniformidade de conduta.

Além do caráter diagnóstico, a necessidade de um acompanhamento psicoterápico pelas repercussões emocionais que o abuso sexual pode acarretar e a avaliação do entorno familiar tornam esses profissionais também essenciais no acompanhamento das pacientes e suas famílias.

Observou-se, nos diversos depoimentos, a carência da equipe multidisciplinar, baseada na ausência dos demais profissionais de saúde dentro dos serviços, na falta de entrosamento no atendimento ou no fato de que nem sempre esse profissionais estão disponíveis quando são requisitados pelas entrevistadas, por acumular outras atividades.

A existência de uma equipe multidisciplinar representa, também, um ganho para os serviços por significar um canal de apoio mútuo aos próprios profissionais, que podem, assim, dividir suas dúvidas e angústias.

No tocante à privacidade, essa mesma Norma Técnica do Ministério da Saúde⁴ discute as duas vertentes da questão. Estimula a definição de um local específico para tal atendimento a fim de propiciar privacidade e acolhimento à paciente. Por outro lado, aconselha *“que se deve evitar a criação de situações que favoreçam o constrangimento ou estigma em relação a essas mulheres,*

como, por exemplo, a identificação nominal do setor ou da sala destinadas ao atendimento exclusivo de vítimas de estupro⁵.

Fatores que dificultam o atendimento

A elaboração de uma hipótese diagnóstica a partir de uma queixa explícita pelas crianças pode encontrar-se prejudicada nos casos de abuso sexual. Alguns autores refletem algumas contradições possíveis de interferir no depoimento infantil: a não incorporação pelas crianças mais novas de valores sociais como o tabu que envolve o abuso sexual poderia tanto facilitar sua exposição (Saywitz *et al.* *apud* Goodman-Brown *et al.*¹³) como dificultá-la, pelo mesmo motivo de não causar estranheza às crianças (Goodman e Goodman *apud* Goodman-Brown *et al.*¹³).

Goodman-Brown *et al.*¹³ avaliaram que crianças mais velhas demoraram mais tempo para denunciar o abuso pelo fato de serem mais temerosas das consequências da revelação para terceiros (por exemplo: outros membros da família que não o agressor) e, também, por se sentirem mais culpadas pela situação abusiva. O tipo de abuso sexual ocorrido também influenciou o lapso de tempo necessário para a revelação, sendo mais extenso nas situações abusivas intrafamiliares.

A acusação de abuso sexual envolvendo pais em processos de separação ou divórcio também é apontada por Kellogg *et al.*¹⁴, que recomendam que haja empenho no sentido de se esclarecer a verdadeira condição da criança, possibilitando que medidas concretas sejam tomadas, havendo notificação (se comprovado o abuso) ou encaminhando a família para um acompanhamento psicoterápico.

A credibilidade dos depoimentos infantis é assegurada por Ghetti *et al.*¹¹, que encontraram acurácia e consistência nos depoimentos de crianças pré-púberes. Segundo Fivush *et al.* (*apud* Ghetti¹¹), as crianças estruturam seus relatos com base em sugestões fornecidas pelos adultos. Observa-se, então, que a avaliação dos depoimentos das crianças deve considerar, também, a maneira como esses são tomados e como influenciam nos resultados obtidos.

Outra característica preponderante da formação médica é a sua visão organicista. O médico, ao se inserir em uma equipe que lida com a questão da violência com uma visão mais abrangente, há de experimentar uma mudança de paradigma, na qual sua ação não se restrinja ao tratamento dos agravos condicionados pela violência. Contudo, esse resultado só é possível quando há, também, uma ação eficaz dos órgãos competentes em relação à proteção à criança e à adolescente.

Silva e Teixeira¹⁹ defendem que a própria formação médica contribui para esse sentimento de angústia por não poder solucionar todos os problemas. Isso se deve à aura de onipotência, que é introjetada durante todo o período de formação

acadêmica e que confere ao futuro profissional o sentimento e o treinamento técnico para resolver todos os problemas dos pacientes sob os seus cuidados. Com uma educação baseada, principalmente, nessa visão organicista, o médico encontra-se despreparado para enfrentar *toda gama de patologias que o homem engenhosamente desenvolve* e em que estão inseridos fatores sociais e emocionais. O enfrentamento no cotidiano de problemas que extrapolam seu poder de resolução leva esses profissionais a desenvolver um sentimento de angústia decorrente dessa frustração, que nem sempre é externado, *transformando-o em um ser que sofre sem mostrar que sofre*¹⁹.

No tocante às questões éticas e legais que norteiam o atendimento às vítimas de violência sexual, a Norma Técnica do Ministério da Saúde adverte que a falta de assistência constitui omissão de socorro, podendo o médico responder civil e criminalmente pela morte ou por danos físicos e mentais sofridos pela vítima; que o prontuário médico deve compreender o registro de todas as etapas do atendimento: anamnese, exame físico, exames complementares e relatórios de procedimentos. A acurácia desses prontuários não só contribui para a qualidade do atendimento em saúde, como também confere ao profissional a segurança necessária para testemunhar em juízo, caso seja solicitado¹⁴.

O medo do profissional em se envolver nessas questões ainda embasa o procedimento comumente relatado pelas entrevistadas de pacientes serem encaminhadas obrigatoriamente para o Instituto Médico-Legal para proceder a exame pericial. A maneira como as pacientes são tratadas nas esferas legais caracteriza uma segunda violência, agora institucional, também constituindo preocupação para os órgãos governamentais que, em seus treinamentos em um município deste estado-alvo do estudo, envolveram agentes da área de Segurança Pública para tentar minimizar tal agravo.

CONCLUSÕES

O atendimento ao abuso sexual contra crianças e adolescentes traz, além das dificuldades estritamente clínicas relacionadas ao seu diagnóstico e tratamento, diversas outras questões que influem de modo considerável em seu manejo.

Foram identificados, neste estudo, alguns aspectos que, apesar de normatizados pelo Ministério da Saúde, não se encontram respaldados na prática diária dos profissionais que exercem esse tipo de assistência. Assim, o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em serviços específicos mostrou-se de valor inestimável quando comparado àquele efetuado em um ambulatório geral. Essa diferença foi reportada por esses profissionais no tocante à organização dos serviços com uma estrutura física que garanta a privacidade

necessária; com recursos técnicos apropriados para diagnóstico e tratamento dos agravos resultantes da agressão sexual; presença, disponibilidade e integração dos diversos profissionais envolvidos, caracterizando a multidisciplinaridade desejada e propiciando maior segurança na condução dos diversos aspectos inerentes à temática do abuso sexual infanto-juvenil; autonomia profissional para priorizar determinadas situações.

Alguns dos aspectos enfocados são de cunho individual dos profissionais e, portanto, mais difíceis de ser abordados de forma sistemática: como a dificuldade em lidar com a violência: seja por uma visão estigmatizada, não identificando seus aspectos clínicos e arbitrando, apenas, uma face social, seja pela impossibilidade de conviver com situações tão mobilizadoras e que nem sempre resultam de forma satisfatória ao investimento do profissional, gerando sentimento de frustração e impotência. É necessário, contudo, que condições técnicas adequadas sejam oferecidas para que possa haver um desempenho profissional a contento oferecendo à clientela o atendimento esperado e proporcionando ao profissional satisfação técnica no exercício de seu trabalho.

Neste trabalho, foram elucidadas algumas das questões que são importantes na visão dos profissionais que atuam rotineiramente na assistência às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e que, por isso, podem avaliar de forma prática como as normas oficiais ajustam-se à realidade vivenciada. Sob determinados aspectos, alguns ajustes são necessários e, em outras situações, a experiência dos profissionais ratifica o que vem sendo proposto. É preciso que esforços sejam empregados para minimizar os entraves da assistência pelo ginecologista infanto-puberal a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e reforçar os pontos positivos até aqui alcançados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abdalla-Filho E. Violência em saúde: quando o médico é vulnerável. *Bioética* 2004;12(2):121-6.
2. Amazonas MCLA. Arranjos familiares de crianças de camadas populares. *Psicol Estudo*. 2003;8:11-20.
3. Boarini ML. Refletindo sobre a nova e velha família. *Psicol Estudo*. 2003; 8: 1-2.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Prevenção

e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

5. Bustamante V, Trad LAB. Participação paterna no cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(6):1865-74.
6. Carvalho MCB. O lugar da família na política social. In: A família contemporânea em debate. São Paulo: EDUC/Cortez; 2002. p.15-22.
7. Ceconello AM, De Antoni C, Koller SH. Práticas Educativas, Estilos Parentais e Abuso Físico no Contexto Familiar. *Psicol Estudo*. 2003;8:45-54.
8. Diegoli CA, Diegoli MSC. Abuso sexual na infância e adolescência. *Rev Ginecol Obstet*. 1996;7(2):81-5.
9. Ferreira AL. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. *J Pediatría*. 2005;81(5 Supl):S173-S180.
10. Fonseca C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. *Saúde e Sociedade*. 2005;14(2):50-9.
11. Ghetti S, Goodman GS, Eisen ML, Qin J, Davis SL. Consistency in children's reports of sexual and physical abuse. *Child Abuse Negl*. 2002;26:977-95.
12. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Deslandes S, Cruz Neto O, Gomes R, Minayo MCS, organizadores. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994. p.67-80.
13. Goodman-Brown TB, Edelstein RS, Goodman GS, Jones DPH, Gordon DS. Why children tell: a model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2003;26:525-40.
14. Kellogg N, Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*. 2005;116:506-12. Disponível em: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/116/2/506> (Acessado em 14/10/2006).
15. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
16. Minayo MSC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1996.
17. Piipo SH, Lenko HL, Laippala PJ. Experiences of special gynaecological services for children and adolescents: a descriptive study. *Acta Paediatr*. 1998;87(7):805-8.
18. SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria)/CLAVES (Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli). *Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência: orientações para pediatras e demais profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: SBP/CLAVES/SEDH-MJ; 2000.
19. Silva ALP, Teixeira MAA. A angústia médica: reflexões acerca do sofrimento de quem cura. *Cogitare Enferm*. 2002 7(1):75-83.
20. Szymanski H. Teoria e "teorias" de famílias. In: Carvalho MCB, (org.). *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC/Cortez; 2002. p. 23-7.
21. Yunes MAM, Szymanski H. Crenças, sentimentos e percepções acerca da noção de resiliência em profissionais de saúde e educação que atuam com famílias pobres. *Psicologia da Educação* 2003; 17:119-37.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dra. Carmen Lucia de Abreu Athayde

E-mail: c_athayde@hotmail.com

TITULAÇÕES

1. Doutora em Ciências da Saúde pelo Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), médica do Hospital Universitário Antonio Pedro da Universidade Federal Fluminense (UFF), médica do Ministério da Saúde.
2. Pesquisadora-doutora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-Fiocruz). Pesquisadora do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES).

A CRISE DO PAPEL PATERNO E A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

MARCO AURÉLIO GALLETTA¹

RESUMO

O objetivo deste trabalho é investigar as possíveis ligações entre a gravidez na adolescência e os aspectos psicanalíticos da função paterna não adequadamente exercida. Inicialmente, são feitas considerações históricas e antropológicas sobre o declínio da autoridade e do papel paterno na sociedade, postulando ser a abordagem freudiana sobre o Édipo um reflexo do momento histórico e pessoal do pai da psicanálise. Descreve-se, então, a estrutura do Édipo e o papel exercido pelo pai, tanto para a menina como para o menino, avançando para autores pós-freudianos, vários dos quais associam uma figura paterna fraca e insuficiente ao desenvolvimento de patologias psíquicas em seus filhos. Por fim, postula que tal pai fraco ou mesmo ausente seria comumente encontrado entre as adolescentes grávidas e que isso poderia explicar em parte o surgimento de gravidez, tanto como procura de uma outra figura masculina, quanto como uma forma inconsciente de se liberar da relação simbiótica com a mãe, ou mesmo como busca do poder do “falo” perdido por intermédio da própria criança que vai nascer.

Palavras-chave: gravidez na adolescência, paternidade, maternidade, psicanálise, psicologia.

ABSTRACT

The objective of this paper is the investigation on possible links between the pregnancy in adolescence and aspects of psychoanalytical paternal function not adequately exercised. Initially, makes historical and anthropological considerations on the decline of the authority and the parental role in society, and suggested by Freud's approach on the Oedipus a reflection of historic personnel moment of the father of psychoanalysis. Then describe the structure of Oedipus and the role played by the father, both for the girl as for the child, besides that the post-Freud authors, several of which associate a weak and inefficient paternal figure with the development of mental pathologies in their children. Lastly, postulates that such father weak or even absent would be commonly found between the pregnant adolescents and that could explain in part the emergence of pregnancy, both by the search for another male figure, but also a way to be free of an unconscious symbiotic relationship with the mother, or even as seeking the power of the “falo” lost through own child birth.

Keywords: pregnancy in adolescence, paternity, maternal behavior, psychoanalysis, psychology.

O papel paterno é um desafio nos dias atuais. Muito se tem escrito e dito sobre a maternidade e o papel materno, mas pouco acerca do papel paterno e da paternidade. Na atuação médica, como ginecologistas e obstetras, pouco se entende do papel do pai, seja na consulta ou no momento do parto. Na rotina de ambulatórios e hospitais, o pai é figura usualmente ausente, com a qual pouco ou nada se interage. Apesar disso, muito do papel materno depende da interação adequada com o marido e pai do seu filho. Do entendimento desse fato, pouco a pouco se estimula a presença do companheiro na consulta de pré-natal. Recentemente, Duarte (2007)⁴ propôs que os obstetras brasileiros se unissem na luta pela presença do marido na consulta de pré-natal, até mesmo com uma

possível licença do trabalho nas horas em que ele estivesse acompanhando a gestante. Apesar de a tônica dessa proposta estar na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, para favorecer o tratamento do casal, pode-se perceber na iniciativa um desejo de mudança nos padrões de atendimento. O acompanhamento pré-natal do casal é uma tendência cada vez mais forte nos dias atuais, e para a qual a maioria dos profissionais médicos ainda não é preparada.

