

CAROLINA LEME MACHADO

**TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO, DEPRESSÃO E
DESESPERANÇA EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL
NO PRIMEIRO E NO SEXTO MÊS DE AVALIAÇÃO**

Dissertação de Mestrado

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. ARLETE MARIA DOS SANTOS FERNANDES

**Unicamp
2010**

CAROLINA LEME MACHADO

**TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO, DEPRESSÃO E
DESESPERANÇA EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL
NO PRIMEIRO E NO SEXTO MÊS DE AVALIAÇÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Ciências Biomédicas

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. ARLETE MARIA DOS SANTOS FERNANDES

**Unicamp
2010**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

M18t	<p>Machado, Carolina Leme Transtorno de estresse pós-traumático, depressão e desesperança em mulheres vítimas de violência sexual no primeiro e no sexto mês de avaliação / Carolina Leme Machado. Campinas, SP: [s.n.], 2010.</p> <p>Orientador: Arlete Maria dos Santos Fernandes Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p>1. Mulheres. 2. Violência sexual. 3. Transtorno de estresse pós-traumático. 4. Depressão mental. I. Fernandes, Arlete Maria dos Santos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.</p>
------	--

Título em inglês: "Posttraumatic Stress Disorder, Depression and Hopelessness in women victims of sexual violence at the first and at the sixth month of evaluation"

Keywords:

- Women
- Sexual violence
- Stress Disorders, Post-Traumatic
- Depression

Titulação: Mestre em Tocoginecologia

Área de concentração: Ciências Biomédicas

Banca examinadora:

Profª. Drª. Arlete Maria dos Santos Fernandes
Profª. Drª. Márcia Hespanhol Bernardo
Prof. Dr. Aloísio José Bedone

Data da defesa: 27 – 08 – 2010

Diagramação e arte final: Assessoria Técnica do CAISM (ASTEC)

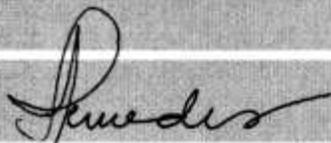
BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: CAROLINA LEME MACHADO

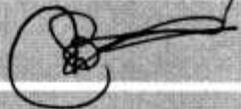
Orientadora: PROFª DRª ARLETE MARIA DOS SANTOS FERNANDES

Membros:

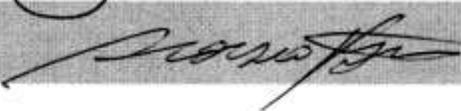
1.



2.



3.



**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 27/08/2010

Dedico este trabalho...

*Ao meu marido,
com quem compartilho conquistas da vida,
e que é o grande incentivador diário do meu trabalho.*

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora-Doutora Arlete Maria dos Santos Fernandes, que se mostrou tão receptiva a este trabalho, propondo-se a mergulhar em um terreno um tanto desconhecido, característica que me parece essencial a uma pesquisadora. Agradeço pela dedicada orientação e pelo crescimento que tive com seus ensinamentos.

À Professora-Doutora Renata Cruz Soares Azevedo, que se mostrou sempre atenciosa às minhas necessidades e deu contribuições de extrema importância ao desenvolvimento deste trabalho.

As psicólogas Maria José Navarro Vieira e Marina Herdeiro Lopes, responsáveis pelo atendimento psicológico das mulheres vítimas de violência sexual no CAISM, pela paciência, compreensão e coleguismo.

À Equipe do Ambulatório de Atendimento Especial do CAISM/UNICAMP por me receberem em seu serviço de forma tão acolhedora e amistosa durante todo o período de coleta de dados deste trabalho.

Agradeço aos meus pais, Tânia Cristina Leme e Marco Roberto Machado, e a seus respectivos companheiros, Antonio Lazaro Regonha e Nara Dias Machado, pelo incentivo que sempre me deram em relação aos estudos e por acompanharem minha trajetória.

Às amigas Mariana Pinheiro Fernandes e Ana Catarina Rezende Leite, exemplos de esforço e dedicação, com as quais eu aprendi a admirar o trabalho da Pesquisa

Científica. Agradeço a vocês pelo tempo que estivemos juntas e pelas experiências que compartilhamos nesses anos.

Ao meu marido, Carlos Eduardo de Godoy Junior, pelo apoio e suporte da minha caminhada profissional, pelos momentos em que expressou sua admiração pelas minhas conquistas, sempre com um olhar atento e cuidadoso, e pelo insistente incentivo aos meus projetos.

Às pacientes que, mesmo em um momento difícil de suas vidas, dispuseram-se a colaborar com a pesquisa e que são o motivo de nosso esforço.

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	viii
Resumo	ix
Summary	xi
1. Introdução	13
2. Objetivos	23
2.1. Objetivo geral	23
2.2. Objetivos específicos.....	23
3. Publicação.....	25
4. Discussão.....	45
5. Conclusões.....	51
6. Referências Bibliográficas.....	53
7. Anexos	59
7.1. Anexo 1 – Tabelas.....	59
7.2. Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	66
7.3. Anexo 3 – Entrevista T0	67
7.4. Anexo 4 – Beck Depression Inventory (BDI).....	69
7.5. Anexo 5 – Beck Hopeless Scale (BHS)	71
7.6. Anexo 6 – <i>Clinician Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale (CAPS)</i>	72
7.7. Anexo 7 – Entrevista T6	73
7.8. Anexo 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	75

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

BDI – Inventário de Depressão de Beck

BHS – Escala de Desesperança de Beck

CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

CAPS – Escala de Avaliação de Transtorno de Estresse Pós-Traumático
Administrada pelo Clínico

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PIB – Produto Interno Bruto

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

VS – Violência Sexual

Resumo

Introdução: A violência sexual é problema que atinge inúmeras mulheres no mundo e suas consequências abrangem complicações físicas, psíquicas, sociais e sexuais. Estudos indicam que psicopatologias são recorrentes nas mulheres que sofrem abuso sexual, mais comumente o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e a depressão. **Objetivos:** Avaliar os escores de TEPT, Depressão e Desesperança em mulheres vítimas de violência sexual que estiveram em acompanhamento ambulatorial no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). **Métodos:** Estudo de coorte longitudinal em que foram avaliadas 67 mulheres, no primeiro mês pós-violência e 52 no sexto mês, através da Escala de Avaliação de Transtorno de Estresse Pós-Traumático Administrada pelo Clínico (CAPS), do Inventário de Depressão de Beck (BDI), da Escala de Desesperança Beck (BHS) e de entrevista estruturada para avaliar a autopercepção do trauma e da saúde. Os escores foram correlacionados às variáveis sociodemográficas, da violência, percepção e atitudes da mulher. **Resultados:** TEPT presente em 64,2% dos casos na avaliação inicial, sendo 13,5% entre severo e muito severo e 29,9% em moderado, e na avaliação final presente em 21,2% das mulheres. Quanto à depressão, 100%

das mulheres entrevistadas no primeiro mês preencheram os critérios, sendo que 47,7% delas entre mínimo e leve e 52,3% entre moderado e grave. No sexto mês, 63,5% estavam com depressão mínima e leve e 19,2% com moderada e grave. A desesperança esteve presente em 94%, sendo 71,6% mínima e leve e 22,4% moderada e grave na avaliação inicial e em 90,3% na avaliação final, sendo 73% entre mínima e leve e 9,7% entre moderado e grave. A análise por regressão logística múltipla mostrou que o TEPT moderado/grave no primeiro mês associou-se a uma única variável, a depressão moderada/grave OR19,6 (5,3-71,87; IC 95%); o diagnóstico de TEPT no sexto mês foi associado positivamente a duas variáveis, número de agressores >1 OR14,5 (1,3-166,7; IC 95%) e antecedente psiquiátrico OR 5,5 (1,2-25,6; IC 95%). **Conclusões:** as prevalências dos sintomas de TEPT, depressão e desesperança aos seis meses foram, respectivamente, de 21,2%, 19,2% e 9,7%, sendo que ainda há necessidade de abordagem de tratamento em saúde mental para esse grupo específico de mulheres após o acompanhamento ambulatorial de seis meses.

