

O TERAPEUTA SEDUZIDO E O SEDUTOR

*Alfredo Cataldo Neto*¹
*Gabriel J. Chittó Gauer*²

THE SEDUCTIVE AND THE SEDUCED THERAPIST

Resumo: O presente estudo tem como escopo a análise de algumas questões éticas na relação sexual entre terapeuta e paciente, destacando a norma ética, aspectos de bioética, e a relação sexual entre médico e paciente como comportamento abusivo. Verifica-se, no presente trabalho, a importância deste tema, bem como sua atualidade. Do enfoque crítico abordado, permite-se a conclusão de que a relação sexual entre terapeuta e paciente é eticamente incorreta e possibilita a existência de um dano psíquico e moral para o paciente.

Palavras-chave: Relação Terapeuta-Paciente; Sexo com Pacientes; Sedução na Terapia.

Abstract: The present study has as its aim the analysis of some ethical questions about the sexual relationship between therapist and patient, emphasizing the ethical and bioethical aspects of the sexual relationship between therapist and patient as abusive behavior. One can understand by reading this study the great importance of this matter, as well as its current consequence. From the critical focus approached, this study allows the conclusion that the sexual relationship between therapist and patient is unethical and it does cause a psychic and moral damage to the patient.

¹ Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais – Mestrado, da Faculdade de Direito da PUCRS. e-mail: cataldo@pucrs.br

² Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais – Mestrado, da Faculdade de Direito da PUCRS. e-mail: ggauer@pucrs.br

Keywords: Therapist and patient relationship; Sex with patients; Seduction in Therapy.

Introdução

Hipócrates, já há 400 anos antes de Cristo, condenava a relação sexual entre o profissional da saúde e seu paciente, destacando em seu juramento que o médico deveria abster-se dos prazeres do amor na atividade profissional:

“... na casa onde eu for, entrarei apenas para o bem do doente, abstendo-me de qualquer mal voluntário, de toda sedução, e sobretudo dos prazeres do amor com mulheres e homens, sejam livres ou escravos ...”
(Lions, 1994, p. 214)

Em 1784, o Rei Luis XVI da França instaurou uma comissão a fim de investigar abusos sexuais promovidos por médicos que faziam experiências de hipnose com pacientes do sexo feminino.

No início do século passado, Freud referia a necessidade de abstinência sexual do médico, para evitar ofertar ao paciente o amor carnal, o qual estava impedido pela ética e técnica profissional.

Ou seja, passam-se vários séculos e a postura de censurar a relação sexual entre o terapeuta e o paciente é mantida.

Inobstante as normas e proibições, como será descrito no presente artigo o abuso sexual contra o paciente e praticado pelo médico é fato, ainda, nos dias atuais.

Observa-se, também, um incremento nas ações legais contra os profissionais da saúde, principalmente nos países industrializados. É fato que o processo médico venha proliferando no Brasil e no mundo (LAZARUS, 1995).

Entretanto, foi somente no ano de 1989 que a Associação Médica Americana (AMA) divulgou uma normativa ética proibindo o contato sexual entre médico, de qualquer especialidade, e paciente. Esta lei foi ampliada em 1991, englobando a proibição, por um período indefinido, de ligações sexuais entre médicos e ex-pacientes “*se o médico usa ou explora a confiança, conhecimento, emoções, ou influência derivada do relacionamento profissional prévio*” (APPELBAUM, JORGENSON, SUTHERLAND, 1994, p. 2561).

Neste artigo iremos analisar as leis, as estatísticas e, como não poderia deixar de ser, o perfil psicológico do abusador e abusado, tentando entender o que

leva profissionais, muitas vezes bem conceituados, a se exporem ao risco de perder tudo o que têm conquistado em sua vida profissional e pessoal, incluindo a sua liberdade, e a irem contra o princípio mais arraigado na prática da medicina: o respeito aos pacientes.