Paralelamente a isso, há outros aspectos da paternidade instigantes. Lidando com gestantes adolescentes há vários anos, foi possível perceber o quanto é comum a ausência dos pais no cotidiano dessas meninas. Um dado coletado pelas psicólogas do setor foi alarmante: mais de 70% das pacientes

relatavam uma figura paterna ausente ou muito ruim, não havendo praticamente nenhum tipo de relacionamento atual com o pai. De forma geral, tais pacientes vinham de famílias preferencialmente femininas, em que a mãe assumia a chefia da casa, sendo a grande responsável pelo aspecto financeiro. Não por acaso, mais de 50% dessas mães tinham sido gestantes adolescentes e muitas assumiram sozinhas a criação de seus filhos. Diante desse fato, surgem as questões: Há alguma relação entre um pai fraco ou ausente e a gravidez dessas adolescentes? O início precoce na vida sexual, ou a procura de outra figura masculina, se dá em razão disso? São conjecturas que precisam de melhor esclarecimento.

Mudanças sociais intensas têm ocorrido nas últimas décadas e isso tem levado a novos comportamentos não só da mulher, mas também do homem. Com a mudança drástica ocorrida no papel feminino, muitos homens se perguntam sobre qual o papel masculino a ser desempenhado. Cada vez mais mulheres assumem o controle da casa, como consequência do aumento da participação delas no mercado de trabalho. Dados do IBGE de 2000 dão conta de que um em cada quatro domicílios brasileiros é chefiado por uma mulher; em 83% dos casos o lar é mantido por uma mulher sozinha, enquanto em 17% das situações é sustentado por uma mulher casada. Esse fato é inédito no Brasil. Observa-se que houve um aumento de mais de três vezes nesse perfil de mulher casada mantendo o lar; em 1991, em apenas 5,6% das casas mantidas por mulher, esta era casada⁵.

É certo que esse contexto social e familiar mudou muito, não só no Brasil, como também no mundo. O advento da anticoncepção e sua disponibilidade cada vez maior à população feminina e o aumento da escolaridade e das opções de trabalho formal para as mulheres foram fatos que marcaram intensamente a vida da mulher do final do século passado. O papel feminino na sociedade e dentro da família modificou-se de forma rápida, sem que o homem pudesse acompanhar essas mudanças de modo adequado. Temos uma nova mulher, que tenta dividir sua vida com um homem de costumes antigos, ainda habituado a valores talvez já ultrapassados, sem saber qual seria seu papel atual.

Como diz Juan Carlos Volnovich (1999)¹⁴ em sua avaliação sobre a paternidade, já se acostumou com a imagem patética do homem moderno, que não sabe ao certo o que fazer com seus filhos pequenos e obedece, aborrecido, às “instruções” da mulher para cuidar do filho e não se esquecer do horário do antibiótico e das refeições dele. Esse é tipicamente o pai moderno, que se sente à margem da paternidade, por não saber como lidar com a questão do poder e da autoridade, tão em descrédito hoje em dia. Mesmo que o pai seja consciencioso e desejoso de cuidar do seu filho, a mulher moderna também

não sabe como incluí-lo nesse cuidado, até porque muitas vezes não lhe interessa permitir que isso aconteça.

Considerada assim a importância desse tema, não só para médicos ginecologistas em geral, como também, mais especialmente, para aqueles que atendem adolescentes, será abordada a seguir uma pequena revisão sobre a origem da atual situação de incômodo social com a paternidade, com o intuito de colaborar para um maior entendimento da dinâmica psíquica do filho influenciada pelo papel paterno. Com isso, possivelmente se compreenderá melhor a interligação entre tais aspectos e a gravidez na adolescência, com vistas a um atendimento mais integral desse núcleo familiar de interesse.

AS MUDANÇAS SOCIAIS E A EVOLUÇÃO DA FAMÍLIA

A derrocada do papel paterno não vem de hoje e encontra raízes históricas muito antigas, com maior aceleração nas últimas décadas. Para entender a trajetória histórica e antropológica da família e do papel do pai, será de grande valor o relevante material de pesquisa elaborado por Elisabeth Roudinesco (2003), psicanalista e historiadora francesa, em seu livro *A família em desordem*.

A família é um fenômeno universal, presente em todas as quase quatro mil sociedades catalogadas até hoje. Na evolução da família, distinguem-se três momentos históricos. Numa primeira fase, a chamada “família tradicional” teria seu foco na perpetuação do patrimônio, com casamentos arranjados e quase nenhuma atenção com a vida afetiva e sexual dos esposos. Essa era uma família totalmente submetida a uma autoridade patriarcal, verdadeira transposição da monarquia de direito divino, que se estabeleceu na época das grandes monarquias da Idade Média e se manteve assim até o final do século 18. Surge então a segunda fase, a da “família moderna”, inspirada no amor romântico, em que haveria a reciprocidade dos sentimentos e desejos carnavais por meio do casamento. Nessa família, existia cada vez mais a divisão do trabalho entre os esposos e a educação dos filhos era transposta para o âmbito do estado. Numa terceira fase, a partir dos anos 1960, adviria a denominada “família contemporânea, ou pós-moderna”. Nela, importa a realização pessoal e sexual dos esposos, numa união, no entanto, não tão duradoura como antes. A autoridade é cada vez mais questionada, com o aumento paulatino das separações, dos divórcios e das recomposições conjugais. Assim, tem-se uma sucessão de poderes e de interferências dentro da família. Num primeiro momento, uma família erigida e mantida pelo poder divino, em que o pai é o rei. Num segundo momento, o pai divide suas responsabilidades com o estado. E, num terceiro momento, o pai se torna um indivíduo real, com fragilidades, debilidades e sofrimentos.

Em Roma, a figura do pai carregava uma concepção heroica, guerreira e divina. Ele dominava as famílias como um rei, decidindo não só os castigos infligidos aos filhos, mas também quem fazia parte dessa família. Em direito romano, o *Pater* é aquele que designa a si mesmo como pai de uma criança, seja por forma natural ou por adoção, é aquele que reconhece, aceita e conduz a criança pela mão, desconsiderando até mesmo a filiação biológica (*Genitor*). Assim, a criança que não fosse reconhecida por seu pai não seria seu filho, mesmo que biologicamente o fosse. E, por outro lado, qualquer estranho poderia ser reconhecido como filho, se o pai assim o quisesse. Valia a palavra do pai, que tinha poder legislador e simbólico em si mesmo. Essa é a base do que será depois desenvolvido por Lacan como o “nome do pai”. Numa época de guerras, em que o pai se ausentava constantemente de casa, era irrelevante saber se o filho era natural ou não, mas importava sim se o pai o reconhecia como tal.

Assim, o pai é aquele que toma posse do filho, primeiro porque seu sêmen marca o corpo deste, depois porque lhe dá o seu nome. Ele transmite ao filho, portanto, um duplo patrimônio: o do sangue, que imprime uma semelhança, e o do nome (e sobrenome), que confere uma identidade. Naturalmente, o pai é reputado pai na medida em que se supõe que a mãe lhe seja absolutamente fiel. A eventual infidelidade do marido não tem qualquer efeito na descendência, porque tais filhos “bastardos” estariam mesmo de fora da família. Em contrapartida, a infidelidade da mulher era literalmente impensável, pois atingia o princípio básico da filiação, pela introdução secreta na descendência dos esposos de um sêmen estranho ao seu, fora assim do “sangue” da família.

O interessante é que a partir dessa época, e por muito tempo, se terá a convicção de que quem transmite as características da família ao filho é o pai, sendo a mulher e seu útero apenas o receptáculo das informações trazidas pelo sêmen. Temos de lembrar que o ovário só será evidenciado anatomicamente em 1668 e o espermatozoide, microscopicamente em 1677, e que apenas em 1875 será entendido completamente o fenômeno da fecundação. E era por isso que tinha um entendimento errôneo da paternidade. Se isso não bastasse, houve aqueles que viram no espermatozoide uma prova da tese do preformacionismo, já defendida antes de forma parcial no mundo grego por Leucipo de Mileto e seu discípulo Demócrito, criadores do atomismo. Acreditava-se, então, que o espermatozoide trazia em si um homúnculo pré-formado (o “*Homunculus de Hartsoeker*”) e que se desenvolvia no útero após a penetração do sêmen. Nesse conceito, o espermatozoide seria a semente e o útero, o terreno de plantio. O próprio Leewenhoek, ao ver o espermatozoide no microscópio pela primeira vez, achou que o conteúdo da cabeça dele era semelhante a um feto sentado,

abraçando as pernas, e que a cauda se parecia com o cordão umbilical. Ou seja, por muito tempo, pelo menos até 1775 – quando Spalanzani provou que era necessário tanto um óvulo quanto um espermatozoide para haver a reprodução humana –, essa foi a crença de todos, a reforçar o papel paterno na determinação não só do fenótipo, como também da identidade da criança. Temos então que o pai se configuraria como tal ao reunir em si as duas funções complementares da paternidade: a da nomeação (*Pater*) e a da transmissão do sangue ou da raça (*Genitor*).

Na Idade Média, a nomeação se revestiu de importância ainda maior. Com a doação do nome e a visibilidade de uma semelhança, o pai se torna um corpo imortal, a ser perenizado pela descendência. Muito embora sua carne esteja fadada à morte, prolonga a lembrança de seus ancestrais no nome que será carregado por seus descendentes. É o masculino que organizaria o caos, trazendo a ordem imutável da natureza, e a mulher seria o perigo da desordem. O masculino representaria a razão, enquanto o feminino, o apetite passional, ilógico. Para controlar esse elemento pulsátil e imprevisível, a mulher deveria ser submetida às leis do casamento. Não por acaso esse é o momento histórico de combate às feiticeiras e às bruxas, representantes não só da magia negra, mas também do feminino intuitivo, imprevisível, elementos que precisavam ser reprimidos e perseguidos, para o bem da ordem e para perpetuar a soberania do pai.

A autoridade masculina e paterna foi assim mantida por muitos séculos, pelo menos até a Revolução Francesa de 1789. Interessantemente, Voltaire, um dos grandes ideários desse movimento, foi uma pessoa intensamente atormentada pela genealogia. Ele chegou a se gabar de ser um filho bastardo e contestou a autoridade do pai por toda sua vida. Nasceu como François Marie Arouet, em 1694. Perdeu a mãe no parto e o pai nunca o assumiu inteiramente, embora se esforçasse por lhe conceder uma boa educação, entregando-o a diversos tutores, muitos deles jesuítas. Em 1717, fez uma anedota sobre a autoridade do regente francês, o Duque de Orleans (já que Luís XV era muito jovem para assumir o trono), por isso foi mandado para a prisão da Bastilha. Lá adotou o nome Voltaire, rompendo, assim, suas ligações com o pai (por ter declinado do nome) e também com qualquer forma de autoridade. Após ser solto, ganhou dinheiro com a encenação de sua primeira peça teatral, que foi um sucesso na época, conseguindo se manter à margem dos favores paternos. É altamente significativo, e até irônico, que essa peça se intitule *Édipo*, por justamente tratar do embate entre pai e filho, que mais tarde será trabalhado por Freud. Uma vez que o pai amaldiçoava sua descendência, o filho também devia amaldiçoar o pai, que fizera dele, a partir da negação da genealogia, um libertino, escravo da devassi-

dão. Voltaire superou seu pai em seus erros, pois teve vários romances escandalosos, assumindo assim a genealogia maldita. Suas ideias libertárias e iluministas confrontavam a autoridade e a monarquia e foram seguidas por vários outros filósofos, influenciando não só a Revolução Francesa, como também o processo de independência americana. É interessante pensar o quanto a falta do “nome do pai” foi essencial para a revolta de Voltaire e para a mudança de tantos paradigmas. A partir daí, começa a derrocada da figura paterna, assim como da família, que perde espaço para o estado e a nação, que aumentam seu número e influência na Europa. O herói guerreiro de Roma e da antiga nobreza feudal seria assim substituído pelo herói burguês, um pai domesticado e submetido ao poder do estado. Neste sentido, a Revolução Francesa e a queda da monarquia com Luis XVI têm uma forte simbologia. Balzac dirá que “ao cortar a cabeça do rei, a Revolução derrubou a cabeça de todos os pais de família”.

O ÉDIPO DE SÓFOCLES E O ÉDIPO DE FREUD

A sociedade ocidental precisava ser transformada, e diversos fatos se sucederam para levá-la à situação em que se encontra hoje. No entanto, chama atenção a força dramática com que ocorreu a morte do monarca francês, com a execução numa guilhotina (uma separação da cabeça do corpo altamente simbólica, a lembrar a figura de Cristo e da Igreja – Efésios 5, 21-33), e de tantos outros monarcas, simbolizando o quão doloroso foi a substituição do antigo pai patriarcal pelo pai moderno. Poderíamos dizer que, para crescer, o homem moderno precisou matar simbolicamente seu pai.

Essa trama da morte do pai pelo filho já tinha sido trabalhada anteriormente, na tragédia grega escrita por Sófocles por volta de 427 a.C., e retomada por Sigmund Freud na construção da psicanálise, com o famoso Complexo de Édipo, herói da tragédia que mata o pai e se casa com a mãe, um conflito humano que toca a todos, até os dias atuais.

Aberastury (1984) chama a atenção para o fato de que Freud, ao analisar a tragédia de Édipo, não foi fiel ao enredo, apenas selecionando a parte da trama que lhe interessava, ou seja, a relação incestuosa entre Édipo e Jocasta, deixando oculta grande parte da peça, especialmente aquela que trata do homossexualismo do pai de Édipo, Laio, assim como detalhes do seu assassinato. Nada fala da culpa de Laio, que recebera a maldição de ser morto pelo próprio filho somente após desaparecer com o filho de outro monarca e deixado este reino sem a continuidade da religião familiar. Além disso, não fala que Laio é quem primeiro tentou matar seu filho, não só junto do nascimento, como também no reencontro que os dois tiveram.

Várias poderiam ser as razões para tal esquecimento. É muito significativo que a primeira aparição da tragédia de Édipo nos escritos de Freud aconteça quando ele preparava o estudo *Sonhos com pessoas mortas*, uma vez que nessa época estava em plena elaboração do luto pela morte de seu pai. O conteúdo das cartas a Fliess evidencia que Freud iniciou seu processo de autoanálise justamente nessa época, após a morte de seu pai, em 1897, coincidindo com o começo da construção do conceito do Complexo de Édipo. Assim, as circunstâncias em que Freud iniciou essa investigação explicam por que reprimiu tantos detalhes da trama. No processo interno em que Freud se encontrava, ele não conseguia culpar o pai, mas apenas o filho. Diz a psicologia que o filho, para crescer, precisa matar simbolicamente seu pai, um processo que não deixa de ser difícil e doloroso. Freud mostra, com a própria história, a difícil história de todos os filhos, principalmente numa sociedade moderna, de declínio da importância paterna.