Summary

Introduction: Sexual violence is a problem that affects many women worldwide and its consequences include physical complications, psychological, social and sexual. Studies indicate that psychopathologies are recurring in women who suffer sexual abuse, commonly Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Depression.

Objectives: Evaluate the scores of PTSD, depression and hopelessness of women victims of sexual violence who were in outpatient setting in Women's Health Center (CAISM) in University of Campinas (UNICAMP). **Methods:** A cohort longitudinal

study in which 67 women were evaluated in the first month post-violence and 52 in the sixth month through the Clinician Administered Posttraumatic Stress Disorder (CAPS), the Beck Depression Inventory (BDI), Beck Hopelessness Scale (BHS) and a structured interview to assess the perception of trauma and health. The scores were correlated to socio-demographic variables, violence, perceptions and attitudes of women. **Results:** PTSD present in 64.2% of cases at baseline, and 13.5% between severe and very severe and 29.9% in moderate, and final evaluations present in 21.2% of women. As for depression, 100% of women met criteria in the first month, and 47.7% of them between minimal and mild and 52.3% from moderate and severe. In the sixth month, 63.5% were

minimal and mild depression and 19.2% with moderate and severe. Hopelessness was present in 94% and 71.6% minimum and 22.4% mild and moderate or severe at baseline and 90.3% in the final evaluation, 73% between minimal and mild and 9.7% between moderate and severe. A multiple logistic regression analysis showed that PTSD moderate / severe in the first month was associated with a single variable, depression, moderate / severe OR 19, 6 (5.3 to 71.87, 95% CI), the PTSD diagnosis at six months was positively associated with two variables, number of assailants > 1 OR 14, 5 (1.3 to 166.7; 95%) and previous psychiatric OR 5,5 (1.2 to 25.6, 95% CI). **Conclusions:** the prevalence of PTSD symptoms, depression and hopelessness at six months were respectively 21.2%, 19.2% and 9.7%, and still need to approach mental health treatment for this specific group of the women after six months of outpatient follow-up.

1. Introdução

A violência é um problema mundial que afeta, direta ou indiretamente, todos os seres humanos. Quando se fala de violência depara-se com uma ampla gama de situações nas quais ela pode ser exercida em vários âmbitos da vida social e emocional dos indivíduos e seus impactos podem ser percebidos de diferentes formas ao redor do mundo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou sob ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento e privação (1).

Estimou-se que no ano 2000 morreram 1,6 milhão de pessoas no mundo inteiro como resultado de violência autoinfligida, interpessoal ou coletiva, e a maior parte dessas mortes ocorreu em países com populações de renda baixa e média; cerca de metade das mortes deveu-se a suicídios, um terço delas a homicídios e um quinto em decorrência de guerras (1).

As consequências deste cenário são graves em vários âmbitos, principalmente em relação à economia e às políticas de saúde pública. Dados da última década, obtidos através de estudo patrocinado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento, sobre a magnitude e o impacto econômico em seis países da América Latina, mostraram o custo dos gastos com assistência à saúde, resultantes da violência. Expressos como um percentual do Produto Interno Bruto (PIB) de cada país, os resultados foram de 1,9% do PIB no Brasil, 5,0% na Colômbia, 4,3% em El Salvador, 1,5% no Peru, 1,3% no México e 0,3% na Venezuela (2).

Dentro desse cenário de violência mundial se inserem as questões da violência de gênero, que trata de qualquer comportamento que cause dano físico, psicológico ou sexual – incluindo atos de agressão física, abuso psicológico, relações sexuais forçadas e comportamentos controladores – sendo que a literatura demonstra que as mulheres sofrem mais violência de gênero do que os homens (3,4).

Na história das conquistas femininas no que se refere às questões de violência contra a mulher, a abertura de entendimento se deu lentamente nos cenários social, político, econômico e jurídico; e, atualmente os casos deste tipo ainda apresentam altos índices de ocorrência e, por isso, é um assunto que merece atenção especial de todas as instituições sociais.

No Brasil, por exemplo, data de 1983 a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pelo Ministério da Saúde, a fim de traçar políticas públicas para as mulheres, e de 1985 o surgimento da primeira delegacia

especializada em atendimento à mulher, sendo que o Brasil é o pioneiro neste serviço. Apenas recentemente, em 2006, foi sancionada a Lei Maria da Penha, que tornou possível que agressores de mulheres no âmbito doméstico ou familiar sejam presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada. Atualmente, no Brasil, já não é mais possível aplicar penas alternativas para estes casos (5).

Um estudo nacional de base populacional mediu a ocorrência de violência contra as mulheres em uma amostra representativa de 2.502 mulheres brasileiras (6). Nessa pesquisa, 43% das mulheres declararam ter sofrido algum tipo de violência praticada por homem durante a vida, sendo que 13% declararam ser essa violência de cunho sexual. Os autores da violência, em 79% dos casos, eram pessoas da relação social da mulher, marido, namorado ou outros.

Outro estudo transversal colaborativo da OMS, entre mulheres em São Paulo e Pernambuco, apontou que, pelo menos uma vez na vida, a vivência de violência de cunho psicológico praticada por parceiro íntimo foi de, respectivamente, 41,8% e 48,9%; a violência física foi de 27,2% e 33,7% e a sexual foi de 10,1% e 14,3% (7).

Violência sexual ou abuso sexual são termos usados com recorrência para referir-se ao estupro. Entende-se o estupro como constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. Até agosto de 2009 o Código Penal Brasileiro fazia uma diferenciação entre estupro e atentado violento ao pudor, sendo que a interpretação corrente era que "conjunção carnal" referia-se

somente à introdução do pênis do homem na vagina da mulher, não incluindo outras modalidades sexuais, as quais estavam incluídas no tipo de atentado violento ao pudor. A Lei nº 12.015/09, que alterou a disciplina dos crimes sexuais no direito penal brasileiro, revogou o artigo 214 do Código Penal – que tipificava o crime de atentado violento ao pudor – e ampliou a abrangência do crime de estupro, de modo a incluir o antigo crime de atentado violento ao pudor (8,9,10).

Dados da década de 1990 mostraram que aproximadamente 13% das mulheres com idade superior a 18 anos já haviam tido um episódio de violência sexual em algum momento da vida, sendo que o estupro afetava aproximadamente 1 milhão de mulheres americanas anualmente (11). Outro estudo do mesmo período descreveu que 17,6% das mulheres pesquisadas haviam sido vítimas de violência sexual em algum momento da vida, sendo que 21,6% delas eram menores de 12 anos e 32,4% estavam entre 12 e 17 anos quando aconteceu a violência, resultando que 54% das vítimas eram menores de 18 anos quando sofreram violência sexual pela primeira vez (4).

No entanto, é difícil estabelecer de maneira exata a prevalência da violência sexual, pois muitas mulheres não buscam ajuda ou denunciam o agressor. Estima-se que menos de 20% dos casos de violência sexual chegam ao conhecimento das autoridades (8).

Os motivos pelos quais a maioria das mulheres vítimas de violência sexual não denunciam ou procuram ajuda são variados, e como na maioria das vezes o agressor é o parceiro íntimo a denúncia envolve questões de laços

familiares (12). Um estudo qualitativo indicou que entre os principais motivos para as vítimas não procurarem os serviços de assistência formais estão o medo de não acreditarem em sua história, de não se importarem com ela, de que o contato com estes serviços pudesse intensificar os sentimentos dolorosos e medo de esses serviços não oferecerem proteção (13).

Alguns autores chamaram a atenção para a magnitude global do problema da violência sexual, que poderia ser visto como a “ponta de um iceberg flutuando na água”, acreditando-se que abaixo da superfície exista uma quantidade substancial do problema que não é conhecido (3).

De acordo com dados da Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, o número de estupros contabilizados apenas no estado de São Paulo durante o último trimestre de 2009 foi de 2.338 (14) e no primeiro trimestre de 2010 foi de 2.323 (15).