1. Estudos Epidemiológicos

Um dos primeiros estudos a documentar a incidência do relacionamento sexual entre médico e paciente, conduzido por Kardener e colegas (KARDENER, FULLER, MENSH, 1973) há mais de duas décadas, revelou que os gineco-obstetras eram os que mais relatavam comportamento erótico com seus pacientes (18%), sendo que clínicos gerais (13%) e internistas (12%) vieram na seqüência; psiquiatras e cirurgiões tiveram a menor prevalência deste comportamento (10%).

Dados de pesquisas subseqüentes mostraram resultados consistentes: entre 4% e 10% dos médicos que responderam à pesquisa admitiram contato sexual progressivo, com pacientes atuais ou com ex-pacientes, havendo pequena variação na incidência entre especialidades médicas (GARTRELL, HERMAN, OLARTE, 1986; COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF BRITISH COLUMBIA, 1992).

Outras pesquisas (KARDENER et al. 1973; GABBARD, 1989) que examinaram a freqüência dos contatos sexuais entre psiquiatras e seus pacientes indicaram que de 6 a 10% dos entrevistados já estiveram envolvidos em algum contato.

Estudos de prevalência (WHITE, COVERDALE, THOMSON, 1994) de contato sexual médico-paciente conduzidos por psiquiatras e psicólogos nos Estados Unidos apresentaram índices que oscilam entre 19 e 67%.

Um mapeamento norte-americano, baseado em testemunho confidencial de psiquiatras, psicoterapeutas e psicólogos evidenciou que de 7 a 15% deles estavam mantendo contato sexual com seus pacientes (STRASBURGER, JORGENSON, RANDLES, 1991).

Esses dados estatísticos, certamente com estimativas conservadoras, indicam que os casos de contato sexual médico-paciente não são isolados ou raros. Demonstram, ainda, que a grande maioria dos abusados são mulheres e que os abusadores são homens (85 a 90% dos casos) (BAYLIS, 1993).

Em um estudo (GARTRELL, HERMAN, OLARTE, 1987) com psiquiatras, foi encontrado que 65% haviam tratado pacientes que se envolveram com

seus terapeutas anteriores e 87% dos psiquiatras considerou tal fato prejudicial para os pacientes.

2. Conceitos éticos em relação à conduta sexual na relação médico-paciente.

O relacionamento médico-paciente começa quando uma pessoa “*contrata*” os serviços de um médico, ainda que não esteja pagando por eles, e termina quando o serviços não são mais necessários, ou não são desejados, ou quando o relacionamento profissional tiver sido formalmente encerrado pelo paciente ou pelo médico. Este relacionamento varia em intensidade e duração, podendo ser desde breve e superficial até longo e intenso (CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 1994, p. 1884A-1884C).

Entretanto, para alguns pacientes esta relação não termina, pois o médico é sempre visto como “*o médico deles*” ou “*o médico da família*”, ainda que não mais os atenda.

GARTRELL et al. (1987) definiram da seguinte forma o contato sexual terapeuta-paciente: inclui todos os toques das diversas partes do corpo “*com a intenção de provocar ou de satisfazer o desejo sexual do paciente, do médico, ou de ambos*” (GARTRELL & et al., 1987, p. 1126; GABBARD, 1989).

O contato sexual médico-paciente não é eticamente correto, independentemente de quem toma a iniciativa de sexualizar a relação terapêutica que deveria existir entre ambos. Este caráter de transgressão existe porque o contato sexual entre médico e paciente não é consensual: o paciente não é capaz de dar um consentimento moralmente válido a seu médico, no sentido de permitir que haja um relacionamento sexual com o mesmo, porque os elementos fundamentais para que isto ocorra – intencionalidade, entendimento substancial, livre escolha e autorização autônoma – estão ausentes (BAYLIS, 1993).

No sentido de evitar o contato sexual médico-paciente, a Associação Médica Canadense (AMC) alerta que é responsabilidade do médico estabelecer e manter os limites de comportamento aceitáveis para si próprio e para seus pacientes (CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 1994, p. 1884A-1884C).