Apesar das adaptações freudianas, que reduzem a grandeza do personagem, a história de Édipo continua forte e incômoda até os dias de hoje. O Édipo da peça de Sófocles não foi um criminoso, tampouco uma vítima. Ele foi o herói que se permitiu conhecer sua mãe, refazendo o vínculo perdido. Apesar dos pés feridos e disformes (Édipo = pés inchados), ele quis caminhar em busca de sua própria história, com coragem. Valente, abandonou a proteção de seus pais adotivos e foi em busca de seu destino. Com isso, ele se fez responsável por seus atos. “Sim, este sou eu mesmo!”, poderia ele ter dito. Ninguém escolhe o ambiente e as condições do nascimento, tampouco a família em que se insere, mas é preciso muita coragem para se conhecer, se aceitar e decidir como lidar com o que está feito, mudando o que pode ser mudado.

O conflito de Édipo é o conflito do homem moderno, que busca crescer e ser feliz, com a angústia da dor de ter de matar o homem primitivo, para poder se desenvolver. É o homem moderno, não mais todo poderoso, mas dividido internamente, com erros e acertos, sem saber ao certo como desempenhar seu poder, como antes se fazia. Nesse sentido, não é possível imaginar Freud fora do contexto do final do século 19, em que o iluminismo já tinha derrocado o poder patriarcal primitivo. Freud é também o fruto de seu tempo, em que as últimas monarquias subjaziam à força dos novos estados.

Freud utilizou essa trama complicada, tomada da tragédia grega, para explicar as neuroses de seus pacientes adultos e foi tão feliz nisso que essa descrição permanece atual e útil até hoje. Certamente, Freud a compôs ao analisar os sonhos com seu pai, evocando sua infância, mas também ao examinar as histórias relatadas por suas pacientes histéricas. Assim, aos poucos compreendeu que o trauma infantil, inicialmente imaginado como um abuso sexual verdadeiro, poderia ser também uma

fantasia imaginada. “A criança da cena edípiana é atormentada entre o desejo de ser seduzida e o medo de sê-lo, entre o medo de sentir o prazer e o medo de experimentá-lo.” Assim, o Édipo seria uma “fantasia de sedução”, que se encontraria na base da identidade sexual de todo homem e de toda mulher, uma fantasia de prazer, mas também de angústia, pela energia sexual excessiva para aquele Ego em construção.

Com Freud, a mudança social do papel do pai recai numa mudança desse papel no contexto emocional. Para analisar melhor os vários conceitos freudianos sobre o Édipo e o desenvolvimento infantil, serão utilizadas preferencialmente as ideias de Nasio (2007), expostas em seu livro sobre o assunto.

O COMPLEXO DE ÉDIPO NO MENINO

Desde cedo, o pênis ganha uma atenção especial. No menino, ele não é apenas o órgão mais rico em sensações, é também o objeto mais amado e o que reclama todas as atenções; é um apêndice visível, facilmente manipulável, excitável e erétil. Por tais características, chama a atenção e inspira teorias e ficções infantis, sendo um objeto cheio de apego e orgulho, um objeto com significação maior do que ele mesmo, símbolo de poder e de força. Por outro lado, simboliza não só o poder, mas também a vulnerabilidade e a fraqueza, pois é um objeto frágil e exposto aos perigos do mundo. Tal conjunto de significações é denominado de “falo”, que não é só o pênis como órgão, mas sim a fantasia relacionada a ele.

Por ser desejado e frágil ao mesmo tempo, o menino teme perdê-lo e faz de tudo para que isso não ocorra, desenvolvendo então a angústia de castração, neste temor imaginário de perder o “falo”. Essa é uma perda que ganha valor com a concretude de outras perdas: o seio materno, a mamadeira, a chupeta, seu paninho ou travesseiro, e talvez o *status* de filho único, com a chegada de um irmãozinho. Assim, surge a primeira grande neurose da vida, por meio do conflito de prazer e medo relacionados com o “falo” e sua perda.

Todos sabem qual é a solução do Édipo. O medo de perder o “falo” é tão grande que o menino desiste do contato prazeroso com a mãe. Para isso, ele terá de reconhecer o poder do pai, não só na fantasia de castração, mas também na percepção do lugar relevante que ele tem com a mãe. Certamente, nesse processo, a figura do pai é muito importante.

Em todos os cortes ou intervenções que se fizeram, antes mesmo do Édipo, a presença do pai é fundamental. Quando a criança perdeu o seio materno, o pai lá estava, reclamando a presença amorosa de sua mulher, chamando-a para si. Quando a criança saiu do quarto, para dormir sozinha em seu berço, lá estava o pai, querendo sua esposa como amante em seu leito. Quando a criança insiste em não evacuar o intestino no local certo, fazendo charme e birra, geralmente é o pai

que propõe a lei, lembrando as regras sociais que devem ser seguidas. Isso tudo porque antes do nascimento já havia uma vida a dois, entre o pai e a mãe. Certamente, tais intervenções são feitas com sucesso pelo poder que a mãe investe em seu companheiro, caso contrário a criança não aceitaria tais “imposições” de forma tranquila.

Winnicott (1982)¹⁷, um pediatra que aderiu à psicanálise e que estudou especialmente as crianças órfãs na Inglaterra pós-guerra, afirmou que a presença física do pai não é tão importante assim, citando como exemplo os pais que foram para a guerra, mas que se faziam presentes na dinâmica familiar por meio das cartas que enviavam para a mulher, que as lia devotadamente. A criança não via o pai, mas sabia que ele existia, que era um terceiro de quem a mãe se ocupava e com quem queria estar, mais do que com o filho. E isso é suficiente para que a criança possa crescer de forma saudável, sabendo que não é a pessoa mais importante do mundo. Mas se a mãe não demonstra à criança que tem tal afeição genuína pelo pai, mesmo estando presente, este não será investido de poder algum e não poderá intervir na relação edípica, impossibilitando a superação e amadurecimento psíquicos.

Quando essa figura paterna se faz ausente ou desprovida de poder, a criança ficará patologicamente presa à mãe, sem rupturas. Sem a angústia de castração, será uma criança narcisista e fálica, sem limites sociais, birrenta e desagradável. Infelizmente, uma criança muito comum nos dias de hoje e que crescerá como um adulto fraco, magoado e decepcionado com o mundo, que não entende, como sua mãe entendia, como ele é especial e maravilhoso. Homens que, na primeira dificuldade, abandonam seus projetos, seus empregos, seus relacionamentos e famílias, perdurando o mesmo processo para a geração posterior.

A MENINA E SEU ÉDIPO: UM POUCO MAIS COMPLICADO

Freud inicialmente descreveu o Édipo no menino e entendeu que ele, de forma invertida, aconteceria na menina. Posteriormente, descobriu que não era exatamente assim, que o processo com a menina era um pouco mais complicado. Na verdade, o entendimento do processo da sexualidade infantil na menina só viria depois, com os autores pós-freudianos.

O menino entra diretamente no Édipo desejando sua mãe e o abandona quando deseja outra mulher e não mais sua mãe. A menina, por sua vez, entra nessa fase desejando e sexualizando seu pai, somente após ter sexualizado sua mãe numa fase anterior. Depois ela rejeita sua mãe e abandona o Édipo quando deseja outro homem que não seu pai. A saída do Édipo é bem diferente nos dois. O menino dessexualiza os dois genitores ao mesmo tempo, de forma rápida e abrupta.

A menina, por sua vez, dessexualiza primeiro a mãe e só depois, bem lentamente, separa-se sexualmente de seu pai. Ou seja, pode-se dizer que o menino sai do Édipo em um dia, e a menina precisa de muitos anos.

Na fase pré-edípica da menina, ela se comporta semelhantemente ao menino, pois julga ter um “falo” e demonstrar fantasias de onipotência fálica e prazer. Ela se sente feliz, forte e orgulhosa; é curiosa, às vezes *voyeurista*, exibicionista e agressiva. Ela tem o mesmo desejo incestuoso do menino, querendo possuir a mãe e tê-la toda para si. Mas, num belo dia, descobre a diferença entre os sexos, de que ela não tem o apêndice do menino, e fica decepcionada com isso: “Ele tem alguma coisa que eu não tenho!...”.

Ela não só fica decepcionada, como também perde a confiança em si mesma, pois vê que alguém pode ter mais sensações e prazer do que ela. Até então ela confiava em suas sensações genitais prazerosas, que lhe estimulavam a onipotência. Agora que viu o pênis, duvida de tais sensações e é minada em sua autoconfiança. A imagem desconcertante do pênis prevaleceu sobre seus sentimentos íntimos; o que ela viu aboliu o que ela sentia. Assim, a menina vê-se dolorosamente despossuída, pois o “falo” não está mais com ela e sim com o outro e adota a forma de um pênis. Sente então que tudo era uma ilusão. Magoada pela descoberta, ela lutará de igual para igual com o menino, adotando uma posição de rivalidade viril. A dor da humilhação de ter sido enganada e de não ter o “falo” transforma-se em fúria invejosa de deter o “falo”: “Quero esse ‘falo’ que me tomaram e o terei nem que tenha que arrancá-lo do menino!”. Assim, ao passo em que o menino vive a angústia de poder perder algo, a menina vive a dor de ter perdido; enquanto o menino teme uma castração, a menina se ressentida de uma privação. Mais do que isso, ela sente-se enganada pela mãe em quem confiava, mãe esta que afinal não tinha “falo” nenhum. A mãe onipotente de ontem torna-se hoje a mãe impotente, que não tem um “falo” que pudesse dar. Irritada e decepcionada com a mãe, a filha se afasta dela e amarga uma solidão triste e ressentida, mergulhada na humilhação de ter sido enganada. Essa menina acha que foi vítima de uma injustiça e tem sua autoimagem ferida. Ao perder sua referência, sua autoimagem, a menina perde seu “falo”. Muitas mulheres permanecem neste conflito infantil com a mãe, mesmo na vida adulta, lutando ressentidas contra a mãe que não lhes deu o que queriam, mas que mesmo assim lhes são semelhantes e amadas, algo muito comum entre as gestantes adolescentes, inseridas no auge do conflito com a mãe. Percebe-se que o movimento na menina é contrário ao do menino. Ele se afasta da mãe para preservar seu narcisismo. Ela se afasta da mãe com o narcisismo ferido. Para ser consolada, ela recorre ao pai, quando este existe, para que ele

alivie sua dor e lhe restitua o amor-próprio, o seu “falo”. Na ausência ou fraqueza desse pai, com o orgulho ferido, muitas vezes essa menina, uma vez crescida, procurará um falo por intermédio da própria gravidez, principalmente quando a rivalidade magoada com a mãe ainda estiver presente, situação esta extremamente comum na adolescência.

Ao procurar o pai, a menina entra no Édipo, sexualizando e idealizando a figura antes sem brilho e apagada. Agora ele é o pai maravilhoso, o grande detentor do “falo”. Neste movimento em busca de consolo, a menina tentará não só obter o “falo” do pai, mas ser ela mesma o “falo” do pai, ou seja, a “coisinha tão bonitinha do pai”, a favorita dele. É o momento em que a filha diz: “Quando eu ficar grande, vou me casar com o papai!”. Interessantemente, ao sexualizar sua relação com o pai, a menina passa a ser mais feminina e desejante, aproximando-se de novo da mãe, que passa a ser admirada em sua graça e feminilidade, até porque tais atributos atraem o pai.

Nessa nova identificação, a menina passa a observar a mãe, procurando descobrir como ela faz para seduzir o pai. É quando a menina passa a se maquiá-la como a mãe, usando seus sapatos e suas roupas. Tal processo de identificação desperta uma rivalidade mútua, uma vez que as duas mulheres se aprimoram para obter o amor do mesmo homem, rivalidade essa tanto mais forte quanto mais imatura e infantilizada for a mãe e quanto mais hesitante e ambivalente for o pai. Situação essa infelizmente muito comum hoje em dia.

Aqui o pai detém a possibilidade de solucionar o problema. Espera-se que ele diga não às intenções da filha, afinal ele não quer dar o “falo”, nem mesmo tomar a filha como “falo”, ou seja, como objeto sexual, pois ele já tem sua esposa como fonte de prazer sexual. Mas, ao não deixar claro essa posição, e ao tratar a filha como “princesinha da casa”, dessexualizando e diminuindo a figura materna, o pai irá contribuir enormemente para a neurotização da filha. Pior ainda será se esse pai estiver ausente desse núcleo familiar. Nesse caso, a menina estará condenada a uma eterna rivalidade e mágoa com a mãe, com baixa autoestima e com um Édipo que se prolongará por décadas, ficando sempre em busca do “falo” perdido, sem ter quem lhe dê.

Mas, se o pai fizer sua parte, a menina mudará de tática. Ao não poder ser o objeto sexual do pai, ela passa a querer ser como ele, a introjetá-lo dentro de si. Enquanto o menino edípico resigna-se a perder a mãe por covardia, a menina por sua vez, por não ter nada mais a perder, ganha coragem e obstina-se audaciosamente a se apoderar do pai. Ela dessexualiza o pai, para poder ficar para sempre com ele, identificando-se com sua figura, num processo quase canibalesco, de incorporação. Ela mata seu pai sexual e fantasioso e o ressuscita como mo-

delo de identificação. É quando surge o superego feminino, de identificação não mais com o pai imaginário, mas com o pai real. Nesse processo, ela readquire o poder e a força que tinha antes e consegue, assim, sair do Édipo. Temos então que o herdeiro do Édipo – morto e superado – é o superego, essencial para a vida adulta, em sociedade. É quando a menina finaliza todos os processos de assimilação sexual, trazendo em si não só as características femininas da mãe, como também as características masculinas do pai. Ou seja, um pai adequado, presente e forte faz surgir uma filha feminina, desejante e desejável, mas principalmente autocentrada e ciente dos seus limites, assim como de suas capacidades.

Não há como não identificar em muitas das adolescentes gestantes atuais a falha do papel edificante do pai. Jovens com baixa autoestima, superego frágil, invejosas e rivais da mãe, engravidando para obter o “falo” e o valor que gostariam de ter. Muitas delas cresceram sem a presença física do pai, ou então com pais fracos e hesitantes em seu papel paterno, envolvidos muitas vezes com mulheres também no mesmo processo, em procura de um “falo” nunca encontrado, mães que também foram gestantes adolescentes ao seu tempo, em famílias igualmente sem pai, perpetuando lares femininos.