Uma vez sofrida a agressão sexual, a saúde da mulher passa a ser influenciada por essa vivência, podendo ocorrer complicações que afetam não somente sua integridade física, mas também a sua saúde mental, a vida social, profissional, afetiva e sexual.

A literatura traz importante destaque acerca das consequências para a saúde mental das mulheres vitimizadas, sendo que a violência sexual está entre os eventos mais traumáticos pelo qual a experiência humana pode passar. Um estudo conduzido em seis países europeus (16) a respeito da epidemiologia dos transtornos mentais teve por objetivo analisar quais eventos potencialmente

traumáticos estavam mais associados ao desenvolvimento de distúrbios pós-traumáticos, e encontrou que o estupro e a agressão física por parceiro íntimo apareciam como eventos traumáticos mais associados ao desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (OR= 8,9 e OR= 7,3, respectivamente). Outros estudos também indicaram o TEPT como principal consequência para eventos traumáticos, como a violência sexual (17, 18, 19).

O TEPT foi adotado pela Associação Americana de Psiquiatria entre as classificações de distúrbios psiquiátricos a partir da terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-III), e sua definição nas edições posteriores está embasada no fato de que eventos traumáticos, em contraste com outras situações estressantes, estão ligados etiologicalamente a uma síndrome específica (20).

O TEPT é diagnosticado com base em três grandes grupos de sintomas – a revivência persistente do evento traumático, a fuga constante de estímulos associados com o trauma e os sintomas de excitabilidade aumentada – não presentes antes do trauma (20).

Os primeiros estudos do TEPT foram focados nos veteranos da guerra do Vietnã. Atualmente grande parte dos estudos envolvendo TEPT estão relacionados a desastres naturais e às consequências dos atos de violência. Autores que estudaram o assunto (19,21,22) relataram que a violência interpessoal aumentava o risco de TEPT em comparação a outros eventos potencialmente traumáticos, como, por exemplo, desastres e acidentes.

A correlação entre TEPT e violência sexual possui grande embasamento na literatura. Em um estudo longitudinal com avaliação imediatamente após a violência sexual, o TEPT foi caracterizado em 94% das vítimas nas primeiras duas semanas após a violência e em 47% delas após três meses da violência (23). Outros estudos mostram que prevalências de desenvolvimento de TEPT para vítimas de violência sexual estão entre 17% e 65% (21, 24, 25, 26).

Um estudo comparou o desenvolvimento de sintomas de TEPT entre dois grupos diferentes de mulheres, um que havia sofrido violência sexual e outro que havia vivenciado diferentes tipos de traumas não sexuais, mas que traziam em si a vivência de ameaça à vida. A prevalência de sintomas foi maior no grupo de mulheres que haviam sofrido violência sexual (27).

Outra consequência importante apontada pela literatura para a saúde mental das mulheres vítimas de violência sexual são os sintomas e quadros depressivos. Alguns autores que estudaram o assunto citam que a prevalência de depressão nessas mulheres varia de 13% a 51% (28, 29, 30). Além disso, a literatura também traz achados importantes que correlacionam o grau de severidade de TEPT e de depressão com o risco suicida (31,32). Estudo com sobreviventes de violência sexual mostrou, após análise de regressão múltipla, que pessoas com antecedente de abuso sexual na infância ou na vida adulta apresentavam maior chance de cometer tentativa de suicídio (33).

Portanto, as principais consequências para a saúde mental das mulheres vítimas de violência sexual apontadas pela literatura são o Transtorno de

Estresse Pós-Traumático e a depressão. A literatura mostra ainda que a gravidade dessas patologias tem importante correlação com o risco suicida.

Existem também dados de literatura que relacionaram outros fatores contribuintes para o desenvolvimento do TEPT, ou que pudessem agravá-lo. Em estudo que tentou correlacionar as respostas pessoais e sociais das vítimas de violência às severidades dos sintomas de TEPT, os fatores relacionados à maior severidade do mesmo foram a menor escolaridade, a maior percepção de ameaça à vida durante o ato de violência e as reações negativas de terceiros percebidas pela mulher no momento da divulgação da violência sofrida (34, 35).

Outro estudo apontou que entre mulheres que haviam sofrido a primeira violência sexual antes dos 18 anos e nas com idade de 18 anos ou mais houve, respectivamente, 3,8 vezes e 2,9 vezes, maiores chances de desenvolvimento de TEPT (36). Além disso, os resultados mostraram-se concordantes com os de outro estudo desenvolvido anteriormente, com relação às variáveis baixo grau de instrução escolar e de sentir a vida ameaçada durante a violência como fatores contribuintes para o aparecimento de maior número de sintomas relacionados ao TEPT (34).

Além das consequências para a saúde mental, estudos têm mostrado que mulheres vítimas de violência sexual são afetadas também em sua saúde física, sendo que, na maioria das vezes, o excesso de queixas físicas está associado a maiores escores de TEPT e depressão. Uma série de estudos (25, 37, 38, 39, 40) mostrou que, entre as vítimas de violência, existe maior número

de queixas físicas heterogêneas, autopercepção mais pobre da saúde física, maiores riscos de problemas psicológicos e aumento no uso de serviços médicos, sendo que os sintomas gastrointestinais estão entre as maiores queixas (41). Uma revisão sistemática encontrou que, além dos sintomas gastrointestinais, as dores crônicas não específicas, as dores pélvicas crônicas e a fibromialgia eram muito prevalentes (42).

Diante dos dados de literatura que demonstram que a vivência da violência sexual pode acarretar extensa gama de complicações na vida da mulher, o atendimento formal dispendido pelas instituições deve pautar-se em equipe multidisciplinar, composta minimamente por médicos, psicólogos, enfermeiras e assistentes sociais (43).

O Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), criado em 1986, sistematizou atendimento às mulheres vítimas de violência sexual a partir de 1998 (44).

Atualmente, o CAISM oferece às mulheres vítimas de violência sexual um tratamento imediato na emergência com o objetivo de acolhê-las, prescrever a contracepção de emergência e a profilaxia às Doenças de Transmissão Sexual (DST) virais e bacterianas. Além disso, oferece um tratamento ambulatorial com seis meses de acompanhamento após a vivência da agressão, com atenção multidisciplinar nas áreas de ginecologia, psiquiatria, enfermagem, assistência social e psicologia. O período de seis meses é o tempo necessário para a

detecção de soroconversão das infecções e entendido como necessário para o restabelecimento psíquico e social dessas mulheres.

No entanto, é desconhecida a frequência das psicopatologias apresentadas na população atendida no CAISM e a evolução destas após o acompanhamento de seis meses, o que torna não mensurado para a equipe multidisciplinar o estado de saúde mental com que estas mulheres estão recebendo alta do serviço, principalmente em relação à prevalência de TEPT, apontado largamente pela literatura como consequência mais frequente para a saúde das mulheres vítimas de violência sexual. Além disso, não se sabe quais fatores ou características poderiam estar interferindo no agravamento do estado de saúde das mulheres atendidas em nosso serviço.

Este estudo se propôs a avaliar o estado psicológico das mulheres usuárias do Ambulatório de Atendimento Especial do CAISM-UNICAMP no primeiro mês após o episódio de violência e seis meses após, a fim de identificar o desenvolvimento e permanência ou remissão de possíveis psicopatologias como TEPT, depressão e de sintomas como a desesperança em mulheres vítimas de violência sexual.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Avaliar a presença de Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Depressão e Desesperança em mulheres vítimas de violência sexual que foram acompanhadas no Ambulatório de Atendimento Especial do CAISM.

2.2. Objetivos específicos

- Avaliar os escores de Transtorno de Estresse Pós-Traumático nas mulheres vítimas de violência sexual e comparar os escores do primeiro com os do sexto mês de acompanhamento.
- Avaliar os escores de depressão nas mulheres vítimas de violência sexual e comparar os escores do primeiro com os do sexto mês de acompanhamento.

