

# *Violação de fronteiras: envolvimento sexual médico-paciente*

## *Boundary Violations: Sexual Misconduct in the Practice of Medicine*

Gabriel José Chittó Gauer<sup>1</sup>, Alfredo Cataldo Neto<sup>2</sup>, Patrícia Inglez de Souza Machado<sup>3</sup>, Fernando Inglez de Souza Machado<sup>4</sup>

### RESUMO

O objetivo do presente artigo é abordar a questão do envolvimento sexual entre médico e paciente. São analisados brevemente os aspectos psicológicos, as consequências e medidas preventivas e de reabilitação no que se refere ao abuso da relação médico-paciente para seu favorecimento sexual.

UNITERMOS: Relação Médico e Paciente, Bioética, Ética Médica.

### ABSTRACT

*The aim of this article is to address the issue of sexual relationship between doctor and patient. This article reviews briefly psychological aspects and consequences as well as preventive and rehab measures regarding sexual abuse in the doctor-patient relationship.*

KEYWORDS: *Physician-Patient Relationship, Bioethics, Medical Ethics.*

### INTRODUÇÃO

Apesar de ser um tema que remonta ao início do exercício da Medicina, as questões concernentes às relações sexuais entre médicos e pacientes permanecem sendo tema de estudo na área da ética e da bioética. As primeiras proscricções no contato sexual com os pacientes datam do juramento Hipocrático: "... 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..." (1,2,3,4).

Nas normativas ético-profissionais brasileiras, percebe-se tal preocupação desde o Código da Moral Médica de 1929, que prescrevia: o médico não deverá examinar a mulher casada sem a presença de seu marido ou de uma pessoa da família devidamente autorizada. As normativas posteriores seguiram estabelecendo a necessidade de o exame de uma mulher ser realizado na presença de terceiro, bem como do

respeito ao pudor do paciente. O Código de Ética Médica de 1988, vigente por mais de 20 anos, conquanto não abordasse a questão de forma pontual, ao tratar sobre a relação com pacientes e familiares, posicionava-se sobre o tema vedando ao médico aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política. Tal assertiva foi mantida integralmente no atual Código de Ética Médica (6,7,8).

Nos Estados Unidos, em 1989, a Associação Médica Americana divulgou uma normativa ética um pouco mais específica proibindo o contato sexual entre médico, de qualquer especialidade, e paciente. Esta normativa foi ampliada em 1991, englobando a proibição, por um período indefinido, de ligações sexuais entre médicos e pacientes "se o médico usa ou explora a confiança, conhecimento, emoções, ou influência derivada do relacionamento profissional prévio" (9).

O tema, além de ser motivo de reflexões na área da ética e da bioética, também tem tido uma influência na

<sup>1</sup> Médico Psiquiatra. Professor Titular da Faculdade de Direito e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais. Membro do Comitê Gestor do Instituto de Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

<sup>2</sup> Médico Psiquiatra. Professor da Faculdade de Medicina e Coordenador do Grupo de Pesquisa, Envelhecimento e Saúde Mental (GPESM) do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS.

<sup>4</sup> Aluna do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais, da Faculdade de Direito da PUCRS.

<sup>5</sup> Estudante de Direito.

prática médica. Em especial nos Estados Unidos, houve crescimento do número de processos movidos por pacientes nestas situações. O mesmo ocorre no Brasil e em várias partes do mundo. O exercício da Medicina passou a ser feito de forma mais defensiva e foram criados mecanismos para auxiliar os próprios profissionais envolvidos em tais situações (10).

A proposta deste estudo consiste em analisar brevemente os aspectos psicológicos, as consequências e as medidas preventivas e de reabilitação no que se refere ao abuso da relação médico-paciente para seu favorecimento sexual. Buscaremos, com isso, compreender o que faz alguns médicos exporem-se ao risco de perder tudo o que conquistaram em sua vida profissional e pessoal e a irem contra o princípio mais arraigado na prática da medicina: o respeito aos pacientes.