Interessante é a figura do namorado/companheiro da gestante adolescente. Geralmente um pouco mais velho do que ela, e empregado, esse pai adolescente simboliza para a jovem um “falo” semelhante ao que o pai era. No entanto, é logo descartado, ao surgir outro “falo” aparentemente melhor, o bebê, tido muitas vezes como “a coisinha da mamãe” e mesmo da vovó. E esse novo ser será um melhor “falo”, pois não terá exigências sexuais próprias de um companheiro. Além disso, a intervenção do rapaz tende a romper a simbiose neurótica da filha com a mãe, exigindo daquela uma maturidade que ela não tem, no sentido de uma independência tão desejada quanto temida. Não é por acaso que tais famílias se tornam femininas e o antecedente de ser mãe adolescente e solteira se transmite de uma geração a outra. Quando o elemento masculino interventor e reparador não se faz, a simbiose continua, por mais neurótica e angustiante que possa parecer.

O PAPEL DO PAI EM AUTORES PÓS-FREUDIANOS

Vários autores pós-freudianos deram novas contribuições a esse tema, e para adentrar no assunto será utilizada a boa revisão feita por Salas (1984)¹³. Embora seja consenso um tanto leigo que Freud apenas trouxe a culpabilidade dos problemas emocionais à figura da mãe, a verdade é que atrás de todo neurótico ou psicótico grave sempre há uma família disfuncional, com grande parte da culpa recaindo não sobre a mãe, mas principalmente sobre o pai. Lidz *et al.* (1957)⁷,

por exemplo, ao analisarem a figura do pai em famílias com filho esquizofrênico, postularam que, se o pai fosse uma figura mais estável, a criança não estaria tão comprometida na simbiose patológica com a mãe. Tais autores identificaram cinco tipos fenomenológicos possíveis de pais de esquizofrênicos. O primeiro tipo de pai seria o pai hostil com a mãe e sedutor para com a filha. O segundo tipo seria o pai ciumento e narcisista, rival do filho homem. O terceiro tipo seria aquele com autoestima grandiosa, admirado pela esposa passiva e afetivamente distante de seus filhos. O quarto tipo seria o tipo patético e fraco, desprezado pela mulher e pelos filhos. O quinto e último tipo seria o pai passivo e indeciso, embora muito amoroso com seus filhos, ocupando uma posição mais maternal dentro da família.

Bisi (1969)³ e Zac (1973)¹⁸, concordando com Lidz *et al.*⁷, apontaram sérios problemas com o pai em família de psicopatas. Bisi (1969)³ apresenta a importância de três fantasias inconscientes (e nem sempre verdadeiras no tocante aos fatos) dessa relação patológica entre pai e filho, a saber: 1) o pai abastecedor (rival da mãe); 2) o pai inexistente ou muito fraco, destituído pela mãe; 3) o pai agressivo, castrador e brutal. Zac¹⁸, por sua vez, defende que seriam dois os tipos de pai patológico a comprometer a formação do superego da criança. Poderia ser um “*self-made-man*”, uma pessoa autoritária, fria, distante e autocrática, que funcionaria em casa com uma pessoa ausente. O segundo tipo seria outra forma de ausência: um pai morto, ou mesmo um pai socialmente desvalorizado. Vemos que o tipo 2 de Bisi é muito parecido com os dois tipos de pai descritos por Zac. De qualquer forma, tais autores salientam a importância do que já foi dito, o quanto um pai ausente, e não cumpridor de sua função paterna (por quaisquer que sejam os motivos), pode ser deletério para a formação emocional dos filhos. E também reforçam o quanto é importante a constatação da ausência da figura paterna entre as adolescentes grávidas.

Outro autor interessante é Abadi (1974)¹, que identifica uma luta essencial, com inveja mútua entre o pai e a mãe, com intenção de terem uma garantia de descendência e sobrevivência por intermédio do filho, como resposta à sua angústia de morte. Isso explicaria pelo lado masculino a síndrome de *Couvade*, em que alguns homens passam a ter sintomas gravídicos durante a gravidez de suas esposas. E também explicaria a “fantasia da gravidez eterna”, em que a mãe quer guardar o filho como uma coisa sua, para sempre. Derivados dessas fantasias e conflitos, existiriam três papéis distintos a serem preenchidos nessa tríade: 1) um papel possessivo, também chamado de materno; 2) um papel extrativo, que comumente seria o papel paterno; e 3) um papel ambivalente e conflituoso, que seria o filial. Para este último, há uma oscilação entre os

dois polos: mãe e pai, dentro e fora, dependência e liberdade. O polo materno traz segurança e dependência. O polo paterno traz risco e independência. E o filho se torna ambivalente na sua preferência por um dos dois. O interessante nessa análise é o entendimento da complexidade das relações dentro da tríade, ficando claro o inter-relacionamento entre os papéis materno e paterno, que seriam complementares e também dependentes da reação do filho, explicando de forma adicional o que foi exposto anteriormente sobre a angústia vivida pela adolescente na sua relação doentia com a mãe, na ausência de um pai.

Mas não se pode deixar de discorrer a respeito da visão de Lacan sobre o papel do pai, uma visão mais contemporânea e, possivelmente, mais importante. Lacan (1972)⁶ trabalhou sobre a inscrição do “nome do pai” a respeito da função paterna. De acordo com ele, a importância do pai no Édipo não está tanto na presença física dele (e nisso ele concorda com Winnicott), mas sim no seu nome simbólico, ou seja, depende de uma metáfora paterna. Para ele, há três tempos nesse processo. Num primeiro tempo, a metáfora paterna age em si, porque a primazia do “falo” é instaurada na ordem da cultura. A existência de um pai simbólico não depende do fato de que nessa determinada cultura se tenha como certo o vínculo entre coito e parto, mas sim que tenha algo que responda a essa função definida pelo “nome do pai”. Nesse momento, o menino trata de identificar-se com o que é objeto de desejo da mãe, ou seja, quer ser o desejo da mãe. Percebe logo que existe na mãe o desejo de algo mais do que a satisfação do desejo do menino. Ou seja, é ela quem traz essa ordem simbólica, do “falo”. O menino está destinado a ser submetido enquanto assume inteiramente o desejo da mãe.

Num segundo tempo, o pai intervém efetivamente como privador da mãe num duplo sentido: ao privar o menino do objeto de seu desejo e ao privar a mãe do seu objeto fálico. Há uma dupla proibição trazida pelo pai, que diz ao menino: “Não deitarás com tua mãe”, e que diz à mãe: “não reintegrarás teu produto”. Tal discurso só pode se fazer mediado pela mãe, que permite a entrada e a interdição desse pai. Nesse encontro com o outro, vem a lei do outro. Ou seja, o desejo da criança é submetido à lei do desejo do pai.

O terceiro tempo, por sua vez, trará o declínio do Édipo. O pai intervém como aquele que tem o “falo” e reinstala a instância do “falo” como objeto desejado da mãe. A partir daí, o pai é preferido à mãe e essa identificação culmina na formação do superego, por identificação. Nesse momento, o pai aparece como permissivo e doador e, ao introduzir a Lei no vínculo da mãe com o filho, determina uma ruptura dessa relação e um novo ordenamento, positivo para todos os envolvidos.

Colabora com esse ponto de vista de Lacan o psicanalista Rosolato (1974)¹⁰, que faz uma ponte interessante com a opinião de Winnicott, ao afirmar que o pai não tem uma especificação como tal, mas que adquire o valor de um puro lugar diferencial, ao se apresentar como o negativo da mãe. O signo da relação que une o menino com sua mãe é o contrário daquele que o une ao chamado polo paterno. Essas diferenças dão acesso progressivamente a um mundo de regras, sem configurar ainda uma lei, mas já presente nas diferenças sexuais que se fazem nítidas no corpo. Nessa assimetria, o pai se converte em ponto de atração para o polo negativo das diferenças; como pai idealizado, representa a imagem de um autor de leis e princípios, temido e admirado.

Na verdade, Lacan toma do antropólogo Lévi-Strauss a ideia de que a proibição do incesto, ou seja, da realização edípica, é fundante da cultura. A função paterna, o “nome do pai”, tem como resultado o acesso à ordem simbólica (a qual rege a Lei), a estruturação das instâncias psíquicas, o ingresso na cultura, por aceitar que existe um algo mais, além da tríade mãe-filho-pai, que rege a cultura e a relação entre as pessoas. É o pai que traz para dentro de casa essa marca da cultura, do mundo exterior, de como as coisas são além da porta de casa. É ele também quem traz a Lei e com ela a organização relacional entre as pessoas. É ele quem geralmente interrompe a linguagem ininteligível da criança no seu balbuciar para dizer que ele deve falar de forma diferente, para que todos entendam (existe algo mais “castrador” do que a linguagem?). O problema é que, com a modernidade, a linguagem e o acesso à cultura passam cada vez mais à margem da figura do pai e cada vez mais se pode viver de forma eremita, dentro de casa, apenas com a internet.

Assim, com Lacan, podemos dizer que se fecha o círculo de entendimento sobre a derrocada do papel paterno, inicialmente do ponto de vista histórico e social, e depois emocional e psicanalítico. Afinal, um contexto acaba influenciando o outro, e vice-versa. O pai contemporâneo se ressentido de autoridade, pois o mundo da cultura pós-moderna caracteriza-se justamente pela falta de padrões e conceitos preestabelecidos. Além disso, o mundo foi mudado por homens frágeis, em conflitos internos enormes (lembre-se de como as questões emocionais mal resolvidas entre os ideários do iluminismo os levaram à postura histórica que tiveram).

É COMO ENTENDER A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Certamente, muitos são os fatores desencadeadores da gravidez na adolescência. Entretanto, pela revisão feita na psicanálise e na história sobre o papel paterno, fica claro que esse também

é um dos elementos a ser considerado no entendimento de muitas das adolescentes que engravidam.

É possível constatar, pelo recente filme *Meninas*, de Sandra Werneck, o quanto esse universo da gravidez na adolescência é um ambiente feminino, sem a participação do pai. Dos quatro casos de gravidez na adolescência acompanhados pela cineasta nos morros do Rio de Janeiro, apenas um tinha a presença masculina em casa. O pai dessa moça é um *motoboy* de 30 para 40 anos, que chora diante da câmera, dizendo que falhou na educação da filha, por trabalhar tanto e não a ter visto crescer e que, por isso, a filha agora sofre. A mãe de outra menina diz que a gravidez da filha é uma coisa muito boa, pois assim o rapaz, pai da criança, virá morar com elas, o que era muito interessante, já que “homem dentro de casa dá segurança”. Uma terceira moça disputa, com uma quarta adolescente, seu namorado, um rapaz empregado e “bom partido”, que engravidou as duas ao mesmo tempo. Esse rapaz tem cerca de 18 anos e se desespera com os fatos, pois o salário mínimo que ele ganha como auxiliar de marceneiro não será suficiente para dar pensão para dois filhos. No filme, vemos que a presença masculina acaba sendo menor do que poderia ser, quando um dos três rapazes é morto numa briga de traficantes.

Essas meninas representam bem as pacientes atendidas no Hospital das Clínicas. De todas que já foram atendidas até hoje, em mais de 15 anos de atividade, poucas vieram com o pai, talvez umas 10 ou 20 pacientes. A grande maioria idealiza o namorado, acha que ele tem condições de assumi-la financeiramente apenas por ele estar trabalhando e ter alguns anos a mais do que ela. No geral, essas meninas têm uma relação muito próxima, e nem por isso menos conflituosa, com a mãe, que muitas vezes é a grande responsável pela manutenção da casa, mesmo que o pai delas ainda esteja convivendo com ela. É a exemplificação do conflito advindo da intensa ligação pré-edípica ainda não resolvida. Há também a história comum a muitas delas da perda do pai, seja por separação ou por morte, quando elas contavam com cerca de 3 a 5 anos de idade, justamente no momento em que se desenhava a trama edípica. Com a ausência física de um pai já não muito desejado pela mãe anteriormente, a criança ressentia-se da inscrição da lei trazida pelo pai, desenvolvendo-se um superego frágil.

Por tudo isso, é possível perceber que há uma configuração muito comum de falha do papel paterno na constituição do psíquico dessas adolescentes. Sem culpar esses homens, o fenômeno tem raízes mais profundas, podendo ser mais bem entendido apenas na análise transgeracional de três ou mais gerações. Afinal, a mãe da adolescente grávida, na maioria dos casos, também foi gestante jovem e teve uma relação frágil com o pai dessas moças, possivelmente por questões familiares

ainda anteriores, em que avôs, a princípio de moral austera, não sabiam como agir com a educação de suas filhas, tinham de sair de casa para garantir o sustento da família, enquanto as avós se desdobravam em fazer tudo de melhor que podiam. A história de imigração nessas famílias, com perda do referencial cultural, também é muito comum, complicando ainda mais a transmissão da lei pela palavra do pai. Muitas dessas famílias, de imigrantes nordestinos, traziam também a história de separação do núcleo familiar, pela ida do pai à cidade grande, em busca de trabalho, enquanto a mãe esperava notícias. Após essa ruptura, por qualquer que seja a saída encontrada, o estrago já estaria feito, a menina cresceria em um ambiente familiar sem o pai, e sem que o nome dele fosse ouvido, já que não era proferido pelos lábios da mãe.

Podemos ir mais além. A anticoncepção feminina, nos anos 1960, mudou radicalmente o equilíbrio de forças entre os gêneros. Antes, era o homem quem decidia quando teria filhos, tendo relações sexuais quando quisesse, não importando a vontade da mulher, advindo daí a possibilidade sempre concreta de ter filhos. Quando saía de casa por um tempo, seja para trabalhar ou por outra razão, continuava seguro de seu domínio, pois podia negar uma descendência não compatível com sua ausência, deixando a mulher em situação de alta reprovação social. Depois, com o surgimento da pílula, a mulher é quem decide quando ter filhos, passando a ter um poder antes inimaginável. Então, o prazer da relação sexual se desvincula da pretensão de ter filhos e surge a possibilidade de escolha da descendência. Ela não era mais uma “terra a ser sulcada pelo arado do marido” passivamente. Ela podia decidir se queria ou não ter filhos. Logo, o poder do pai, de transmitir seu nome e seu sangue adiante, teria de passar pelo poder da mulher, em querer ou não conceber um filho daquele homem. E como o filho sempre é de fato da mãe, mas sempre duvidosamente do pai, o poder da genealogia e da descendência muda de mãos.