- Avaliar os escores de desesperança nas mulheres vítimas de violência sexual e comparar os escores do primeiro com os do sexto mês de acompanhamento.
- Estudar a associação entre as variáveis sociodemográficas e os escores de Transtorno de Estresse Pós-Traumático, depressão e desesperança.
- Determinar se e quais características da violência sexual estão associadas com escores de Transtorno de Estresse Pós-Traumático, depressão e desesperança.

3. Publicação

from: "International Journal of Gynecology & Obstetrics"
<ijgo@figo.org>
sender: ees.ijg.0.acf08.c6ae09d1@eesmail.elsevier.com
to: arlete@fcm.unicamp.br
date: 4 Aug 2010 11:35:18 +0100
subject: A manuscript number has been assigned - IJG-D-10-00770
content-type: text/plain; charset=iso-8859-1
content-transfer-encoding: 7bit
Message-ID: <ELSOXFEESP032YdGZKA00000602@eesmail.elsevier.com>
X-OriginalArrivalTime: 04 Aug 2010 10:35:18.0336 (UTC)
FILETIME=[BB8ABC00:01CB33C0]

Dear Dr. Fernandes,

Your submission entitled "Posttraumatic stress disorder, depression and hopelessness in women victims of sexual violence" has been assigned the following manuscript number: IJG-D-10-00770.

You will be able to check on the progress of your paper by logging on to Elsevier Editorial Systems as an author.
The URL is <http://ees.elsevier.com/ijg/>.

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,

Editorial Office
International Journal of Gynecology and Obstetrics

Posttraumatic stress disorder, depression and hopelessness in women victims of sexual violence

Carolina Leme Machado
Renata Cruz Soares de Azevedo
Claudia de Oliveira Facuri
Maria José Navarro Vieira
Arlete Maria dos Santos Fernandes

Gynecological Division, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medical Sciences, University of Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brazil.

Address for correspondence:

Arlete Maria dos Santos Fernandes

Caixa Postal 6181

13084-971, Campinas, SP, Brazil

Telephone: +55-19-3289-2856

Fax: +55-19-3289-2440

E-mail: arlete@fcm.unicamp.br

Key-words: PTSD; CAPS; depression; sexual violence; prevalence.

Word count: 2580.

Synopsis: High prevalence rates of mental disorders six months after suffering sexual aggression suggest the requirement of new support interventions for a specific group of women.

Abstract

Objective: To evaluate posttraumatic stress disorder (PTSD), depression and hopelessness in women one and six months after suffering sexual violence.

Methods: A prospective study using the Clinician-Administered PTSD Scale, Beck Depression Inventory and Beck Hopelessness Scale included 67 women at one month and 52 at six months. Bivariate and multiple logistic regression analysis with stepwise selection criteria were applied. Scores were compared using the paired t-test and Wilcoxon's test. **Results:** Ninety-two percent of women were ≤ 24 years of age, 52% adolescents; 15% had a history of drug abuse and 13.5% of previous sexual violence. The aggressor was unknown in 76% of cases and there were multiple aggressors in 9%. In the first month, 43% had moderate/very severe PTSD, 52.2% moderate/severe depression and 22.4% moderate/severe hopelessness, decreasing to 21%, 20% and 10%, respectively, at six months. In the first month, PTSD severity was associated with moderate/severe depression (OR=19.6%; 95%CI: 5.3-71.8) and at six months with multiple aggressors (OR=14.5; 95%CI: 1.3-166.7) and previous psychiatric disorders (OR=5.5; 95%CI: 1.2-25.6). All scores decreased in the sixth month. **Conclusion:** This high prevalence of severe mental health disorders at six months indicates a need for longer follow-up and new interventions in this specific group of women.

Introduction

Sexual violence is a complex public health issue. Research data from the United States for the years 2001-2003 indicate that one in every 59 adults had experienced unwelcome sexual activity in the twelve months preceding the study and that one in every 15 had suffered sexual violence in their lifetime. The estimated number of women in both situations was 2.7 and 11.7 million, respectively [1].

Posttraumatic stress disorder (PTSD) has been reported as the most common complication following sexual violence, and the reason for its higher prevalence among women is unknown [2,3,4]. The observation that some psychiatric disorders triggered by trauma are more likely to occur in the group of victims with PTSD [5] suggests that diagnosis of PTSD may identify a subgroup of victims considered to be at risk for major depression, anxiety disorder and drug abuse [4]. The high prevalence of depression of around 50% following sexual violence [5,6,7], and the association between the severity of PTSD and depression with a risk of suicide suggests that PTSD may be a strong predictor of ideation and suicidality [8].

The Gynecological Division of the University of Campinas is a referral center for women who are victims of urban sexual violence, covering a catchment area of 20 cities within the state of São Paulo, southeast of Brazil, with a population close to 2.5 million inhabitants. The service is focused on emergency care within the first 72 hours following the event at which time a protocol is implemented that includes prophylaxis for sexually transmitted diseases and emergency contraception. Women are referred for outpatient follow-up period

by six months in which it is carried out psychiatric assessment, psychological, medical and social care.

The objectives of this study were to evaluate PTSD scores, depression and symptoms of hopelessness in the study population in the first and sixth months following the event and to identify the variables associated with more severe cases of PTSD in order to create interventions to prevent future sequelae.

Materials and methods

This study was conducted at the Gynecological Division of the Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medical Sciences, University of Campinas (UNICAMP), Campinas, Brazil. The project was approved by the Institutional Review Board of the university.

Sample size was based on prevalence rates of PTSD in women who had suffered sexual violence [9]. Required sample size was calculated at 52 women. Significance level was defined as 5% and the power of the test was 80% [10]. Women who had received care at the hospital between October 2008 and April 2009 were admitted to the study. Were excluded women with cognitive deficits who were mentally unable to answer the evaluation questions.

Scales were used to evaluate PTSD, depression and hopelessness, in addition to two semi-structured interviews conducted during the first and the sixth month evaluation by the same psychologist. Data on sociodemographic variables [11], the woman's gynecological history, illicit drug use, psychiatric history and use of medication were recorded. The variables that typified the violence were: aggressor was known or not, the number of aggressors, victim's

incapacity and victim's life threat during the violence. Woman's attitudes after the event as disclosure of violence, support receipt, resumption of routine activities, and their perceptions regarding their recovery were noted.

The Beck Depression Inventory (BDI) [12] was used to classify depression. The Beck Hopelessness Scale (BHS) [13] is used as a psychometric indicator of suicide risk and was applied to classify the symptoms into: severe (14-20), moderate (9-13), mild (5-8), minimal (< 4) or absent (0).

The Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale (CAPS) [14] is composed of 30 items that measure the frequency and intensity of PTSD symptoms. More restrictive criteria (frequency of symptoms >1 and intensity \geq 2) were used to score [15]. The total score was used to classify PTSD as: very severe (>80), severe (60-79), moderate (40-59), mild (20-39) or absent (< 20).

Statistical analysis

Bivariate analysis was performed and crude odds ratios were calculated with a 95% confidence interval for the frequency of each variable. Next, multiple logistic regression with stepwise selection criteria was used to determine the multiple odds ratio for the variables of PTSD in the first month (absent/mild or moderate/very severe), PTSD in the sixth month (present/absent) and discontinuation of outpatient follow-up after the first month evaluation (yes/no). All the variables evaluated were taken into consideration in the analysis. The paired t-test was used to compare the BDI and BHS scores obtained at the two evaluation moments, and the Wilcoxon test to compare CAPS scores.

Analysis of the sixth month evaluation was performed according to whether or not the women had PTSD, according to their attitudes [recommencement of sexual life (yes/no), whether they were currently studying (yes/no) or currently working (yes/no)] and their perceptions regarding their recovery [what else had helped with the recovery process; what had been missing; did they consider that they had overcome the event (yes/no), classification of the event (as belonging to the present or the past) and their evaluation of their general health (very good, good, average or bad/very bad)]. Fisher's exact test was used to compare the two populations [10].

Results

Sixty-seven women of 12 to 49 years of age were admitted to the study. Table 1 shows the distribution of variables according to the severity of PTSD at the first month evaluation. The majority of the women were ≤ 24 years of age; slightly more than half were adolescents; and 64% had attended school for at least eight years. The majority of the women did not have or did not live with a partner and 75% had already initiated their sexual life at the time of the event (Table 1). The majority (85%) belonged to the less privileged socioeconomic classes (data not shown).