## CONCEITOS ÉTICOS A PROPÓSITO DA CONDUTA SEXUAL NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A relação profissional de saúde-paciente se constitui em uma “aliança terapêutica” necessária para promover a recuperação da saúde. Os laços de confiança e credibilidade que se estabelecem durante a interação entre quem cuida e o doente são fundamentais para o sucesso do tratamento (11).

O relacionamento médico-paciente começa quando uma pessoa “*contrata*” os serviços de um médico, ainda que não esteja pagando por eles, e termina quando os 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 (12,13).

O contato sexual médico-paciente inclui qualquer toque nas diversas partes do corpo “*com a intenção de provocar ou de satisfazer o desejo sexual do paciente, do médico, ou de ambos*”. O contato sexual médico-paciente é eticamente incorreto, 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 um relacionamento sexual com o mesmo, porque os elementos fundamentais para que isso ocorra – intencionalidade, entendimento substancial, livre escolha e autorização autônoma – estão ausentes. No sentido de evitar o contato sexual médico-paciente, a Associação Médica Canadense refere que é responsabilidade do médico estabelecer e manter os limites de comportamento aceitáveis para si próprio e para seus pacientes (12).

Para que o consentimento seja considerado moralmente válido, deve haver uma autorização autônoma e intencio-

nal, baseada em um 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. Isso 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 (12,13).

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 (12,13).

III) *Livre Escolha*: Na relação médico-paciente, o paciente está vulnerável emocionalmente, dependente, e vê no médico 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 disso, médico e paciente não estão no mesmo nível quanto ao poder que detêm, e isso favorece a coerção (12,13).

Há também o fato, já citado, de que os abusadores são, na sua maioria, homens e as abusadas são, na sua maioria, mulheres. Este 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*”. 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 (12,13).

## COMPREENDENDO A RELAÇÃO

Os fenômenos psicopatológicos foram descritos como uma síndrome denominada “*Síndrome Sexual Terapeuta-Paciente*”. Na relação terapêutica, pode-se estabelecer um intenso vínculo, primitivo, profundo, semelhante ao da crian-

ça à figura parental. Os médicos, neste caso, são percebidos como objetos onipotentes e imbuídos com as capacidades mágicas dos pais, idealizados e temidos. O terapeuta que reforçar esta transferência e explorar sexualmente a relação terapêutica, que, neste momento, seria antiterapêutica, pode fazer com que o paciente se sinta em uma verdadeira armadilha. Por um lado, o paciente deseja unir-se, além de cuidar e até proteger o médico, mas, à semelhança de uma criança abusada sexualmente por um progenitor, teme isso 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 do tratamento. Ainda que um paciente sinta uma forte atração pelo médico e, por exemplo, se vista de uma maneira sedutora, a responsabilidade pelo abuso não é dele (14).

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 autoestima, ou falta de satisfação nas relações interpessoais (14).

Existem, ainda, possibilidades de racionalização, ou seja, o médico 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 (3).

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

O profissional que “se apaixonou”, frequentemente, 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 desses terapeutas têm um transtorno narcisista 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*(3).

Os médicos que abusam sexualmente de suas pacientes foram classificados em quatro categorias: 1) psicóticos, que representam um subgrupo pequeno e que traz prejuízos menores, necessitando psicofármacos e aconselhamento; 2) antissociais com atitudes predatórias, que têm uma carreira como abusadores e que sofreram eles próprios abuso sexual durante a infância, estes podem ver seus pacientes como objetos, como “um pedaço de carne”, com o qual irão se satisfazer, sem nenhum envolvimento emocional; 3) apaixonados, que têm um transtorno narcisista; 4) masoquistas, que reconhecem a natureza eticamente incorreta de seus atos, chegando, por vezes, a se autodenunciarem na procura de ajuda (3).

Os pacientes abusados podem apresentar características masoquistas e autodestrutivas, uma vez que o fato irá destruir a relação terapêutica. Ou podem se tratar de pacientes com transtornos mentais, como nos casos de pacientes bipolares em fase maníaca, na qual existem um aumento importante da libido e diminuição da capacidade do paciente em testar a realidade.

## CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS

A literatura relativa ao tema aponta a existência de diversas consequências drásticas decorrentes da relação sexual entre médicos e pacientes. Dentre elas, 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 (3,13).

O envolvimento sexual pode afetar ou obscurecer o julgamento médico, colocando em perigo, deste modo, o diagnóstico ou o tratamento do paciente. 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 de médicos, pode levar até mesmo pessoas não envolvidas diretamente em tais episódios a adiarem os cuidados médicos (3, 13).

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 transtornos capazes de prejudicar a capacidade de julgamento; (c) pacientes que estão em psicoterapia com seus médicos (3, 13).

## 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 de médicos (3).

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 por médicos.

Exemplos de áreas vinculadas 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 por médicos incluem: conhecimento e entendimento dos limites apropriados de comportamento dentro da relação médico-paciente; reconhecimento, tratamento e comunicação do abuso sexual de pacientes por 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 por 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, quando 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 para a implementação da educação médica no que diz respeito à relação médico-paciente, como, por exemplo: elaboração de um novo currículo que inclua áreas como a Bioética, 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 (3, 15).

## AVALIAÇÃO E REABILITAÇÃO DE MÉDICOS

A maioria dos médicos envolvidos neste tipo de situação chega à apreciação de conselhos de ética disciplinares ou organizações profissionais quando uma queixa é apresentada pelo paciente ou por outra parte interessada. Os relatos feitos a estes grupos motivam uma investigação das alegações que determina se o médico deve receber uma punição, advertência ou suspensão de atividade. Também é útil que o médico seja avaliado em relação à possibilidade de reabilitação. As avaliações são bem melhor conduzidas por partes desinteressadas que estejam fora da cidade em que o médico atua. Avaliadores locais, muitas vezes, não têm a objetividade necessária para uma avaliação válida (10).

Importante ressaltar que os limites entre o que pode ser considerado como “normal” ou não são pouco claros, como as cores de um arco-íris. Desta forma, cada caso deve ser avaliado individualmente, considerando, por exemplo, entre outras situações: a existência de um conhecimento prévio entre médico e paciente ou uma localidade onde apenas um médico atua em determinada especialidade. Há que se atentar para o fato de que a idealização é, até mesmo, necessária no início das relações de casal, porém temos de ter muito cuidado em relação ao que a Bioética denomina “*slippery slope argument*”. Em especial quando, ao fazermos uma análise de caso, não temos certeza das consequências de abirmos exceção no que é considerado eticamente incorreto, todo o cuidado é pouco.

Se o médico negar a violação de fronteiras, há pouco valor em realizar avaliação. Médicos que estão negando sua responsabilidade apresentam-se como não tendo motivos para estarem sendo avaliados (10).

Se o médico está genuinamente arrependido e profundamente comprometido a evitar futuras transgressões, esta atitude é um bom sinal prognóstico. Da mesma forma, médicos que são capazes de assumir total responsabilidade pelo que aconteceu e empatizam com a experiência do paciente de ter sido prejudicado também são bons candidatos à reabilitação. Os tipos predatórios, que são transgressores repetidos, não deveriam receber permissão para retornar à prática da profissão (10).

A reabilitação é indicada quando o profissional está profundamente motivado a mudar e a evitar futuros problemas. Nos Estados Unidos, é estabelecido um plano de reabilitação com psicoterapia pessoal, a escolha de um coordenador de reabilitação, supervisão do trabalho e limitações da prática (10).

## COMENTÁRIOS FINAIS

Ainda que este tema já fosse abordado desde os primórdios da história médica, tem recebido maior atenção por médicos e outros profissionais da área da saúde. 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. Contribuindo para este fenômeno está o do desenvolvimento, nos anos recentes, da Bioética, sendo um dos seus objetivos o estudo da conduta humana, à luz dos valores e princípios morais, na área da saúde. Fica evidente que cada vez mais devemos pensar não apenas no conhecimento técnico-científico dos médicos, como também nos seus aspectos afetivos e humanos, bem como em uma 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. Baseado no exposto, podemos dizer que o relacionamento médico-paciente deve ser repen-

sado, não com o objetivo de descobrir algo novo, mas, sim, de redescobrir algo que tem sido perdido (3,4).