Se o homem não tem mais o poder de transmissão do nome da família, se ele não tem o poder de decisão acerca da concepção dos filhos, se ele não tem nem o poder financeiro, de manutenção da família, que tipo de poder ele tem? Para muitos homens, o poder que lhes resta será apenas o da sedução e da troca de parceiras, além de um eventual sucesso financeiro, este infelizmente não disponível a todos, e muito menos na comparação com as mulheres, uma vez que estas avançam na carreira e nas conquistas do mundo do trabalho. Num universo educacional também cada vez mais dominado pelo feminino, onde os meninos obtêm cada vez menos progresso e destaque, o que lhes resta muitas vezes é a agressividade, a violência, além do uso e do tráfico de drogas, para restaurar o poder masculino perdido na história da humanidade.

Bom seria um mundo sem disputa de poder entre homens e mulheres, em que a igualdade de forças na educação dos filhos fosse a norma. Mas isso ainda está longe de ocorrer. O “falo” perdido na infância continua a ser procurado e invejado, e a disputa por ele contamina as relações humanas. Édipos mal-resolvidos geram adultos inseguros, com baixa autoestima, que procuram o outro para satisfazer suas carências e deficiências, formando famílias e filhos também deficientes, com egos mal-estruturados e fracos. Afinal, ainda não se libertaram das figuras parentais e não obtiveram sua identidade sexual e humana. Com isso, toda a sociedade torna-se imatura, insegura e fraca. Sem dúvida, vista dessa forma, a gravidez na adolescência nada mais é do que a consequência, o epifenômeno, de uma sociedade adolescente, que busca sua identidade sexual após um Édipo malrealizado. Sabendo ser o Édipo feminino o mais complexo, longo e passível de vicissitudes, não é de se estranhar que justamente as meninas filhas de famílias desestruturadas sejam as que sofrem a angústia do fenômeno em questão, engravidando sem saber a razão ao certo, além do desejo inconsciente. Dessa forma, é possível entrever que essa sociedade, adolescente e perdida em meio a tantas contradições e incoerências, esteja afinal amadurecendo. Se assim for, o fenômeno da gravidez na adolescência nada mais é do que um pedido de ajuda, para que a ordem natural das coisas, que se perdeu em algum lugar da história, possa ser finalmente restaurada. Como a saída de um problema é inicialmente se dar conta desse mesmo problema, a solução pode ser encontrada e este trabalho pode ser um pequeno passo nesse sentido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abadi M. Intento de retrospectiva personal. Rev Psicoanálisis. 1974;31:1-2. Apud: Salas EJ. O conceito de paternidade em alguns autores pós-freudianos. In: Aberastury A, Salas EJ. A paternidade – um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984. p. 24-39.
2. Aberastury A. O complexo de Édipo. In: Aberastury A, Salas EJ. A paternidade: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984. p. 43-67.
3. Bisi NER. Sobre perversão masculina. Rev Psicoanálisis. 1969;26:2. Apud: Salas EJ. O conceito de paternidade em alguns autores pós-freudianos. In: Aberastury A, Salas EJ. A paternidade: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984. p. 24-39.
4. Duarte G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007;29(4):171-4.
5. Folha de São Paulo – Triplica número de mulheres casadas chefiando a casa. Edição de 30/11/2002. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u42982.shtml>
6. Lacan J. Formaciones del inconsciente. Buenos Aires: Nueva Visión, 1972. Apud: Salas EJ. O conceito de paternidade em alguns autores pós-freudianos. In: Aberastury A, Salas EJ. A paternidade: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984. p. 24-39.
7. Lidz T, et al. Intrafamiliar environment of the schizophrenic patient: The father. Psychiatry. 1957;20:329-42. Apud: Salas EJ. O conceito de paternidade em alguns autores pós-freudianos. In: Aberastury A, Salas EJ. A paternidade: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984. p. 24-39.
8. Nasio JD. O Édipo da menina. In: Nasio JD. Édipo: o complexo do qual nenhuma criança escapa. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2007. p. 47-64.
9. Nasio JD. O Édipo do menino. In: Nasio JD. Édipo: o complexo do qual nenhuma criança escapa. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2007. p. 21-43.
10. Rosolato G. Del padre. In: Ensayos sobre lo simbólico. Barcelona: Anagrama; 1974. Apud: Salas EJ. O conceito de paternidade em alguns autores pós-freudianos. In: Aberastury A, Salas EJ. A paternidade: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984. p. 24-39.
11. Roudinesco E. Deus Pai. In: Roudinesco E. A família em desordem. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003. p. 13-34.
12. Roudinesco E. O patriarca mutilado. In: Roudinesco E. A família em desordem. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003. p. 87-114.
13. Salas EJ. O conceito de paternidade em alguns autores pós-freudianos. In: Aberastury A, Salas EJ. A paternidade: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984. p. 24-39.
14. Volnovich JC. Generar un hijo; la construcción del padre. In: Volnovich JC. Claves de la Páganca. Buenos Aires: Homo Sapiens; 1999. p. 193-222.
15. Wikipedia. Acessível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/homunculus>
16. Wikipedia. Acessível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/voltaire>
17. Winnicott DW. E o pai? 6.ed. In: Winnicott DW. A criança e o seu mundo. Rio de Janeiro: LTC Editora; 1982. p. 127-33.
18. Zac J. Psicopatía. Buenos Aires: Kargieman, 1973. Apud: Salas EJ. O conceito de paternidade em alguns autores pós-freudianos. In: Aberastury A, Salas EJ. A paternidade: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984. p. 24-39.

Adaptação da monografia “Os desafios do papel paterno numa sociedade pós-moderna em transformação”, apresentada ao término do curso Conflito e Sintoma, do Departamento de Psicanálise do Instituto *Sedes Sapientiae* de São Paulo, em novembro de 2008, sob a orientação de Sandra Navarro

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Marco Aurélio Galletta

Rua Itapeva, 518 – cj. 509-510 • Bela Vista • 01332-000 • São Paulo – SP
E-mail: mgalletta@uol.com.br

TITULAÇÕES

1. Ginecologista e obstetra, médico responsável pelo Setor de Gravidez na Adolescência da Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) e aluno do curso de especialização em psicanálise do *Sedes Sapientiae*.

ATONIA UTERINA REVERTIDA COM SUTURA DE B-LYNCH EM PARTURIENTE ADOLESCENTE

MARCO AURÉLIO GALLETTA¹ · ANTÔNIO GOMES DE AMORIM FILHO² · LILIAN FIORELLI³ · RODRIGO ROCHA CODARIN⁴ · SILVIO MARTINELLI⁵ · ADRIANA LIPPI WAISSMAN⁶ · MARCELO ZUGAIB⁷

RESUMO

Relata-se um caso de atonia uterina em gestante adolescente de 15 anos, submetida à indução do trabalho de parto com ocitocina por quadro de restrição de crescimento fetal com diminuição do líquido amniótico, em gestação de 38 semanas. Indicado o parto cesáreo por falha de indução. Houve hemorragia por atonia uterina, não responsiva a drogas uterotônicas, com reversão apenas com a utilização da sutura compressiva pela técnica de B-Lynch. São discutidas também as medidas realizadas e a técnica cirúrgica.

Palavras-chave: atonia uterina, hemorragia pós-parto, gravidez na adolescência, restrição de crescimento fetal, indução de parto, técnicas cirúrgicas.

ABSTRACT

Describes a case report about one case of uterine inertia in a 15 year teenager pregnant, undergone to labor induced with ocitocin because a fetal growth retardation with decrease of amniotic liquid, in 38th week gestation. It was indicated C section for induction failure, and the patient had uterine atony, not responsive to uterotonic drugs. So, she was undergone to a B-Lynch suture, which going control the hemorrhage, avoiding the hysterectomy. Proceedings and the surgical techniques are also discussed.

Keywords: uterine inertia, postpartum hemorrhage, pregnancy in adolescence, fetal, growth retardation, labor, induced, suture techniques.

A gravidez na adolescência responsabiliza-se por grande parte dos partos no Brasil. Embora na última década tenha havido um pequeno decréscimo no número de partos no Brasil, 22% deles são feitos em mulheres com menos de 20 anos de idade. Tal fenômeno expõe essas jovens aos riscos obstétricos, que incluem o risco de morte por causas relacionadas a gravidez, parto e pós-parto. Infelizmente, a morte por esses motivos é a sexta causa de óbito entre as adolescentes e seria evitável para muitas, se a gravidez não ocorresse precocemente na vida delas.

A hemorragia, ao lado da hipertensão e da infecção puerperal, figura como um das mais importantes causas de óbito materno. Entre as causas de hemorragia, a atonia uterina é uma das mais frequentes e nem por isso menos grave. É comum entre as multiparas acima dos 35 anos, mas pode ocorrer, mais raramente, na primigesta jovem. No entanto, as consequências podem ser mais graves e impactantes, levando muitas vezes à hysterectomia, com interrupção da fertilidade, e até mesmo à morte prematura e à maior perda social, em termos de anos de vida perdidos.

Como condutas terapêuticas para a atonia uterina, elencam-se procedimentos farmacológicos, mecânicos e

cirúrgicos. A administração de uterotônicos como a ocitocina, os derivados do Ergot e as prostaglandinas são exemplos de farmacológicos empregados. Como procedimentos mecânicos, podem ser citadas a massagem e a compressão uterinas.

Já a ligadura das artérias uterinas e hipogástricas, assim como a hysterectomia, faz parte dos métodos cirúrgicos. Mais recentemente, tem-se descrito um método cirúrgico mais conservador e de eficácia elevada, cujo grande mérito seria o de evitar a radicalidade da hysterectomia, que seria a realização de alguns pontos hemostáticos no corpo uterino, técnica descrita por B-Lynch em 1997².

O presente caso relata a situação de atonia uterina vivenciada por uma gestante adolescente, com resolução por meio da técnica recentemente descrita. O objetivo deste trabalho é rever os vários aspectos da patologia e das técnicas propostas de intervenção.

RELATO DO CASO

MTSS, de 15 anos, parda, solteira, natural de Pernambuco, residente em São Paulo há dois anos, estudante (1º grau

incompleto), apresentava gravidez não planejada, não desejada, mas aceita.

Não havia antecedentes relevantes na história pessoal ou familiar, assim como de hábitos. Sua menarca se deu aos 13 anos e sua menstruação apresentava ciclos eumenorreicos. Seu peso pré-gravídico referido foi de 46 kg e a altura verificada, de 1,52 m, com IMC prévio de 19,90. Era nulípara e a data de sua última menstruação, desconhecida. O ultrassom, de 1/10/2009, mostrava gestação de 14 semanas e 5/7. Seus exames de pré-natal estavam normais, com imunidade para toxoplasmose, rubéola e citomegalovírus, sendo suscetível para HIV, sífilis e hepatite B e C; hemoglobina inicial de 13,0 g/dl e final de 11,4 g/dl.

A paciente iniciou pré-natal em Unidade Básica de Saúde com 11 semanas de gravidez, computando quatro consultas quando foi encaminhada ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), por suspeita diagnóstica de restrição de crescimento fetal (RCF); diagnóstico confirmado em 26/1/2009 por ultrasonografia no HC-FMUSP – peso estimado fetal de 1.275g (percentil < 3 pela curva de Hadlock) e percepção de agenesia de corpo caloso, em gestação de 31 semanas e 4/7, datada por ultrassom precoce, de primeiro trimestre.

Quanto à vitalidade fetal, apresentou índice de líquido amniótico (ILA) de 8,3 e Dopplervelocimetria alterada em artéria umbilical ($A/B = 7,6$ e $PI = 1,65$) e o restante dos parâmetros normais. Perante o quadro de insuficiência placentária, foi internada em 27/1/09 para monitorização do bem-estar fetal, que normalizou ao longo da internação. Recebeu alta hospitalar em dois dias, com primeira consulta no Setor de Baixo Peso Fetal da Clínica Obstétrica em 6/2/09, com a idade gestacional de 33 semanas.

Realizou-se acompanhamento pré-natal semanal sem intercorrências, por cerca de um mês. No dia 13/3/09, decidiu-se pela interrupção da gravidez, com 38 semanas, por causa da persistência do quadro de RCF (peso estimado no dia: 1.895 g, percentil < 3) e diminuição do líquido amniótico ($ILA = 6,5$), com ganho de peso durante a gravidez de 11,2 kg a partir do peso referido.

Neste dia, a paciente foi reinternada e apresentava exame físico sem anormalidades, altura uterina de 33 cm, dinâmica uterina ausente e apresentação cefálica alta. Como o colo uterino ainda não estava favorável à indução, com índice de Bishop Modificado de 5 (colo médio, posterior, amolecido, pérvio para 2 cm, apresentação alta), optou-se pelo preparo do colo, com administração intravaginal de misoprostol 25 mg, não sendo necessária segunda dose, em razão de Bishop de 7 (colo médio, medianizado, amolecido e pérvio para 4 cm).

Na manhã do dia seguinte (14/3/09), a paciente foi encaminhada para o Centro Obstétrico, para indução de trabalho de parto com ocitocina EV em bomba de infusão contínua, iniciada às 9 horas, com aumentos progressivos da dose, iniciando com 12 ml/h (2 mUI/min) e chegando à dose máxima de 192 ml/h (32 mUI/min) às 13 horas. Após duas horas de ocitocina em dose máxima (Figura 1), realizou-se a amniotomia, sem obtenção de dinâmica uterina. Às 15h30, foi indicado parto cesariano, por falha de indução. Em todo o período, o feto estava ativo, com acelerações transitórias frequentes. O início dos procedimentos anestésicos para a cesárea foi às 16 horas e nascimento às 17h50 de concepto masculino, com 2.140 g, Apgar 6-10, com discreta microcefalia. Foi realizada aspiração de vias aéreas superiores e o recém-nascido, encaminhado para o berçário de baixo risco.

Após a dequitação da placenta de 640 gramas, a paciente evoluiu com atonia uterina importante, não responsiva à compressão do fundo uterino. Administrou-se, então, ocitocina 30 UI EV, sem resultado, seguindo-se a administração de ergotrate 1 ampola IM, gluconato de cálcio 1 ampola EV e ocitocina 1 ampola em cornos uterinos, similarmente sem sucesso. Optou-se, então, pela administração de misoprotol 1 g (5 comprimidos de 200 mg), via retal, também sem o resultado esperado. Tendo em vista o quadro como um todo, decidiu-se pela sutura uterina de B-Lynch, em vez de medidas mais drásticas, como a ligadura de artérias hipogástricas ou a histerectomia.