With respect to their history, 15% reported previous substance abuse (10.4% marijuana, cocaine and/or heroin and 4.5% cigarettes and/or alcohol); 13% reported having used psychiatric drugs and 13.5% reported sexual violence prior to 19 years of age, half of these prior to 14 years of age (data not shown). The aggressor was unknown in 76% of cases; the woman's life had been

threatened in 64%; multiple aggressors was involved in 9% of cases; and five women reported incapacity at the time of the aggression (Table 1).

Of the 67 women evaluated in the first month, 64% were diagnosed with PTSD, which was moderate in 30%, severe in 10% and very severe in 3%. Of the women with moderate to very severe PTSD, 27% had a history of psychiatric disease, 86% had moderate or severe depression and 41% had moderate to severe symptoms of hopelessness (Table 1). Fifteen women (22%) failed to return after the first month, 31% of those with moderate to very severe PTSD (data not shown).

Of the 52 women evaluated in the sixth month, 18 women (34.6%) had diagnosis, alone or in association, of PTSD, moderate/severe depression and symptoms of moderate/severe hopelessness, six of them had prior psychiatric disease: three cases of depression and two of anxiety disorders, while one woman had previously attempted suicide (data not shown). Eleven women (21.2%) had symptoms of PTSD (nine had mild, one moderate and one severe); 19.2% still had moderate to severe depression and 63.5% had minimal or mild depression; 9.6% had symptoms of moderate or severe hopelessness and 73% had minimal or mild hopelessness. Only 1/5 women had no symptoms of depression or hopelessness (Table 2).

Figure 1 shows the difference in scores in the BDI, BHS and CAPS scales between the first (T0) and sixth (T6) months of the study, showing an improvement in the scores of depression, hopelessness and PTSD.

Table 2 shows the comparative analysis between the women with and without PTSD at the sixth month in relation to the women's perceptions and

attitudes. Of the 52 women, 50% were in paid employment and 59.6% were studying. Slightly more than half considered that they had overcome the event and 58% classified the event as belonging to the past. Women with PTSD had more negative perceptions with respect to having overcome the aggression and to the presence of the event in their lives. Overall, 42% of the women perceived their health as being very good/good while 40% perceived it as average; however, of the women with PTSD, 45% evaluated their health as bad/very bad. Moderate and severe depression was more prevalent in the women with PTSD.

There was no difference between the groups of women with and without PTSD in the evaluation of the factors that had helped in their recovery, 48% of the women referred to the support provided by their family or by a specific person; 17% referred to medical care, 11.5% to psychotherapy. With respect to factors that may have been lacking in their recovery, 17% of the women referred to a lack of support from their family or from a specific person; 7.7% referred to a lack of medical follow-up and fewer than 5% referred to a lack of psychotherapy and medication. Most of the women reported that nothing had been lacking in their recovery. Of the 38 women with an active sexual life at the time of the event, 68.5% had recommenced sexual activity by the time of the sixth month evaluation.

Table 3 shows the results of multiple logistic regression with respect to the three independent variables. Moderate/severe PTSD in the first month was associated with moderate/severe depression (OR=19.6; 95%CI: 5.3-71.8), while PTSD in the sixth month was associated with >1 aggressor (OR = 14.5; 95%CI: 1.3-166.7) and a history of psychiatric disease (OR = 5.5; 95%CI: 1.2-25.6).

Discussion

The study population was predominantly young, half of them was still adolescents, and from the less privileged socioeconomic classes. These are characteristics of the general population that is most exposed to urban violence, since they live in the suburbs where public safety is precarious and they use public transport to commute between work/school and their homes. As this hospital is a regional referral center, more affluent women are also attended here; however, after receiving prophylactic treatment, these women tend to opt to continue their medical and psychotherapeutic care at other healthcare services, either private institutions or those managed by medical insurance companies.

The present study found that 21% of the women evaluated still had symptoms and only 3.8% had moderate or severe PTSD six months following the event, suggesting that recovery takes much longer in some cases and that other women may be expected to recover over a longer period of time and with further treatment. It is also possible that some may live with the trauma for years or throughout their entire lives. The highest PTSD scores were associated with moderate and severe depression in the first month, which is expected since the aggression was recent; this was compatible with the findings of previous studies [3,7,9].

The association of PTSD in the sixth month with violence perpetrated by multiple aggressors and a history of psychiatric disease were findings that were also to be expected. The severity of the violence is a factor that has been studied and should be considered a risk factor in the immediate aftermath of the

event [3]. Individual vulnerability to trauma is a characteristic that will require greater institutional support and more time for recovery.

A study conducted in Europe with women from various different ethnic groups in a referral center for women who have suffered sexual violence found a prevalence of mental health disorders such as learning difficulties, a history of attempted suicide and previous psychiatric conditions in up to 67% of the women [16]. A lower rate of previous psychiatric disorder was found in the present study compared to the aforementioned trial, partly because past psychiatric disorder was registered only for women who reported previous treatment with a specific diagnosis. In addition, women with cognitive deficits were excluded.

The prevalence rates of moderate/severe depression and moderate/severe hopelessness of 20% and 10% of women, respectively, in the sixth month were high. A prospective study of up to two years that evaluated depression and PTSD as risk factors for suicide ideation stressed that only 16% of the women who had attempted suicide did not have a history of major depression or PTSD [8]. It has been suggested that women with scores > 9 points on the BHS scale should be evaluated for depression and suicide ideation, particularly psychiatric patients [13].

It is not known why women failed to return to the service. One hypothesis is that young, dependent women become even more dependent following the trauma and find themselves unable to seek treatment because of their own powerlessness or as a result of the negative reactions of others. The negative reactions of various individuals within the woman's circle of relationships, such as her partner, family members and friends, as well as the healthcare services, mental

healthcare services and the legal system, have been shown to often constitute factors that hamper recovery and make mental health conditions worse [17].

The women with PTSD in the sixth month experienced difficulty in overcoming the trauma, as shown by their perception that it remained present, their negative perception of their own health and the higher frequency of severe depression in these group. We believe that the more restricted scoring system used for diagnosis confirmed that this manner of applying the instrument permits identification of those women who need more prolonged mental health treatment.

In the study sample, the majority of women told someone close to them, in addition to this institution, about the violence they had experienced, and few women reported lack of support from the family or from a specific person after the event. These two factors are strongly mentioned in the literature as positive markers in the recovery process of victims of violence [18,19]. On the other hand, these may be the very factors that contributed towards encouraging women to seek institutional support following the event, since it is possible that for the majority of the women who suffer sexual violence in this catchment area and fail to attend the service, this support may not have been present.

It is estimated that less than 20% of the cases of sexual violence are reported to the authorities [20,21]. Although urban sexual violence is more often reported and institutional support sought, the percentage of women who seek emergency services is still small. The possible complications expected in the case of very young victims of sexual abuse emphasize the importance of multidisciplinary care for this type of violence and the fact that victims should be encouraged by the community, the media and institutions to seek treatment.

The principal limitation of this study was the short duration of the follow-up period, in which the women's sentiments were measured using scales, with no qualitative component. There are numerous questions within the complex issue of violence in general and also in sexual violence that require further investigation in qualitative studies.

It is impossible to affirm that the improvement in the scores was due to the multidisciplinary follow-up, although this surely contributed towards the recovery of the majority of the women. Nevertheless, at the end of the 6-month follow-up period, the prevalence of severe mental health conditions was high: PTSD was diagnosed in 21% of the women, and moderate to severe depression in 20%, while scores >9 for symptoms of hopelessness were found in 10%. These results should be used to define follow-up measures that extend beyond six months and to implement new interventions for this specific group of women.