Para que o consentimento seja considerado moralmente válido, deve haver uma autorização autônoma e intencional baseada num entendimento substancial das informações relevantes, dentro de um contexto livre de

influências controladoras, tais como a coerção, o constrangimento e a fraude, conforme é descrito a seguir:

I) Intencionalidade: O paciente, ao começar o tratamento, encontra-se em posição vulnerável e com a capacidade de decisão prejudicada, tornando-se inapto para decidir ter ou não relações sexuais com o médico. Isto o impossibilita de fazer uma escolha intencional quanto a iniciar um relacionamento sexual com o terapeuta. Este estado de vulnerabilidade pode fazer parte da desordem primária que o levou a buscar tratamento, ou pode ser consequência da transferência, que resultou na idealização e na erotização do terapeuta (BAYLIS, 1993).

II) Entendimento Substancial: Os pacientes não percebem que a relação sexualizada compromete a distância médico-paciente, necessária para que o terapeuta seja capaz de prover cuidados efetivos durante o tratamento.

III) Livre Escolha: Na relação médico-paciente, o paciente está vulnerável emocionalmente, dependente, e vê no terapeuta a pessoa que detém os conhecimentos necessários para suprir suas necessidades e fraquezas. Este conhecimento pode ser usado pelo médico para manipular ou pressionar o paciente através da falsa promessa de que a relação terapêutica não será afetada com o início do contato sexual terapeuta-paciente, ou para ameaçá-lo com a retirada dos cuidados profissionais caso não “concorde” com o contato sexual, ou para, enganosamente, dizer que a relação sexual é terapêutica. De qualquer modo, a ameaça (implícita ou explícita) remove a possibilidade de livre escolha. Além disto, médico e paciente não estão no mesmo nível quanto ao poder que detêm e isto favorece a coerção.

Há também o fato, já citado, de que os abusadores são, na sua maioria, homens e as abusadas são mulheres. Este franco predomínio encontra respaldo no contexto social e cultural, que tolera e muitas vezes promove a discriminação e a violência contra a mulher.

IV) Autorização Autônoma: A autorização autônoma exige do paciente mais que simplesmente “expressar concordância, consentimento, entrega, ou cumprir com um acordo ou proposta do médico” (FADEN, BEAUCHAMP, 1986)

Segundo esta abordagem, um paciente pode se submeter ou se entregar ao contato sexual com o seu médico sem, contudo, consentir com tal atitude. Para que haja consentimento moralmente válido deve existir uma autorização autônoma, que é um ato de vontade (em oposição a um ato de submissão). Entretanto, por sua natureza intrínseca, o relacionamento médico-paciente impossibilita a consecução da vontade do paciente (BAYLIS, 1993).

2.1. Abuso

A AMC define abuso médico de pacientes como:

“qualquer comportamento que transgrida o relacionamento médico-paciente, por meio de atos ou palavras, com o propósito de obter vantagem para o médico e contra os interesses do paciente”
(CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 1994, p. 1884A-1884C)

Ao definir abuso, é importante que se leve em consideração duas perspectivas diferentes: a do paciente e a do médico. Isto deve ser considerado porque o paciente e o médico podem ter percepções diferentes dos limites aceitáveis de seu comportamento, dentro da prática da medicina correta do ponto de vista da ética.

A definição de abuso se estende ao relacionamento entre o médico e os familiares do paciente ou outras pessoas cujo envolvimento no tratamento e cujo interesse pelo bem-estar do paciente inclua contato direto com o médico. A AMC acredita que a definição de abuso inclui o abuso sexual.

2.2. Abuso Sexual

Conforme a AMC, para se discutir o problema do comportamento sexual no relacionamento médico-paciente, primeiramente é necessário distinguir entre o contato físico apropriado e o inapropriado.

Durante o exame físico e a anamnese, os médicos rotineiramente adotam procedimentos diagnósticos e preventivos que os colocam em contato físico íntimo com seus pacientes. Além disto, o interesse, o apoio e a compaixão, tão centrais no relacionamento médico-paciente, também podem ser transmitidos através do contato físico, como, por exemplo, pegar a mão do paciente ao comunicar-lhe más notícias. Certamente isso não é considerado má conduta sexual (REMEN, 1992).