Para entender a técnica (Figura 2), após exteriorizar o útero pela laparotomia, segura-se o útero na mão do auxiliar e passa-se um ponto contínuo, com fio absorvível (no caso, Vicryl 0), iniciando na borda inferior direita da histerotomia, saindo na borda superior. Faz-se, então, um laço por cima da superfície uterina, dando a volta no fundo, transfixando a parede uterina posterior ao nível da cicatriz uterina. Depois o fio é passado internamente ao útero, saindo na parede uterina posterior, no lado esquerdo. Esse fio então retorna, subindo até o fundo do útero, onde se faz a mesma volta ou laço, voltando anteriormente até nova entrada do fio, na borda superior esquerda da histerotomia, que sairá na borda inferior dela. Comprime-se o útero e se faz o pagueamento do fio, finalizando com um nó cirúrgico anteriormente. Ficará semelhante a um “suspensório”, que firmará o útero na postura de contração contínua.

Com o procedimento, a hemorragia foi controlada. Fez-se a histerorrafia segmentar com sutura em pontos separados, reposicionou-se o útero dentro da cavidade abdominal e terminou-se a cirurgia, com fechamento da parede por planos.

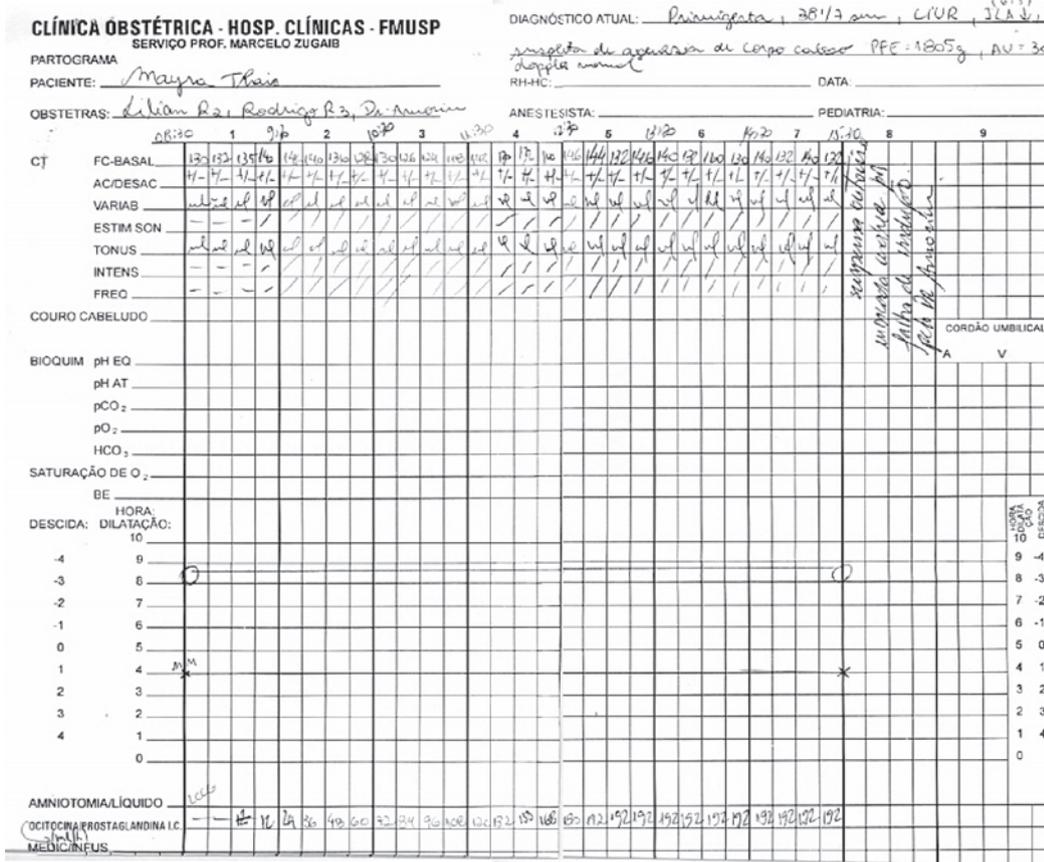
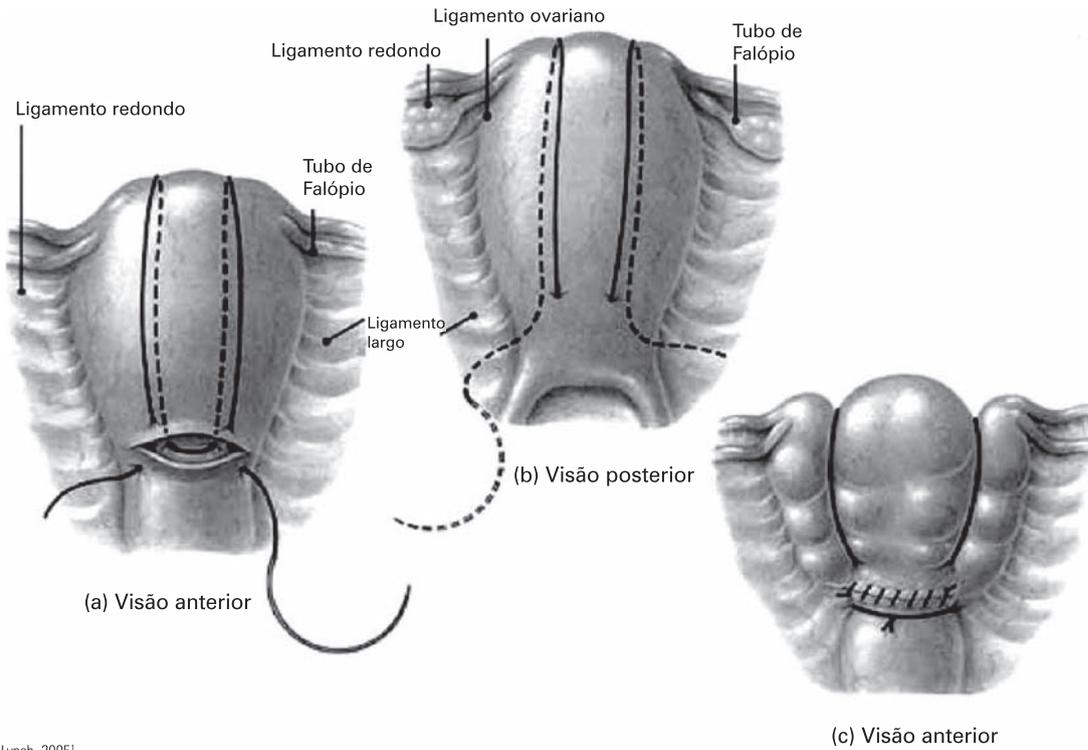


Figura 1. Partograma da paciente.



Fonte: Allan e B-Lynch, 2005¹.

Figura 2. A técnica de B-Lynch

Apesar disso, a paciente necessitou da transfusão de cinco unidades de concentrado de hemácias, além de 4.000 ml de cristaloides. A hemoglobina caiu de 11,3 para 9,2 até 7,7 mg/dl, demonstrando a gravidade do quadro. Após a cirurgia, a paciente foi encaminhada para uma unidade de terapia intensiva, com retorno à enfermaria na manhã do dia 16/3/09.

A paciente recebeu alta hospitalar em 17/3/09, após a realização de ultrassom de controle, no qual se constatou útero em anteverso-flexão, com volume de 243 cm³, eco endometrial de 5 mm, sem coleções ou líquido livre em cavidade. Ela retornou ao ambulatório do Setor de Adolescentes no dia 22/5/09, no 69º PO, em bom estado geral, amamentando de forma mista e já fazendo uso de Ciclo 21, com útero intrapélvico e cicatriz em bom estado. Foi feita prescrição de injetável trimestral e a paciente, encaminhada para o Setor de Ginecologia da própria instituição.

DISCUSSÃO

A primeira questão a ser discutida é sobre o diagnóstico de RCF, uma patologia aparentemente mais incidente na gestante adolescente, como demonstram diversos autores^{4,6,8}. Isso, provavelmente, se deve a questões nutricionais, de disputa de nutrientes numa época de crescimento e de incorporação de nutrientes por parte da adolescente, ou mesmo por malformações fetais ou alterações placentárias decorrentes do estresse psicossocial⁵. No presente caso, parece que o aporte nutricional foi adequado, com ganho de peso de 11 kg; a restrição de crescimento talvez estivesse mais relacionada com a malformação do sistema nervoso central, a qual levou a uma microcefalia.

Uma segunda questão a ser analisada é sobre a interrupção da gravidez pela indução do parto. O ideal seria que a paciente entrasse em trabalho de parto espontaneamente, pois sabemos por experiência clínica que a indução em adolescentes não demonstra bom funcionamento, indicando-se cesárea por distocia funcional na maioria dos casos; além disso, elas se desgastam e se irritam facilmente no processo. Mas não foi esse o caso. A cesárea foi a melhor escolha, após uma tentativa de indução bem executada, sem a resposta uterina pretendida. Certamente, o parto cesariano é um fator de risco para a atonia uterina, mas não tinha como evitá-lo neste caso, pois havia um risco fetal envolvido, não só pela RCF, como também pela diminuição do líquido amniótico.

Outro fator de risco para a atonia uterina é o trabalho de parto prolongado ou o uso inadequado e iatrogênico da ocitocina, o que não foi observado no presente caso. A indução perdurou por cerca de seis horas, o que é muito menos do que qualquer trabalho de parto numa primigesta. Nota-se que a dose de ocitocina foi elevada, tendo chegado até a dose

máxima preconizada e nela ficou por duas horas. No entanto, o útero não reagiu como deveria, ou seja, não se pode imputar a atonia uterina ao desgaste energético da fibra uterina.

Não havia também sobredistensão uterina, outro fator de risco conhecido, uma vez que a gravidez era única, o feto tinha aproximadamente 2 kg de peso, e a altura uterina era menor do que a de uma gravidez de termo. Assim, persistem como únicos fatores de risco conhecidos para a hemorragia uterina no presente caso o parto cesariano e a indução do parto, para os quais Sheiner *et al.*⁹ imputam um risco relativo de 1,4 vez.

Diante do diagnóstico de hemorragia materna uterina firmado no intraoperatório, a sequência de procedimentos foi condizente com o protocolo estabelecido em nosso Serviço¹⁰. Esses procedimentos consistem, primeiramente, em compressão e massagem manual do útero, depois na administração de uterotônicos (ocitocina, metilergonovina, misoprostol) e, por fim, na conduta cirúrgica, com sutura hemostática, segundo a técnica de B-Lynch. Com tais procedimentos, evitou-se a retirada do útero de uma paciente jovem, o que comprometeria definitivamente seu futuro reprodutivo.

Brace *et al.*³, analisando cerca de 500 casos de hemorragia obstétrica maciça (perda maior do que 2.500 ml ou transfusão de 5 ou mais unidades de concentrado de hemácias) entre os anos de 2003 e 2005 na Escócia, descreveram a atonia uterina como principal causa da hemorragia, 42% dos casos. Nessa série, que incluiu pacientes entre 14 e 56 anos (média de 30 anos), a sutura de B-Lynch foi utilizada em 52 casos, com sucesso em 81% deles. Outros procedimentos conservadores incluíram o tamponamento com balão (64 casos, sucesso em 78%), a embolização de artérias uterinas (14 casos, sucesso em 71%), a ligadura bilateral das artérias uterinas (12 casos, sucesso em 42%) e a ligadura de artérias hipogástricas (4 casos, sucesso em 50%). Isso significa que a técnica de B-Lynch foi superior aos demais procedimentos.

Embora estejam descritas complicações do procedimento cirúrgico, como não contenção do sangramento e piometria⁷, para a paciente em questão, a conduta tomada foi a melhor possível, com boa evolução. Outras abordagens possíveis, como tamponamento com compressas e balões intrauterinos, assim como suturas compressivas e hemostáticas que transfixam o útero de uma face a outra, são inferiores à técnica de sutura proposta por B-Lynch¹.

CONCLUSÃO

O presente caso aponta para a importância de se reconhecer a hemorragia obstétrica, a qual poderá ocorrer não só em multiparas de mais idade, mas também em adolescentes primigestas, sem outros fatores de risco. Afinal, muitas dessas

últimas podem se submeter a induções do trabalho de parto, com muitas horas de contrações e esgotamento da fibra uterina. Neste momento, para essas pacientes, é fundamental não só o reconhecimento da atonia uterina, como também o conhecimento adequado para sua abordagem não só farmacológica como cirúrgica, visando ao bem-estar não somente presente como futuro da jovem paciente. Acreditamos ser importante a transmissão do conhecimento e da experiência por nós adquirida com o procedimento de B-Lynch aqui descrito, para que outras pacientes, em situações semelhantes, também possam se beneficiar. Vale lembrar que temos realizado tal procedimento em muitas pacientes com atonia uterina em nosso serviço e diversos são os relatos de sucesso na literatura. No entanto, não há praticamente relato algum envolvendo especificamente pacientes adolescentes, pelo menos até onde pudemos investigar, demonstrando não só a raridade do caso, como também a boa oportunidade de descrevê-lo. Acreditamos ser útil e relevante o conhecimento dessas técnicas, no sentido de evitar maiores traumas numa situação emergencial, como é a hemorragia obstétrica, principalmente em gestantes adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allam MS, B-Lynch C. The B-Lynch and other uterine compression suture techniques. *Int J Gynecol Obstet.* 2005;89:236-41.
2. B-Lynch C, Coker A, Lawal AH, Abu J, Cowen MJ. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104(3):372-5.
3. Brace V, Kernaghan D, Penney G. Learning from adverse clinical outcomes: major obstetric haemorrhage in Scotland, 2003-05. *BJOG.* 2007;114:1388-96.
4. Chandra PC, Schiavello HJ, Ravi B, Weinstein AG, Hook FB. Pregnancy outcomes in urban teenagers. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;79(2):117-22.
5. Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MCM, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, et al. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. *BMC Public Health.* 2007;7:209-18.
6. Maryam K, Ali S. Pregnancy outcome in teenagers in East Sauterne of Iran. *J Pak Med Assoc.* 2008;58(10):541-4.
7. Ochoa M, Allaire AD, Stitely ML. Pyometria after hemostatic square suture technique. *Obstet Gynecol.* 2002;99:506-9.
8. Reichman NE, Pagnini DL. Maternal age and birth outcomes: data from New Jersey. *Fam Plann Persp.* 1997;29:268-75.
9. Sheiner E, Sarid L, Levy A, Seidman DS, Hallak M. Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: a population-based study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2005;18(3):149-54.
10. Zugaib M (edit.). Zugaib obstetricia. 1.ed. Barueri: Manole; 2008. p. 441-52.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Marco Aurélio Galletta

Rua Itapeva, 518 – cj. 509-510 • Bela Vista • 01332-000 • São Paulo – SP
E-mail: mgalletta@uol.com.br

TITULAÇÕES

1. Ginecologista e obstetra, médico responsável pelo Setor de Gravidez na Adolescência da Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) e aluno do curso de especialização em psicanálise do *Sedes Sapientiae*.
2. Médico-assistente da Clínica Obstétrica do HC-FMUSP, colaborador do Setor de Aborto Habitual.
3. Residente de 2º ano da Clínica Obstétrica do HC-FMUSP.
4. Residente de 3º ano da Clínica Obstétrica do HC-FMUSP.
5. Médico-assistente da Clínica Obstétrica do HC-FMUSP, colaborador dos Setores de Baixo Peso Fetal e Vitalidade Fetal, doutor pela USP.
6. Médica-assistente da Clínica Obstétrica do HC-FMUSP, colaboradora dos Setores de Gravidez na Adolescência e Cardiopatia na Gravidez, doutora pela USP.
7. Professor titular de Obstetrícia da FMUSP e diretor da Divisão de Clínica Obstétrica do HC-FMUSP.