References

1. Basile KC, Chen J, Black MC, Saltzman LE. Prevalence and characteristics of sexual violence victimization among U.S. adults, 2001-2003. *Violence Vict* 2007;22(4):437-48.
2. Cole J, Logan TK, Shannon L. Intimate sexual victimization among women with protective orders: types and associations of physical and mental health problems. *Violence Vict* 2005;20(6):695-715.
3. Kaysen D, Rosen G, Bowman M, Resick PA. Duration of exposure and the dose-response model of PTSD. *J Interpers Violence* 2010;25(1):63-74.

4. Breslau N. The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma Violence Abuse* 2009;10(3):198-210.
5. Breslau N, Davis GC, Peterson EL, Schultz LR. A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biol Psychiatry* 2000;48(9):902-9.
6. Masho SW, Ahmed G. Age at sexual assault and posttraumatic stress disorder among women: prevalence, correlates, and implications for prevention. *J Womens Health (Larchmt)* 2007;16(2):262-71.
7. Lipsky S, Field CA, Caetano R, Larkin GL. Posttraumatic stress disorder symptomatology and comorbid depressive symptoms among abused women referred from emergency department care. *Violence Vict* 2005;20(6):645-59.
8. Cogle JR, Resnick H, Kilpatrick DG. PTSD, depression, and their comorbidity in relation to suicidality: cross-sectional and prospective analyses of a national probability sample of women. *Depress Anxiety* 2009;26(12):1151-7.
9. Rothbaum BO, Foa EB, Riggs DS, Murdock T, Walsh W. A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *J Trauma Stress* 1992;5(3):455-75.
10. Altman DG. *Practical Statistics for Medical Research*. London: Chapman & Hall; 1991: 661.

11. Brazilian Association of Research Institutions. Economic classification criteria. Brazil: 2009. Available from: <http://www.abep.org/novo/CMS/Utils/FileGenerate.ashx?id=46>, Accessed on: June 4, 2010.
12. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4(6):561-71.
13. Cunha JA. Manual for the Portuguese version of Beck Scales. [Manual da versão em português das escalas Beck.] São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
14. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, et al. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress* 1995;8(1):75-90.
15. Weathers FW, Ruscio AM, Keane TM. Psychometric properties of nine scoring rules for the Clinician Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale. *Psychol Assess* 1999;11(2):124-33.
16. Campbell L, Keegan A, Cybulska B, Forster G. Prevalence of mental health problems and deliberate self-harm in complainants of sexual violence. *J Forensic Leg Med* 2007;14(2):75-8.
17. Campbell R, Dworkin E, Cabral G. An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma Violence Abuse* 2009;10(3):225-46.
18. Ullman SE, Filipas HH, Townsend SM, Starzynski LL. Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *J Trauma Stress* 2007;20(5):821-31.

19. Billette V, Guay S, Marchand A. Posttraumatic stress disorder and social support in female victims of sexual assault: the impact of spousal involvement on the efficacy of cognitive-behavioral therapy. *Behav Modif* 2008;32(6):876-96.
20. ACOG educational bulletin. Sexual assault. Number 242, November 1997 (replaces No. 172, September 1992). American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynecol Obst* 1998;60(3): 297-304.
21. Wolitzky-Taylor KB, Resnick HS, McCauley JL, Amstadter AB, Kilpatrick DG, Ruggiero KJ. Is reporting of rape on the rise? A comparison of women with reported versus unreported rape experiences in the National Women's Study-Replication. *J Interpers Violence* 2010 Jun 3. Epub ahead of print.

Table 1: Analysis of the women according to classification of Posttraumatic Stress Disorder* in the first month following the event

Characteristics	Posttraumatic Stress Disorder*	
	Absent/Mild n (%)	Moderate/Very Severe n (%)
Age		
< 14 years	4 (10.5)	2 (6.9)
14 – 19 years	18 (47.4)	11 (37.9)
20 – 24 years	9 (23.7)	8 (27.6)
> 24 years	7 (18.4)	8 (27.6)
Schooling		
< 8 years	17 (44.7)	7 (24.1)
≥ 8 years	21 (55.3)	22 (75.9)
Marital Status		
Living with partner	6 (15.8)	6 (20.7)
Not living with partner	14 (36.8)	9 (31.0)
No partner	18 (47.4)	14 (48.3)
Sexual activity		
Sexual life not yet initiated	11 (28.9)	7 (24.1)
Initiated prior to aggression	27 (71.1)	22 (75.9)
Psychiatric history		
Yes	4 (10.5)	8 (27.6)
No	34 (89.5)	21 (72.4)
Known aggressor		
No	27 (71.1)	24 (82.8)
Number of aggressors		
1	36 (94.8)	24 (82.8)
> 1	1 (2.6)	5 (17.2)
Unknown	1 (2.6)	–
Conscious during the aggression		
Yes	35 (92.1)	27 (93.1)
Life threatened by aggressor		
Yes	23 (60.5)	20 (69.0)
Depression		
Minimal/mild	28 (73.7)	4 (13.8)
Moderate/severe	10 (26.3)	25 (86.2)
Hopelessness		
Absent	4 (10.5)	–
Minimal/mild	31 (81.6)	17 (58.6)
Moderate/severe	3 (7.9)	12 (41.4)
TOTAL	38 (100.0)	29 (100.0)

*Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale (CAPS), diagnostic criteria: frequency > 1 and intensity ≥ 2; classification: very severe (>80), severe (60-79), moderate (40-59), mild (20-39) and absent (<20).

Table 2: Perceptions and attitudes of the women with respect to the event according to the presence of Posttraumatic Stress Disorder in the sixth month

<i>Perceptions and attitudes</i>	Posttraumatic Stress Disorder *		<i>P-value#</i>
	Absent (n=41) n (%)	Present (n=11) n (%)	
Considers the event overcome			<0.0001
Yes	28 (68.3)	1 (9.1)	
No	13 (31.7)	10 (90.9)	
How would she classify the event			0.04
Belongs to the past	27 (65.9)	3 (27.3)	
Belongs to the present	11 (26.8)	6 (54.5)	
Will be present for a long time	3 (7.3)	2 (18.2)	
Helped in recovery			NS
Support of family/a specific person	18 (43.9)	7 (63.6)	
Medical follow-up	6 (14.6)	3 (27.3)	
Psychotherapy	6 (14.6)	0 (0.0)	
Religion	4 (9.8)	1 (9.1)	
Others	7 (17.1)	0 (0.0)	
What was missing for recovery			NS
Support of family/a specific person	8 (19.5)	1 (9.1)	
Medical follow-up	3 (7.3)	1 (9.1)	
Psychotherapy	0 (0.0)	2 (18.2)	
Medication	1 (2.4)	0 (0.0)	
Nothing was missing	29 (70.7)	7 (63.6)	
Sexual activity			NS
Not recommended	21 (51.2)	5 (45.4)	
Recommended	11 (26.8)	1 (9.1)	
Never had a sexual life	9 (21.9)	5 (45.4)	
Currently employed			NS
Yes	22 (53.7)	4 (36.4)	
Currently studying			NS
Yes	23 (56.1)	8 (72.7)	
Current health			0.02
Very good	10 (24.4)	0 (0.0)	
Good	8 (19.5)	4 (36.4)	
Average	19 (46.3)	2 (18.2)	
Bad/very bad	4 (9.8)	5 (45.4)	
Depression			0.02
Absent	9 (22.0)	–	
Minimal/mild	27 (65.9)	6 (54.5)	
Moderate/severe	5 (12.2)	5 (45.5)	
Hopelessness			NS
Absent	9 (22.0)	–	
Minimal/mild	29 (70.7)	9 (81.8)	
Moderate/severe	3 (7.3)	2 (18.2)	

*Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale (CAPS), Criteria: frequency >1/intensity \geq 2.

Fisher's exact test. Significance level: $p < 0.05$.

Table 3: Variables associated with the presence of Posttraumatic Stress Disorder following multiple logistic regression.