De acordo com a Força-Tarefa de Ontário, um grupo independente de profissionais que investiga o abuso sexual de pacientes, comissionados pelo Colégio de Médicos e Cirurgiões de Ontário, o abuso sexual é um conceito multidimensional, estendendo-se desde a impropriedade sexual até a violação sexual. Tal “*continuum*” de comportamento sexual tem implicações em relação às penalidades impostas pelos órgãos controladores e em relação à probabilidade de recuperação após intervenção ou tratamento (STRASBURGER et al., 1991).

A Força-Tarefa de Ontário (THE TASK FORCE OF THE COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO, 1991) define impropriedade sexual e violação sexual de um paciente por um médico de acordo com os seguintes critérios:

- “I) Impropriedade sexual inclui qualquer comportamento, gesto ou expressão que sejam sedutores ou sexualmente degradantes para um paciente, tais como:
- Procedimentos inapropriados, incluindo, mas não restrito, às práticas inadequadas de despir o paciente, que refletem uma falta de respeito pela privacidade do mesmo ou deliberadamente observar um paciente vestir-se ou desnudar-se, ao invés de providenciar um local privado para o paciente tirar a roupa;
 - Examinar um paciente na presença de estudantes de medicina ou outras pessoas sem o consentimento explícito do mesmo, por escrito, ou examiná-lo quando o consentimento tiver sido por ele suspenso;
 - Examinar ou tocar os genitais do paciente sem luvas;
 - Tecer comentários inapropriados sobre, ou para o paciente, incluindo, mas não limitado, a comentários de caráter sexual sobre o corpo do paciente ou sobre suas roupas íntimas;
 - Tecer comentários sexualizados ou sexualmente aviltantes para um paciente;
 - Criticar a orientação sexual do paciente (homossexual, heterossexual ou bissexual);
 - Tecer comentários, durante um exame ou consulta, sobre a potencial performance sexual do paciente, exceto quando o exame ou consulta é pertinente ao tema de função ou disfunção sexual;
 - Solicitar detalhes sobre a história sexual ou preferências e aversões sexuais quando isso não for clinicamente relevante para o tipo de consulta;
 - Pedir em namoro;
 - O médico iniciar conversa sobre seus problemas sexuais, preferências ou fantasias;
 - Beijo de natureza sexual”.

II) A violação sexual inclui:

- “relação sexual entre médico e paciente, iniciada ou não pelo paciente e adoção de qualquer conduta sexual para com o paciente, ou que possa ser razoavelmente interpretada como sexual, incluindo, mas não limitada, ao ato sexual, com contato genital-genital, oral-genital, oral-anal, oral-oral (exceto na ressuscitação cardiopulmonar).
 Inclui também tocar as mamas ou os genitais do(a) paciente (exceto para exame físico apropriado ou tratamento) ou quando o(a) paciente se recusou a ser examinado ou suspendeu o consentimento.
 Abrange ainda encorajar o(a) paciente a se masturbar na presença do médico ou deixar-se masturbar pelo próprio médico”.

O abuso sexual é definido como:

“qualquer comportamento que transgrida o relacionamento médico-paciente de modo a obter vantagens sexuais para o médico, através de suas palavras ou ações”
(CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 1994, p. 1884A-1884C).

Existem alguns pontos ainda não bem esclarecidos, como na situação de o paciente ser amigo do médico. Pensa-se que é possível tratar os amigos e manter os limites da relação médico-paciente, desde que os papéis sejam claramente definidos. Outro aspecto discutível é a prática médica em cidades pequenas, nas quais o convívio social é inevitável e onde todos os habitantes são pacientes em potencial (WHITE et al., 1994).

2.3. Assédio Sexual

De acordo com Cernicchiaro, o assédio sexual situa-se na extensão do crime de constrangimento ilegal (praticar violência ou irrogar ameaça a alguém a fim de fazer ou deixar de fazer alguma coisa a que não está obrigado por força de lei). O assédio encerra condição imposta a quem procura trabalho, deseja conservá-lo, ou pretende melhorar a sua posição no trabalho, podendo ocorrer na administração pública ou privada. Compreende, como regra, relação de emprego, mas nada o impede de existir em outras situações: o assédio sexual pode ocorrer em qualquer relação jurídica onde alguém seja a palavra decisiva e estabeleça exigência de prática de atos da vida sexual. Os sujeitos ativo (que pratica o assédio) e passivo (que é assediado) podem ser homem ou mulher, indiferentemente (CERNICCHIARO, 1999, p. 15-16).