Congresso da SOGIA-BR 2008, no navio



I Encuentro de Salud Integral de la Adolescencia SAGIJ-SAP "Up to date en Trastornos de la Conducta Alimentaria"

Fecha: 4 de Agosto de 2009 Horario 9.00 a 15.00 hs.

Sede: Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica:

Dr. Carlos Giannantonio – Jerónimo Salguero 1244 C.A.B.A.

Este primer encuentro entre ambas sociedades tiene como objetivo crear un espacio para el trabajo conjunto de nuestras dos sociedades, ambas de reconocida trayectoria en la atención de niñas/os y adolescentes, con el fin de enriquecer el saber común, intercambiar experiencias y aportar a la formación continua de los profesionales de la salud en temas de relevancia en la adolescencia ya sea por su prevalencia, por el impacto que tienen en esta población y sus familias y también por la complejidad en su abordaje.

En esta oportunidad abordaremos la temática de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, con una mirada integradora e interdisciplinaria, realizando una puesta al día del tema en nuestra región, novedades en la fisiopatología, estrategias terapéuticas y sus controversias basadas en las mejores evidencias disponibles. Se convocará a todos los integrantes del equipo de salud comprometidos con la atención de esta patología.

Contaremos con la presencia del Dr. Tomás Silber, (Director Adolescent Medicine Fellowship Program, Medical Director Don Delany Eating Disorders Program – Division of Adolescent and Young Adult Medicine, Profesor of Pediatric and Global Health – George Washington University) distinguido especialista en la atención de adolescentes, quien disertará sobre:

- Neurobiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y sus implicancias terapéuticas.
- Osteopenia en los adolescentes con TCA
- Entrevista motivacional

Para más información sobre el programa, recurrir a la página web de ambas sociedades: HYPERLINK "<http://www.sagij.org.ar>" www.sagij.org.ar y HYPERLINK "<http://www.sap.org.ar>" www.sap.org.ar



VI Congreso Uruguayo de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia (SUGIA)
 19 y 20 de Noviembre 2009
 Intendencia Municipal Montevideo
 Montevideo - Uruguay

Invitados Extranjeros:
 Dr. Jose Alcione Macedo Almeida
 Dr. Jose Maria Mendez Ribas
 Dr. Ramiro Molina
 Dra. Margarita Castro
 Dra. Ruth de Leon

Temas Oficiales:
 - Anticoncepción
 - Sífilis
 - Violencia
 - Riesgo en SSRR en Adolescentes
 - Nutrición en la Embarazada

Info: congresosugia09@gmail.com



Sociedad Uruguaya de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia

REVISTA DA SOGIA-BR

1. Lembramos aos autores interessados que nossa revista é aberta para publicação de trabalhos científicos que preenchem as normas publicadas em todas suas edições. Os trabalhos podem ser enviados por e-mail, acompanhados de carta dos autores solicitando a publicação.
2. O associado que não esteja recebendo a revista deve, por favor, fazer contato conosco por e-mail, atualizando seu endereço.

II CURSO DE INTRODUCCIÓN A LA SEXOLOGÍA CLÍNICA

Directora: Dra. Miriam Salvo
Asesora Científica: Lic. Laura Caldez
Coordinadora: Dra. Analia Tablado
Secretarías: Dra. Dora Daldevich
 Dra. Sandra Magirena

Objetivos:

- Revisar mitos y prejuicios sobre sexualidad.
- Incluir la sexualidad dentro de la consulta médica.
- Adquirir conocimientos para dar información idónea en temas sexuales.
- Recibir información a fin de promover actitudes y conductas sexuales saludables.
- Conocer sobre disfunciones sexuales a fin de realizar derivaciones oportunas para tratamientos específicos.
- Adquirir conocimientos sobre Educación Sexual.

Dirigido a:

- Médicos (ginecólogos, pediatras, clínicos, etc.)
- Psicólogos
- Trabajadores Sociales

Dinámica:

- Presencial, una vez por mes, intensivo.
- Se dictará el **primer sábado de cada mes** (al día siguiente del Curso de Introducción a la Ginecología Infanto Juvenil)
- **Monografía Final.**

Precios: Socios de la SAGIJ: \$600.-
 No Socios: \$800.-
 Pago hasta 2 cuotas
 Informes: Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil.
 Tel.: 4373-2002
www.sagij.org.ar

Inicio: 4 de Abril de 2009
Finalización: 5 de Diciembre de 2009
Horario: 08.45 a 17.00 hs.
SEDE: AUDITORIO LABORATORIOS ELEA
 SANABRIA 2353 - C. DE BS. AS

Delegados da SOGIA-BR

Pará

José Clarindo Martins Neto
Hospital Guadalupe
Rua Acipreste Manoel Teodoro, 736
66015-040 – Belém, PA

Maranhão

Érika Krogh
E-mail: erikakrogh@yahoo.com.br

Ceará

Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães
Sílvia de Melo Cunha
Rua Des. José Gil de Carvalho, 55 – Lago Jarey
60822-270 – Fortaleza, CE
Tels.: (85) 257-3311/4535
E-mail: mariadelourdes@uol.com.br
smel@fortalnet.com.br

Bahia

Marcia Sacramento Cunha
Rua João das Botas, 89, ap. 601
40110-160 – Salvador, BA
E-mail: marciascunha@ig.com.br

Cremilda Costa de Figueiredo
Rua Dr. Américo Silva, 96, ap. 601
40155-610 – Salvador, BA
E-mail: cremilda@svn.com.br

Mato Grosso do Sul

Tatiana Serra da Cruz Vendas
Rua Euclides da Cunha, 1.045
79020-230 – Campo Grande, MS

Distrito Federal

José Domingues dos Santos Jr.
SMDB, cj. 12-B, lote 3, casa B
Lago Sul – 71680-125 – Brasília, DF
E-mail: josedo@terra.com.br

Goiás

Alessandra Arantes Silva Campos
Rua L, 68, ap. 801 – 74120-050 – Goiânia, GO

Minas Gerais

João Tadeu Leite dos Reis
Rua Ceará, 1.431, sala 1301
30150-311 – Belo Horizonte, MG
E-mail: joaotadeu@seven.com.br

Claudia Lúcia Barbosa Salomão
Av. Pasteur, 89, salas 1408/1409
30150-290 – Belo Horizonte, MG
E-mail: barburi@terra.com.br

Espírito Santo

Ricardo Cristiano Leal Rocha
Rua Desembargador Sampaio, 204/401
Praia do Canto – 29055-250 – Vitória, ES
E-mail: ricardo.cristiano@yahoo.com.br

Rio de Janeiro

Denise Leite Maia Monteiro
Rua Almirante Tamandaré, 66, ap. 851
22210-060 – Rio de Janeiro, RJ
E-mail: denimonteiro2@yahoo.com.br

Elaine da Silva Pires
Praça Nilo Peçanha, 16S 401 – Nilópolis
26520-340 – Rio de Janeiro, RJ
E-mail: elainepires@ig.com.br

Filomena Aste Silveira
E-mail: femena@uol.com.br

São Paulo

Rosana Maria dos Reis
E-mail: ramareis@fmrp.usp.br

Paraná

José Luiz de Oliveira Camargo
Rua Assunção, 475
86050-130 – Londrina, PR
Fernando César de Oliveira Jr.
Av. 7 de Setembro, 5.231, ap. 602 – Batel
80240-000 – Curitiba, PR
Tel.: (41) 244-9764
E-mail: fernandocojr@yahoo.com.br

Santa Catarina

Fabiana Troian
Al. Rio Branco, 805, ap. 603
89010-300 – Blumenau, SC
E-mail: fatroian@yahoo.com.br

Ivana Fernandes
E-mail: ivanafernandes@hotmail.com

Rio Grande do Sul

Marcelino H. Poli
Av. Salgado Filho, 111, ap. 23
98895-000 – Porto Alegre, RS
E-mail: mepoli@terra.com.br

Liliane D. Herter
E-mail: liliane.herter@clinchaherter.com.br

Glênio Spinato
Rua Teixeira Soares, 879/504
99010-081 – Passo Fundo, RS
E-mail: spinato@tpo.com.br

Normas e instruções para publicação em nossa revista

1. Cada trabalho poderá ter até sete autores, e o autor principal, se for brasileiro, deve estar inscrito como membro sócio da SOGIA-BR. Para estrangeiros, é dispensada a exigência de filiação.
2. O texto original deve ser digitado em arquivo Word em papel tipo A4, letra Times New Roman, tamanho 12, espaçamento entrelinhas de 1,5 e com 8 a 12 páginas.
3. Referências bibliográficas: no máximo 20 referências, que devem ser relacionadas no final do trabalho. A ordenação das referências bibliográficas deve ser por ordem alfabética.
4. No texto, não se deve fazer uso de letras maiúsculas para destacar palavras nem mesmo no caso de nome próprio (Pereira, e não PEREIRA). Não se deve usar pontos em siglas (OMS, e não O.M.S.) nem abreviações diferentes das clássicas e habituais.
5. Na página de rosto do trabalho, colocar o título deste, nome completo e titulação dos autores, as duas principais, além da identificação da instituição onde este se desenvolveu. O endereço do autor principal deve ser completo, incluindo e-mail e fax.
6. O corpo de trabalho de investigação deve ser desenvolvido nos moldes habituais: introdução, casuística, resultados, discussão e conclusões. O resumo (português e inglês) deve conter entre 80 e 100 palavras.
7. As figuras (gráficos e tabelas) devem ser o mais simples possível, somente com as informações estritamente necessárias à compreensão do texto e em preto-e-branco.

A Revista da SOGIA-BR é um periódico dirigido aos profissionais de saúde que trabalham no atendimento de crianças e adolescentes. Destina-se à publicação de artigos de atualização e trabalhos originais de investigação que não tenham sido publicados em outro periódico. Os trabalhos devem ser encaminhados para o endereço de correspondência constante na primeira página da Revista, por e-mail ou pelo correio. Neste último caso, deve-se enviar disquete identificado com título do trabalho e nome do autor principal, acompanhado de duas cópias impressas.

Algumas perguntas podem ajudá-lo na escolha do contraceptivo mais adequado para sua paciente.



1) Sua paciente fuma ou tem mais de 35 anos?

Antes de mais nada, peça a ela que pare de fumar. Se ela tem 35 anos ou mais e não aceita parar, não prescreva anticoncepcionais orais combinados (AOC). **Ajude-a a escolher um método sem estrogênio.**^{1,2}

2) Sua paciente está amamentando?

Quando a mulher está amamentando, métodos como a pílula apenas com progestagênio (PP) são melhores escolhas do que os anticoncepcionais orais combinados (AOC).^{1,2}

3) Sua paciente fuma, tem diabetes ou hipertensão?

Se ela tem fatores múltiplos que aumentam o risco para doença cardiovascular não prescreva anticoncepcionais orais combinados (AOC). **Ajude-a a escolher um método sem estrogênio.**^{1,2}

CERAZETTE® não deve ser usado em casos de gravidez ou suspeita de gravidez e tumores progestagênio-dependentes. Pode-se esperar interações durante o uso concomitante de **CERAZETTE®** com hidantoínas, barbituratos, primidona, carbamazepina, rifampicina.¹⁰

Referências Bibliográficas: 1. World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. Reproductive Health and Research. 3th ed. Geneva: World Health Organization, 2004. 2. Manual de orientação anticoncepção. Febrasgo 2005. 3. Korver T et al. A double-blind study comparing the contraceptive efficacy, acceptability and safety of two progestogen-only pills containing desogestrel 75 mcg /day or levonorgestrel 30 mcg /day. Eur J Contracept Reprod Health Care 1998; 3: 169-78. 4. Bjarnadóttir R et al. Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. Brit J Obstet Gynaecol 2001; 108: 1174-80. 5. Vromans EWM et al. Missed pill advice for women using Cerazette. Presented at the 17th World Congress of Fertility and Sterility, Melbourne, Australia 2001; 70:37. 6. Pichl T, Karck U. The estrogen-free pill Cerazette in women with dysmenorrhea and estrogen-related side effects. Presented at the 17th World Congress of Fertility and Sterility, Melbourne, Australia 2001; 70: 37. 7. Hussain SF. Progestogen-only pills and high blood pressure: is there an association? A literature review. Contraception 2004; 69: 89-97. 8. Winkler UH et al. A randomized controlled double-blind study of the effects on hemostasis of two progestogen-only pills containing 75 mcg desogestrel or 30 mcg levonorgestrel. Contraception 1998; 57: 385-92. 9. Rice et al. A comparison of the inhibition of ovulation achieved by desogestrel 75 mcg and levonorgestrel 30 mcg daily. Hum Reprod 1999; 14: 982-5. 10. Bula do produto.