Associated Variables	OR (95%CI)	P-value*
<i>Evaluation in the first month #</i>		
Moderate to very severe PTSD		
Moderate/severe depression	19.6 (5.3-71.8)	<0.01
Lost to follow-up		
No associated variable		
<i>Evaluation in the sixth month ##</i>		
Diagnosis of PTSD		
Number of aggressors >1	14.5 (1.3-166.7)	<0.01
History of psychiatric disorder	5.5 (1.2-25.6)	<0.01

Sixty-seven women evaluated. ## Fifty-two women who completed the six months of follow-up were evaluated. * Multiple logistic regression with stepwise selection criteria. Variables studied: age, schooling, family income, marital status, initiation of sexual life, pregnancies, living children, previous sexual violence, age at previous violence, use of drugs, psychiatric problems, use of psychiatric medication, known aggressor, number of aggressors, conscious during aggression, threat of death by aggressor, reported aggression, social support, recommencement of sexual life, employment/study status, self-evaluation of general health, Depression Score and Hopelessness Score.

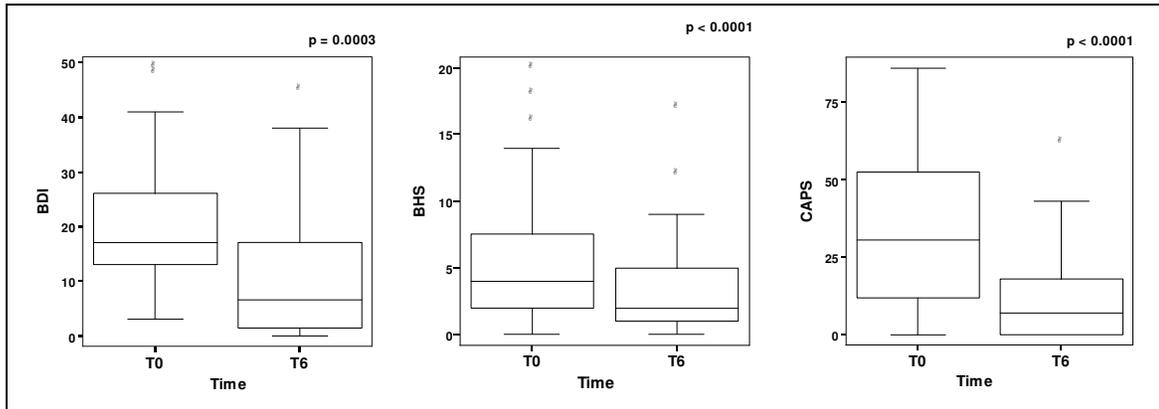


Figure 1: Bloxplot comparison of the BDI*, BHS* and CAPS# scales (T0: first month, T6: sixth month). Fifty-two women evaluated. Each box is within the 25th and 75th percentiles; the solid line in the middle of each box indicates the median, and the whiskers represent the minimum/maximum value measured. * Paired t-test. #Wilcoxon signed rank test.

4. Discussão

Este estudo examinou a ocorrência de TEPT, depressão e desesperança em mulheres vítimas de violência sexual em dois momentos distintos e os resultados mostraram que, na avaliação inicial (n=67), a ocorrência de TEPT foi de 64,2%, resultado que corrobora a literatura internacional sobre o tema (2).

Todas as mulheres entrevistadas no primeiro mês após a VS marcaram sintomas para depressão na escala do BDI. Para 47,7% delas o escore de depressão ficou entre mínimo e leve, para 52,3% entre moderado e grave. Quanto à desesperança, 71,6% delas estavam entre desesperança mínima e leve e 22,4% entre moderada e grave. Os dados encontrados também estavam em consonância com a literatura (21, 24, 25, 26).

Estes dados mostraram que a incidência de problemas na saúde mental de mulheres vítimas de violência em nossa população é alta e que, portanto, é um problema que merece atenção. Esses números decresceram ao longo do tempo, sendo que, aos seis meses após a violência, os índices encontrados foram de 21,2% de mulheres com sintomas importantes de TEPT. Os sintomas

de depressão passaram a estar ausentes em 17,3% da amostra e 63,5% estavam entre depressão mínima e depressão leve, enquanto que 19,2% estavam entre moderada e grave. A literatura mostra que realmente esses indicadores de saúde mental tendem a diminuir com o passar do tempo. No estudo prospectivo de Rothbaum (23), os índices de TEPT diminuíram de 94% nos primeiros 15 dias após a violência para 47% após três meses.

Quanto à desesperança, 73% das mulheres estavam entre mínima e leve ao sexto mês, sendo que o restante se dividiu entre 17,3%, que marcaram ausência de sintomas de desesperança, e 9,7%, que estavam entre moderado e grave. A escala de desesperança pode ser um bom medidor para indícios de ideação suicida. Alguns estudos mostraram que os escores acima de 9 merecem uma investigação mais apurada sobre o risco suicida (45) e outros estudos mostram que existe risco suicida para as mulheres vítimas de VS (33). Este estudo mostrou que, após seis meses da ocorrência da VS, 9,7% das mulheres possuíam escore acima de 9 na escala BHS.

Esses dados levam a pensar em dois importantes resultados. O primeiro deles refere-se ao fato de que muitas mulheres vítimas de VS têm uma boa recuperação se considerarmos que ao final de seis meses 78,8% da amostra não possui sintomas de TEPT. Este estudo não tem dados suficientes para apontar se essa recuperação ao longo dos seis meses deve-se principalmente ao fato destas mulheres terem recebido acompanhamento ambulatorial ou não.

No entanto, o segundo resultado que mais chama a atenção é que existe uma importante ocorrência de índices de problemas em relação à saúde mental ao sexto mês. Esse fato faz pensar acerca da forma como essas mulheres deixaram o serviço após seis meses de acompanhamento e qual a melhor maneira de se lidar com essa questão, do ponto de vista do seguimento em saúde.

O estudo mostrou que as variáveis “número de agressores” e “antecedentes psiquiátricos nas mulheres” foram associadas aos índices de permanência de sintomas de TEPT aos seis meses, e que, portanto, essas mulheres com antecedentes psiquiátricos e com características de agressão violenta deverão ter apoio de saúde mental diferenciado, e é possível pensar acerca de medidas mais regulares de acompanhamento com avaliação de tratamento psiquiátrico individualizado.

No entanto, outras variáveis estudadas não tiveram a associação observada por outros estudos. Ao contrário de estudos presentes na literatura que demonstraram que variáveis como idade, grau de instrução escolar (34, 35, 36) e percepção de ameaça à vida no momento da ocorrência da violência influenciaram a gravidade dos sintomas de TEPT, este estudo não apontou nenhuma correlação significativa.

Além disso, uma amostra de 15 mulheres que abandonaram o tratamento antes de completar os seis meses e que não foram localizadas posteriormente possuía índices importantes de sintomas na primeira entrevista, sendo 73,4% com sintomas de TEPT, 86,7% com sintomas de desesperança e 66,7% com

sintomas de depressão e que, portanto, sua pobre condição de saúde mental não facilitou a aderência ao tratamento oferecido pela instituição, pois o abandono ocorreu mesmo que a maioria delas estivesse com dificuldades. Ao contrário, é possível que a condição de saúde tenha comprometido a disponibilidade de recursos próprios para buscar ajuda. Esses fatores são intrigantes, pois trazem questionamentos sobre as características dessa população específica e sobre a melhor forma de atendê-las em saúde. Sabe-se, a partir deste estudo, que a população que chega à instituição é predominantemente jovem (92% têm idade menor ou igual a 24 anos). A literatura internacional mostra que as mulheres vítimas de VS procuram mais os serviços de saúde sem queixas específicas e também que essas mulheres têm chances de desenvolver problemas de saúde a longo prazo ou, ainda, envolver-se em abuso de substâncias psicoativas (24, 36, 37, 38, 39, 40).

Os índices de queixas em relação à saúde mental no momento da alta ambulatorial alertam no sentido de que, possivelmente, esses sintomas piorem com o tempo ou se mantenham estagnados podendo gerar outras queixas somáticas quaisquer, comprometendo a qualidade de vida e impedindo a superação emocional do trauma vivido, além de levar essa mulher a voltar ao sistema de saúde por outras queixas.