3. O perfil do médico abusador e do paciente abusado

Os fenômenos psicopatológicos são tão claros e característicos na exploração sexual da relação terapêutica, que foram descritos (BAYLIS, 1993, p.505) como uma síndrome denominada “*Síndrome Sexual Terapeuta-Paciente*”. Na relação terapêutica pode se estabelecer um intenso vínculo, primitivo, profundo, semelhante ao da criança à figura parental envolvendo uma relação incestuosa (SOMER, NACHMANI, 2005).

Os terapeutas, neste caso, são percebidos como objetos onipotentes e imbuídos com as capacidades mágicas dos pais, idealizados e temidos.

Deste modo, há também muita ambivalência nestes vínculos. O terapeuta que reforçar esta transferência e explorar sexualmente a relação terapêutica,

que, neste momento, seria anti-terapêutica, pode fazer com que o paciente se sinta numa verdadeira armadilha. Por um lado, o paciente deseja unir-se, além de cuidar e até proteger o terapeuta, mas à semelhança de uma criança abusada sexualmente pelo pai, teme isto e deseja escapar a todo custo. Por outro lado, o paciente sente-se culpado pelo envolvimento sexual, pois acredita ser ele quem detém o controle das sessões “*terapêuticas*”. Ainda que um paciente sinta uma forte atração pelo terapeuta e, por exemplo, se vista de uma maneira sedutora, a culpa pelo abuso não é dele (FELDMAN-SUMMERS et al., 1984).

Uma outra possível iatrogenia é o estabelecimento de uma grande confusão sexual, como por exemplo, nos casos em que o paciente pode buscar tratamento por baixa auto-estima, ou falta de satisfação nas relações interpessoais.

Alguns terapeutas abusadores podem abordar o problema redefinindo-o como um problema fundamentalmente de origem sexual e comentar, de forma sedutora, que “*a baixa auto-estima do paciente é devido a sua inabilidade em tocar, aceitar e apreciar seu corpo*”.

Existem, ainda, possibilidades de racionalização, ou seja, o terapeuta usa esse mecanismo tentando não levar em consideração a natureza profissional da relação, com suas responsabilidades inerentes. Terapeuta e paciente podem achar que sentem algo “*tão especial*” um pelo outro, que transcende os códigos de ética, e a paixão valeria o julgamento dos riscos da relação (WHITE et al., 1994).

Estudos de caso e levantamentos detalhados retratam que o perfil mais comum do médico é o do sexo masculino, de meia idade, que tem dificuldade nas relações íntimas em sua própria vida e que se “*apaixona*” por uma paciente em média 16,5 anos mais jovem (GABBARD, 1989).

Estima-se que metade dos casos registrados de contato sexual terapeuta-paciente envolve tal “*paixão*”. A paixão do terapeuta pela paciente tem as seguintes características: dependência emocional, pensamento intrusivo e sensações físicas.

O profissional que se apaixona, freqüentemente, sente que não recebeu o amor que merecia quando criança. Com pretexto de “*alimentar*” a paciente com o amor que ela não teve, espera gratificar os próprios anseios. Muitos destes terapeutas têm um transtorno narcisista, interagindo com pacientes com características masoquistas, e estão em busca de objetos que os espelhem e integrem o seu *self*. Eles se apaixonam por sua própria imagem projetada, sendo, deste modo, a relação uma representação parcial do seu *self*.

Os terapeutas que abusam sexualmente de suas pacientes foram classificados, (GABBARD, 1989) em quatro categorias: 1) psicóticos que representam um subgrupo pequeno e que traz prejuízos menores, necessitando psicofármacos e aconselhamento para não seguirem na especialidade; 2) anti-sociais com atitudes predatórias que tem uma história profissional construída à partir de atos abusivos e que sofreram eles próprios abuso sexual durante a infância; 3) apaixonados que tem um transtorno narcisista; 4) masoquistas que reconhecem a natureza anti-ética de seus atos, chegando, por vezes, a se auto-denunciarem na procura de ajuda.