Encerrando, gostaríamos de citar Gabbard, um profundo estudioso deste assunto de violações de fronteiras profissionais na relação médico-paciente: “Um salva-vidas não pode salvar uma vítima de afogamento se ele próprio estiver se afogando” (10).

## REFERÊNCIAS

1. Kastner S, Linden M. Relations between patients in psychiatric and psychotherapeutic inpatient care: A literature review and conclusions for clinical practice and research. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2014; 18(4):222-22.
2. Lions P. *Medicine: an illustrated history.* New York: Abradele-Abrams, 1994.
3. Cataldo A; Gauer GJC. O terapeuta seduzido e o sedutor. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana.* 2005; 16(2): 251-264.
4. CLOTET, J. Por que bioética. *Bioética.* 1993; 1(1): p.15-16.
5. Argimon III; Cataldo A; Gauer GJC. Reflexões A Propósito Das Relações Sexuais Entre Terapeuta e Paciente. In: Argimon III; Gauer GJC; Oliveira MS (org). *Bioética e Psicologia.* Porto Alegre: Edipucrs, 2009; p.89-102.
6. <http://portal.cfm.org.br/images/stories/documentos/EticaMedica/codigomoralmedica1929.pdf>. Acessado em 24/11/2014.
7. [http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/1988/1246\\_1988.htm](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/1988/1246_1988.htm). Acessado em 24/11/2014.
8. [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=category&id=9&Itemid=122](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122). Acessado em 24/11/2014.
9. Appelbaum PS; Jorgenson LM; Sutherland PK. Sexual relationships between physicians and patients. *Archives of Internal Medicine.* 1994; 154(22):2561-2565.
10. Gabbard G. Violações das fronteiras profissionais. In: Eizirik CL; Aguiar RW; Schestatsky; SS (org). *Psicoterapia de orientação analítica – fundamentos teóricos e clínicos.* Porto Alegre: Artmed, 2014; p. 324-339.
11. Kipper DJ; Clotet J; Loch JA. O Impacto da Bioética na Prática Clínica. In: Sociedade Brasileira de Clínica Médica - Programa de Atualização em Clínica Médica – Modelos de Relação Profissionais de Saúde / Pacientes-usuários. Porto Alegre: Artmed /Panamericana, 2004.
12. Canadian Medical Association. Policy Summary: The patient-physician relationship and the sexual abuse of patients. *Can Med Assoc J.* 1994; 150(11): p.1884A-1884C.
13. Gauer GJC; Cataldo A; Veit, ALH; Weber CJL; De Latorre, G; Lavigne SC. Relação Médico-Paciente: Uma contribuição para o entendimento bioético das relações sexuais médico-paciente. In: Gauer GJC (org). *Agressividade – uma leitura biopsicossocial.* Curitiba: Juruá, 2001; P. 39-58.
14. Feldam-Summers S; Jones G. Psychological impacts of sexual contact between therapists or other health care practitioners and their clients. *J Consult Clin Psychology.* 1984; 52(6): p.1054-1061.
15. Lazarus JA. Ethical issues in doctor – patient sexual relationships. *Psychiatric Clinics of North America.* 1995; 18(1): p.55-70.
16. Garfinkel PE; Bagby RM; Dorlan B. Boundary violations and personality traits among psychiatrists. *The Canadian Journal of Psychiatry.* 1997; 42: p.758-763.

✉ Endereço para correspondência

**Instituto Bioética**

Av. Ipiranga, 6681/prédio 50/703  
90.619-900 – Porto Alegre, RS – Brasil

☎ (51) 3320-3679

✉ [institutobioetica@pucrs.br](mailto:institutobioetica@pucrs.br)

Recebido: 2/12/2014 – Aprovado: 10/12/2014