CERAZETTE®, Desogestrel 75 mcg. APRESENTAÇÃO: cartucho com 1 cartela com 28 comprimidos. Cada comprimido contém: **Desogestrel 75 mcg.**
INDICAÇÕES: contracepção. **CONTRAINDICAÇÕES:** **CERAZETTE®** não deve ser usado na presença de qualquer das condições abaixo ou se as mesmas ocorrerem pela primeira vez, o produto deve ser descontinuado imediatamente: gravidez ou suspeita de gravidez; distúrbio tromboembólico venoso ativo; presença ou história de doença hepática grave enquanto os valores de função hepática não tenham retornado ao normal; tumores progestagênio-dependentes; sangramento vaginal não diagnosticado; hipersensibilidade a qualquer componente do **CERAZETTE®.** **PRECAUÇÕES e ADVERTÊNCIAS:** durante o uso de contraceptivos orais (COs) o risco de ter câncer de mama diagnosticado está levemente aumentado. Entretanto, para esses contraceptivos de progestagênio isolado, a evidência é menos conclusiva. Avaliar risco-benefício no caso de câncer hepático. Investigações epidemiológicas associaram o uso de COC a uma maior incidência de tromboembolismo venoso (TEV, trombose venosa profunda e embolismo pulmonar). Embora a relevância clínica desse achado para **Desogestrel** usado como contraceptivo na ausência de um componente estrogênico seja desconhecida, **CERAZETTE®** deve ser descontinuado em caso de trombose. A descontinuação de **CERAZETTE®** deve também ser considerada e caso de imobilização prolongada devida à cirurgia ou doença. Mulheres com história de distúrbios tromboembólicos devem ser alertadas sobre a possibilidade de recorrência. Embora os progestagênios possam apresentar efeito sobre a resistência à insulina e sobre a tolerância à glicose, não há evidência da necessidade de alterar o regime terapêutico em diabéticas usando contraceptivos de progestagênio isolado. Entretanto, mulheres diabéticas devem ser cuidadosamente observadas enquanto usarem **CERAZETTE®.** O tratamento com **CERAZETTE®** leva à redução dos níveis séricos de estradiol para um nível correspondente à fase folicular inicial. Apesar do fato de **CERAZETTE®** inibir a ovulação, a gravidez ectópica deve ser considerada no diagnóstico diferencial se a mulher tem amenorreia ou dor abdominal. Cloasma pode ocorrer ocasionalmente. As seguintes condições foram relatadas durante a gravidez e durante uso de esteroide sexual, mas a associação com o uso de progestagênios não foi estabelecida: icterícia e/ou prurido relacionado a colestase; formação de cálculo de vesícula; porfiria; lúpus eritematoso sistêmico; síndrome urêmica hemolítica; coreia de Sydenham; herpes gestacional; perda da audição relacionada a otosclerose. Mesmo quando **CERAZETTE®** é tomado regularmente, podem ocorrer distúrbios de sangramento. As mulheres devem ser informadas de que **CERAZETTE®** não protege contra HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. Com todos os contraceptivos hormonais de baixa dosagem, o desenvolvimento folicular ocorre e ocasionalmente o folículo pode continuar o desenvolvimento além do tamanho que poderia atingir num ciclo normal. Geralmente, esses folículos aumentados desaparecem espontaneamente. A eficácia dos contraceptivos de progestagênio isolado pode ser reduzida no caso de esquecimento de tomar os comprimidos, distúrbios gastrintestinais ou de utilização de medicação concomitante. Estudos epidemiológicos extensos mostraram que não há risco aumentado de malformações nas crianças de mães que utilizaram contraceptivos orais antes da gravidez, nem efeitos teratogênicos quando os contraceptivos orais forem administrados inadvertidamente no início da gestação. Dados de farmacovigilância coletados com vários COCs contendo desogestrel também não indicam um risco aumentado. **CERAZETTE®** não influencia a produção ou a qualidade do leite materno, mas uma pequena quantidade de etonogestrel é excretada no leite. **REAÇÕES ADVERSAS:** as reações adversas relatadas com maior frequência nos estudos clínicos com **CERAZETTE®** (>2,5%) foram sangramento irregular, acne, alterações de humor, dor nas mamas, náusea e aumento de peso. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** podem ocorrer interações com fármacos indutores de enzimas microsossomais, resultando em aumento da depuração dos hormônios sexuais. Foram estabelecidas interações com hidantoínas, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina, oxcarbazepina, topiramato, rifabutina, felbamato, ritonavir, griseofulvina e produtos fitoterápicos contendo *Hypericum perforatum*. Durante o tratamento com carvão medicinal, a absorção do esteroide do comprimido pode ser reduzida bem como sua eficácia contraceptiva. Contraceptivos orais podem interferir com o metabolismo de outros fármacos (por ex., ciclosporina), consequentemente concentrações plasmáticas e tissulares podem ser afetadas. Dados obtidos com contraceptivos orais combinados mostraram que os esteroides contraceptivos podem influenciar os resultados de certos testes de laboratório, incluindo parâmetros bioquímicos do fígado, tireoide, adrenal e de função renal, níveis séricos de proteínas (carregadoras). **POSOLOGIA:** deve-se tomar um comprimido ao dia durante 28 dias consecutivos na ordem indicada pelas setas impressas na cartela, com pequena quantidade de líquido, aproximadamente no mesmo horário. Cada cartela subsequente deve ser iniciada imediatamente após o término da anterior. **SUPERDOSAGEM:** não há relatos de reações adversas graves em decorrência de superdose. Nessa situação os sintomas que podem ocorrer são: náuseas, vômitos e, em meninas e adolescentes, discreto sangramento vaginal. Não há antidotos e o tratamento deve ser sintomático. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Reg. MS: 1.0171.0089 RA 0390 OS S2 (REF 2 0). Organon do Brasil Ind. e Com. Ltda. - Rua João Alfredo, 353 - Santo Amaro - São Paulo - SP - CEP 04747-900. A persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. Versão Bula 304.248-FEV/06-1.

MATERIAL DE USO EXCLUSIVO DA CLASSE MÉDICA.

518154 CER - ANÚNCIO 3 CAPA SOGIA
DATA DA IMPRESSÃO: JULHO 2009

Informações adicionais disponíveis aos profissionais de saúde mediante solicitação pelo e-mail atendimentomedico@spcorp.com ou pelo tel.: 0800 709 5260. Para informações completas, consultar a bula do produto.



Schering-Plough

Você entende as mulheres.
A gente entende você.

Cerazette®
desogestrel 75 mcg

Os benefícios da contracepção sem estrogênio com a eficácia da pílula combinada.^{3,4}

Mercilon® Conti

desogestrel + etinilestradiol/ etinilestradiol

"A" pílula combinada¹⁻⁷

Baixa dosagem.¹
Alta eficácia contraceptiva.¹
Excelente controle de ciclo.¹⁻³
Permite sangramento no regime de 28 dias.^{1,2}

MERCILON® Conti não deve ser usado por mulheres que apresentarem as seguintes condições: tromboflebite ou distúrbios tromboembólicos, câncer de mama (diagnosticado ou suspeito). Eficácia reduzida e aumento da incidência de sangramento intermenstrual e irregularidades no ciclo menstrual foram associadas ao uso concomitante de rifampicina, barbitúricos e drogas anticonvulsivantes.⁸

Referências Bibliográficas: 1. Akin M and the other members of the Mircette Study Group. An open-label, multicenter, non comparative safety and efficacy study of Mircette, a low-dose estrogen-progestin oral contraceptive. Am J Obstet Gynecol 1998;179: S2-S8. 2. Winkler UH et al. Cycle control, quality of life and acne with two low-dose oral contraceptives containing 20 mcg ethinylestradiol. Contraception 2004; 69: 469-76. 3. Ernst U et al. Improvement of quality of life in women using a low-dose desogestrel-containing contraceptive: results of an observational clinical evaluation. The Eur J Contraception Health Care 2002; 7:238-243. 4. Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. Contraception 2002; 66: 393-99. 5. Sulak PJ et al. Hormone withdrawal symptoms in oral contraceptive users. Obstet Gynecol 2000;95:261-6. 6. Miller L, Hughes J P. Continuous combination oral contraceptive pills to eliminate withdrawal bleeding: a randomized trial. Obstet Gynecol 2003; 101: 653-61. 7. Hubacher D, Potter L. Adherence to oral contraceptive regimens in four countries. Inter Family Plan Pers 1993; 19:49-53. 8. Bula do produto.

MERCILON® CONTI Desogestrel/Etinilestradiol e Etinilestradiol. Forma farmacêutica e apresentação: embalagem com 1 blister contendo 21 comprimidos brancos [Desogestrel 150mcg/ Etinilestradiol 20mcg], 2 comprimidos verdes (placebo) e 5 comprimidos amarelos (10mcg de Etinilestradiol). **Indicações:** prevenção da gravidez. **Contraindicações:** tromboflebite ou distúrbios tromboembólicos; histórico de tromboflebite ou TVP; doença vascular cerebral ou de artérias coronárias; carcinoma de mama conhecido ou suspeito; carcinoma de endométrio ou outra neoplasia estrogênio-dependente conhecida ou suspeita; sangramento vaginal anormal não diagnosticado; icterícia colestática da gravidez ou icterícia com uso prévio de pílula; adenomas ou carcinomas hepáticos; gravidez conhecida ou suspeita; hipersensibilidade aos componentes da fórmula. **Advertências:** o uso de anticoncepcionais orais está associado a maiores riscos de ocorrência de infarto do miocárdio, tromboembolismo, acidente vascular cerebral, neoplasia hepática e doença da vesícula biliar, embora o risco de morbidade grave ou mortalidade seja muito baixo em mulheres saudáveis. Foi demonstrado que o tabagismo em combinação com o uso de anticoncepcional oral contribui de forma substancial para a incidência de infarto do miocárdio em mulheres na sua terceira década de vida ou mais velhas. Os anticoncepcionais orais podem aumentar os efeitos de fatores de risco bem conhecidos, tais como a hipertensão, diabetes, hiperlipidemias e obesidade. Ficou demonstrado que os anticoncepcionais orais aumentam a pressão arterial entre usuárias. Embora existam relatórios conflitantes, a maioria dos estudos sugere que o uso de anticoncepcionais orais não está associado ao aumento global no risco de desenvolvimento de câncer de mama. Foram relatados casos clínicos de trombose retiniana associada ao uso de anticoncepcionais orais. Ficou demonstrado que os anticoncepcionais orais provocam uma diminuição na tolerância à glicose em uma porcentagem significativa de usuárias. Uma pequena proporção de mulheres apresentará hipertrigliceridemia enquanto estiver usando a pílula. O aparecimento ou exacerbação de enxaqueca ou desenvolvimento de cefaleia grave, exige a suspensão dos anticoncepcionais orais e avaliação da causa. Sangramento intermenstrual e *spotting* são observados algumas vezes em pacientes recebendo anticoncepcionais orais, principalmente durante os primeiros três meses de uso. Devem ser consideradas causas não hormonais e tomadas medidas diagnósticas adequadas para afastar a possibilidade de processo maligno ou gravidez. Algumas mulheres poderão apresentar amenorreia ou oligomenorreia pós-pílula, especialmente caso essa condição tenha ocorrido anteriormente. Gravidez ectópica, bem como intrauterina, pode ocorrer em caso de falha do anticoncepcional. **Interações medicamentosas:** Eficácia reduzida e aumento da incidência de sangramento intermenstrual e irregularidades no ciclo menstrual foram associadas ao uso concomitante de rifampicina. Uma associação semelhante, embora menos acentuada, foi sugerida com referência aos barbitúricos, fenilbutazona, fenitoina sódica, carbamazepina e possivelmente também com griseofulvina, ampicilina, tetraciclina e produtos fitoterápicos contendo *Hypericum perforatum*. **Precauções:** não protege contra infecção pelo HIV (AIDS) e outras doenças sexualmente transmissíveis; realizar exame físico e testes laboratoriais relevantes; Mulheres com histórico familiar de câncer de mama ou que apresentem nódulos mamários, mulheres em tratamento para hiperlipidemia devem ser monitoradas regularmente; suspender a medicação em caso de icterícia e/ou disfunção hepática. Os anticoncepcionais orais podem ocasionar um determinado grau de retenção de líquidos. Devem ser prescritos com cuidado em pacientes que apresentem condições que possam ser agravadas pela retenção de líquidos. Mulheres com histórico de depressão devem ser cuidadosamente observadas e a medicação suspensa caso a depressão volte em nível preocupante. As usuárias de lentes de contato que desenvolverem alterações visuais ou alterações na tolerância às lentes deverão ser avaliadas por um oftalmologista. Extensos estudos epidemiológicos não revelaram qualquer aumento no risco de defeitos congênitos em bebês de mulheres que usaram anticoncepcionais orais antes da gravidez. O uso deste produto antes da menarca não é indicado. **Reações adversas:** acredita-se estarem relacionadas com o medicamento: náuseas; alteração no peso (aumento ou diminuição); vômitos; alteração na erosão e secreção cervical; sintomas gastrointestinais (tais como cólicas e distensão abdominal); diminuição na lactação quando dada imediatamente após o parto; icterícia colestática; sangramento intermenstrual; enxaqueca; *spotting*; erupção (alérgica); mudança no fluxo menstrual; depressão mental; amenorreia; tolerância reduzida a carboidratos; infertilidade temporária após suspensão do tratamento; candidíase vaginal; mudança na curvatura da córnea; edema; melasma que pode persistir; intolerância a lentes de contato; alterações na mama: sensibilidade, aumento, secreção. **Posologia:** tomar um comprimido branco, durante 21 dias, seguido por 1 comprimido verde (inerte) por 2 dias e 1 comprimido amarelo (ativo) por 5 dias. Reiniciar nova cartela, no dia seguinte após ter tomado o último comprimido. **Superdosagem:** efeitos nocivos graves não foram relatados após ingestão aguda de altas doses de anticoncepcionais orais por crianças pequenas. A superdosagem pode causar náuseas, podendo ocorrer sangramento de privação no sexo feminino. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA** Reg. MS - 1.0171.0102. Fabricado por: Organon do Brasil Ind. e Com. Ltda. Rua João Alfredo, 353 - São Paulo - SP - Brasil CNPJ 03.560.974/0001-18. **Versão bula EUA 10/00 15/ 304008-A-MAI/08-1**

MATERIAL DE USO EXCLUSIVO DA CLASSE MÉDICA.

524309 MCL - ANÚNCIO 4 CAPA SOGIA

DATA DA IMPRESSÃO: JULHO/2009

Organon

Schering-Plough

Você entende as mulheres.
A gente entende você.

Informações adicionais disponíveis aos profissionais de saúde mediante solicitação:
atendimentomedico@spcorp.com ou 0800 709 5260.
Para informações completas, consultar a bula do produto.