4. Conseqüências negativas do relacionamento sexual médico-paciente

A literatura relativa ao tema aponta a existência de diversas conseqüências drásticas decorrentes da relação sexual entre médicos e pacientes. Dentre elas (GARFINKEL, BAGBY, WARING, DORLAN, 1997) temos desde algumas menos danosas, como a vergonha, a culpa e o isolamento, até as mais graves, como a ansiedade, a depressão, a necessidade de hospitalização e o suicídio do paciente.

Françoise Baylis (BAYLIS, 1993, p. 505) ao se referir à “*Síndrome Sexual Terapeuta-Paciente*”, aponta onze conseqüências: 1. ambivalência; 2. culpa; 3. isolamento; 4. sentimentos de vazio; 5. distúrbios cognitivos; 6. distúrbios de identidade e de limites; 7. incapacidade para confiar; 8. confusão sexual; 9. labilidade afetiva; 10. raiva reprimida; 11. aumento do risco de suicídio. Um estudo de Bouhoutsos et al., com 559 pacientes, relatou que 90% das vítimas de abuso sexual sofreram prejuízo, 11% delas foram hospitalizadas e 1% cometeu suicídio (BOUHOUTSOS et al., 1983 In: BAYLIS, 1993, p. 505).

O resultado do exame de vários casos de relação médico-paciente pela Comissão de Ética da Associação Psiquiátrica Americana foi catastrófico e demonstrou a existência de conseqüências adversas para os pacientes, sendo que muitos deles sentem-se envergonhados, culpados, apaixonados ou enamorados do médico muito tempo depois das relações sexuais terem findado.

Médicos envolvidos sexualmente com seus pacientes podem, por exemplo, desencorajá-los a procurar os cuidados médicos de outros especialistas, por medo de que seu relacionamento inapropriado seja revelado. A erosão da confiança na profissão médica, causada pela exploração dos pacientes por parte dos médicos, pode levar até mesmo pessoas não-envolvidas diretamente em tais episódios a adiarem os cuidados médicos (APPELBAUM et al., 1994).

Entretanto, apesar do prejuízo relatado acima, a maioria dos pacientes que viveram relações terapêuticas sexualmente espoliativas são muito hesitantes em levar adiante uma reclamação por causa das devastações que eles experimentaram e das forças dinâmicas de culpa, falta de confiança, ambivalência e prejuízo da habilidade para confiar. As vítimas também são inibidas por medos realísticos de exposição e devido à possibilidade de abuso adicional e de humilhação durante a investigação e os procedimentos legais (COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF BRITISH COLUMBIA, 1992).

Isto nos faz supor que muitas destas conseqüências acabem por não se tornarem possíveis de mensuração. Tal fato fica mais evidente quando pensamos na população que apresenta maior risco para ser abusada. Entre os pacientes particularmente suscetíveis ao dano causado pelo contato sexual com seus médicos, um estudo ressalta a vulnerabilidade especial de: (a) pacientes com menos de 19 anos; (b) pacientes que estejam sofrendo distúrbios capazes de prejudicar a capacidade de julgamento; (c) pacientes que estão em psicoterapia com seus médicos.

5. Estratégias educacionais e preventivas

A profissão médica tem um importante papel de liderança a desempenhar, no sentido de facilitar o desenvolvimento de estratégias para educar pacientes e médicos no que diz respeito ao relacionamento apropriado entre estas duas partes e para prevenir o abuso sexual de pacientes por parte dos médicos.

Quando apropriado, as atividades durante a graduação, a pós-graduação e a educação médica continuada deveriam incluir objetivos educacionais em áreas ligadas ao relacionamento médico-paciente e especificamente em relação ao problema do abuso sexual de pacientes pelos médicos.

Exemplos de áreas ligadas ao relacionamento médico-paciente incluem: ética; habilidades de comunicação (exemplo: como explicar e conduzir exames físicos normais e como discutir sexualidade); sensibilidade em relação às necessidades únicas do paciente (exemplo: relacionadas à idade, ao gênero e à cultura); comportamentos de transferência e de contratransferência.

Exemplos de áreas especificamente ligadas ao abuso de pacientes pelos médicos incluem: conhecimento e entendimento dos limites apropriados de comportamento dentro da relação médico-paciente; reconhecimento, tratamento e comunicação do abuso sexual de pacientes pelos médicos; identificação de procedimentos que têm alto risco para abuso sexual ou desavença; modos de prevenir o abuso sexual de pacientes, incluindo boa

comunicação, consentimento do paciente e a presença de uma terceira pessoa durante um exame.

No sentido da prevenção do abuso sexual de pacientes pelos médicos, os mesmos deveriam ser encorajados a se apresentar espontaneamente se estiverem preocupados com seu comportamento real ou potencial. Linhas telefônicas confidenciais de ajuda a médicos e acesso à assistência profissional podem encorajar intervenções precoces, tentando prevenir o abuso de pacientes e ajudar com a reabilitação, se possível. Um ambiente regulador que não garanta a confidencialidade dos médicos, assim como a dos pacientes, é incompatível com essa abordagem preventiva.

A reconstrução de uma base para a ética médica e para a moralidade baseia-se na concepção filosófica da relação médico-paciente. Argumenta-se que a redefinição de uma Filosofia da Medicina é crucial para o desenvolvimento de uma moralidade médica coesiva. Sugerem-se algumas estratégias (REMEN, 1992) para a implementação da educação médica no que diz respeito à relação médico-paciente, como, por exemplo: elaboração de um novo currículo que inclua as Ciências Sociais e a Filosofia; promoção do desenvolvimento da habilidade do médico em considerar o aspecto social, psicológico, espiritual e biológico dos seus pacientes; conscientização do médico no sentido de que ele deve ser sensível e receptivo na interação com seus pacientes, objetivando, principalmente, um desenvolvimento pessoal de valores humanísticos e uma aproximação integrada entre o raciocínio clínico e o cuidado médico.

A fim de que esses objetivos sejam alcançados, foi proposta a criação de uma estratégia para o desenvolvimento e manutenção de um ensino sobre a relação médico-paciente, composto por encontros interdisciplinares nas faculdades médicas e nos hospitais universitários, abordando questões éticas e um ensino integrado, progressivo, durante a graduação e a residência médica, mantido como educação continuada. Também a integração da educação sobre sexualidade humana nos currículos das faculdades de medicina e a ênfase em mostrar *“como ser com os pacientes”*, ao invés de realizar leituras de *“como fazer”*, devem fazer parte da formação médica. A educação sobre contato sexual médico-paciente e sobre sexualidade humana deve ser incluída no curso em todos os níveis profissionais de desenvolvimento, discutindo-se o poder dinâmico da relação médico-paciente e a forma de falar com os pacientes sobre sexualidade.

O comportamento sexual na relação médico-paciente deve ser criticado pelos colegas, associações médicas e pelo público. Neste sentido, as campanhas educativas são importantes, a fim de aumentar a compreensão desta questão pelo público.

Considerações finais

Ainda que este tema já fosse abordado desde os primórdios da história médica, permanece sendo foco de atenção também nos tempos atuais. Ocorre que, na medida em que a relação médico-paciente torna-se mais horizontal e menos idealizada, as atitudes do médico também passam a ser passíveis de questionamento (CLOTET, 1993).

Fica evidente que devemos pensar não apenas no conhecimento técnico-científico dos médicos, como também nos seus aspectos afetivos e humanos, bem como numa capacidade de estabelecer uma adequada relação médico-paciente. Tal relação não será satisfatória e estará sendo violada sempre que o médico se utilizar de seus pacientes para alcançar a satisfação das suas necessidades pessoais, em detrimento do bem-estar daqueles (DAVID, 1993).

Finalizando voltamos a ressaltar a questão da educação já que a matriz do médico encontra-se na faculdade de medicina. O estudo da Ética, como base da formação do profissional, deve ser ministrado, firmado em critérios epistemológicos contemporâneos, capazes de harmonizar o espírito do homem com as atuais inquietudes sociais. Ocorre que, muitas vezes, a educação universitária se preocupa somente com o ensino das artes médicas, deixando de primar pelo conhecimento ético. Isto determina um grande desvio educacional.

Por fim, pode-se entender que deve haver nas universidades uma extrema atenção às questões da ética. A interação desta educação junto à formação de um médico é primordial, pois de imediato pode evitar um dos fatores que produz uma conduta eticamente incorreta. Desta forma, certamente a frequência dos atos desregrados sexuais seria diminuída, permitindo a evolução natural de um sentimento de humanização e de respeito.

Referências bibliográficas

APPELBAUM, P.S.; JORGENSON, L.M.; SUTHERLAND, P.K. Sexual relationships between physicians and patients. *Archives of Internal Medicine*, 154(22), 2561-2565, 1994.

BAYLIS, F. Therapist-Patient Sexual Contact: A Non Consensual, Inherently Harmful Activity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38(7), 1993, p. 502-506.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. Policy Summary: The patient-physician relationship and the sexual abuse of patients. *Can Med Assoc J.*, 150(11), p.1884A-1884C, 1994

CERNICCHIARO, L.V. Assédio Sexual. *Revista Jurídica*, 46(255), 1999, p.15-16.

- CLOTET, J. Por que bioética. *Bioética*. 1(1), 1993, p. 15-16.
- COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF BRITISH COLUMBIA. *Crossing the Boundaries: The Report of the Committee on Physician Sexual Misconduct*. Vancouver: British Columbia, 1992.
- DAVID, J. Doctor-patient relationship put under microscope at CMA leadership conference. *Canadian Medical Association Journal*, 148(10), 1993, p.1787-1791.
- FADEN, R.; BEAUCHAMP, T. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press, 1986.
- FELDMAN-SUMMERS, S.; JONES, G. Psychological impacts of sexual contact between therapists or other health care practitioners and their clients. *J Consult Clin Psychology*, 52(6), 1984, p. 1054-1061.
- GABBARD, G.O. *Sexual exploitation in professional relationships*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1989.
- GARFINKEL, P.E.; BAGBY, WARING, E.M.; R.M.; DORLAN, B. Boundary violations and personality traits among psychiatrists. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 1997, p. 758-763.
- GARTRELL, N.; HERMAN, J.; OLARTE, S. Psychiatrist-patient sexual contact: results of a national survey, I: prevalence. *Am J Psychiatry*. 143, 1986, p. 1126-1131.
- _____. Reporting practices psychiatrists who knew of sexual misconduct by colleagues. *American Journal Orthopsychiatry*, 57, 1987, p. 287-295.
- KARDENER, S.H.; FULLER, M.; MENSCH, I. A survey of physicians' attitudes and practices regarding erotic and nonerotic contact with patients. *Am J Psychiatry*, 130, 1973, p. 1077-1081.
- LAZARUS, J.A. Ethical issues in doctor-patient sexual relationships. *Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 1995, p. 55-70.
- LIONS, P. *Medicine: an illustrated history*. New York: Abradele-Abrams, 1994.
- REMEN, R.N. *O paciente como ser humano*. São Paulo: Summus, 1992.
- SOMER, E.; NACHMANI, I. Constructions of Therapist-Client Sex: A Comparative Analysis of Retrospective Victim Report. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(1), 2005, p. 47-62.
- STRASBURGER, L.H.; JORGENSON, L.; RANGLES, R. Criminalization of psychotherapist-patient sex. *American Journal Psychiatry*, 148, 1991, p. 859-863.
- THE TASK FORCE OF THE COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO. *The Final Report on Sexual Abuse of Patients*. Ontario: College of Physicians and Surgeons, 1991.
- WHITE, G.E.; COVERDALE, J.A.; THOMSON, A.N. Can one be a good doctor and have a sexual relationship with one's patient? *Family Practice*, 11(4), 1994, p. 389-393.