Sabe-se que o Ambulatório de Violência Sexual da Unicamp atendeu 206 mulheres no ano de 2009 e é serviço de referência para a Região Metropolitana de Campinas, que conta com cerca de 3 milhões de habitantes. Certamente a amostra deste estudo é apenas um pequeno número perto da real situação da VS em nossa região. O fato de que poucas mulheres chegam ao atendimento

de emergência chama atenção para as outras inúmeras mulheres vítimas de violência e que terão sua vida física e emocional comprometida e, no entanto, não buscam nenhuma ajuda e não recebem apoio para recuperação.

Dessa forma, este trabalho mostrou que as ações em saúde em relação a mulheres vitimizadas são um desafio, e que é necessário inovar na busca de diminuir ainda mais os índices de depressão e TEPT para aquelas que procuram o serviço de saúde formal, e, mais ainda, que alguns dispositivos de ação em saúde deverão alcançar as mulheres que não procuram ajuda, mas que possivelmente estão em sofrimento mental.

Faz-se necessária a estruturação de serviços de atendimento multiprofissional na rede de saúde pública para as mulheres vítimas de VS para além dos seis meses já oferecidos pela instituição, com o objetivo de que essas mulheres possam ser encaminhadas para prosseguir seu tratamento, a fim de estruturarem-se tão bem quanto for possível para a retomada da vida.

O que merece destaque é que, mesmo com sintomas importantes, as mulheres vitimizadas retomam bem sua rotina social de estudo ou trabalho (72,7% estavam estudando e 36,4% estavam com trabalho remunerado). Pode-se supor aqui um movimento na tentativa de levar a vida em frente como forma de ajudar na superação do trauma. Não sabemos avaliar em que medida essa atitude pode ser benéfica ou pode apenas mascarar temporariamente problemas que aparecerão futuramente.

A literatura disponível também não traz respostas para essas questões. Não se sabe ao certo quais dispositivos de atenção em saúde podem de fato ajudar a minimizar estes problemas, tanto da parte das mulheres que buscam ajuda como daquelas que não buscam.

Esse é um campo em aberto para a investigação científica. Faz-se necessário que estudos possibilitem a criação de novas estratégias de atenção para a prevenção da violência sexual e também de intervenções em saúde voltada para a população que é vitimizada.

5. Conclusões

- O TEPT no primeiro mês esteve presente em 64% das mulheres, sendo que 21% apresentaram transtorno leve, 30% moderado 10% severo e 3% muito severo. No sexto mês, 21,2% das mulheres apresentaram sintomas para diagnóstico de TEPT, das quais 17,2% quadro leve.
- A depressão mostrou-se presente em 100% das mulheres avaliadas no primeiro mês, sendo que 47,7% na classificação mínima e leve e 52,3% na moderada e grave. No sexto, 63,5% estavam entre depressão mínima e leve, enquanto que 19,2% estavam entre moderada e grave.
- A desesperança esteve presente em 94% das mulheres avaliadas no primeiro mês, sendo que 71,6% delas estavam entre mínima e leve e 22,4% entre moderada e grave. No sexto mês o total foi de 82,7%, sendo que 73% das mulheres estavam entre mínima e leve e 9,7% que estavam entre moderado e grave.

- A análise bivariada com cálculo de *odds ratio* por critério de *stepwise* mostrou associação de TEPT moderado a muito severo, no primeiro mês com variáveis depressão moderada/grave, desesperança moderada/grave e opinião da mulher sobre sua saúde geral avaliada em ruim/péssima. Ao sexto mês, a variável antecedente psiquiátrico esteve associada à gravidade de sintomas de TEPT. Após a realização de regressão logística múltipla, manteve-se associação de TEPT moderado/grave no primeiro mês apenas à depressão moderada/grave e no sexto mês à variável antecedente psiquiátrico
- Em relação às variáveis das características da violência sexual, número de agressores mostrou-se significativa pela análise bivariada com cálculo de *odds ratio* no sexto mês e manteve-se associada após a regressão logística múltipla.

6. Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Violence: a public health priority. Geneva: WHO Global Consultation on Violence and Health;1996. 36p.
2. Buvinic M, Morrison A. Violence as an obstacle to development. Washington DC: Interamerican Development Bank; 1999. p. 1-8.
3. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. 380p.
4. Tjaden P, Thoennes N. Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: Findings from the National Violence Against Women Survey. National Institute of Justice, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice and the Centers for Disease Control and Prevention. Washington, DC: November, 2000.
5. Código Penal Brasileiro. Artigo 7º, I a V da Lei 11.340/06.
6. Venturi G, Recamán M, Oliveira S. A mulher brasileira nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.

7. Schraiber LB, D'Oliveira AF, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB et al. Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against women. Rev Saude Publica. 2007; Oct 41(5):797-807.
8. ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG educational bulletin: sexual assault. Int J Gynaecol Obst. 1998, 60: 297-304.
9. Pinto ALT, Windt MCVS, Siqueira LEA. Código Penal. 7ªed. São Paulo: Saraiva; 2001. 129-30.
10. Código Penal Brasileiro. Art 214 (revogado) Capítulo Dos Crimes contra a Liberdade Sexual, Título Dos Crimes Contra os Costumes, Lei n. 12.015/09.
11. Kilpatrick DG, Edmunds CN, Seymour AK. Rape in America: A report to the nation. VA: National Victim Center. Charleston, SC: Medical University of South Carolina; 1992.
12. Jones JS, Alexander C, Wynn BN, Rossman L, Dunnuck C. Why women don't report sexual assault to the police: the influence of psychosocial variables and traumatic injury. J Emerg Med. 2009 May;36(4):417-24.
13. Patterson D, Greeson M, Campbell R. Understanding rape survivor's decisions not to seek help from formal social systems. Health Soc Work. 2009 May; 34 (2): 127-36.
14. Dados do site da Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo. Endereço eletrônico: <http://www.ssp.sp.gov.br/estatistica/plantrim/2009-04.htm>, acessado em 10/06/2010.
15. Dados do site da Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo. Endereço eletrônico: <http://www.ssp.sp.gov.br/estatistica/plantrim/2010-01.htm>, acessado em 10/06/2010.

16. Darves-Bornoz JM, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Haro JM, Kovess-Masfety V et al. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *J Trauma Stress*. 2008 Oct; 21(5):455-62.
17. Breslau N. Trauma and mental health in US inner-city populations. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009 Nov-Dec; 31 (6): 501-2.
18. Gillespie CF, Bradley B, Mercer K, Smith AK, Connely K, Gapen M et al. Trauma exposure and stress-related disorders in inner city primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009 Nov-Dec; 31 (6): 505-14.
19. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno RE, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *J Consul Clin Psychol*. 2003 Aug; 71, 692-700.
20. DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1995.
21. Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consul Clin Psychol*. 1993, 61: 984–91.
22. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Dec; 52(12):1048–60.
23. Rothbaum BO, Foa EB, Riggs D, Murdock T, Walsh W. A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *J Trauma Stress*. 1992; 5: 455–75.

24. Clum GA, Calhoun KS, Kimerling R. Associations among Symptoms of Depression and Posttraumatic Stress Disorder and Self-Reported Health in Sexually Assaulted Women. *J Nerv and Ment Dis.* 2000 Oct ;188 (10): 671-8.
25. Kilpatrick DG, Saunders BE, Amick-McMullan A, Best CL, Veronen LJ, Resnick HS. Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy.* 1989; 20: 199-214.
26. Lipsky S, Field CA, Caetano R e Larkin GL. The role of alcohol use and depression in intimate partner violence among Black and Hispanic patients in an urban emergency department. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2005; 31: 225-42.
27. Faravelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychopathology after rape. *Am J Psychiatry.* 2004; 161: 1483-4.
28. Acierno R, Brady K, Gray M, Kilpatrick DG, Resnick H, Best CL. Psychopathology following interpersonal violence: a comparison of risk factors in older and younger adults. *J Clin Geropsychology.* 2002; 8: 13-23.
29. Dickinson LM, deGruy FV, Dickinson WP, Candib LM. Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse in primary care. *Arch Fam Med.* 1999; 8 (1): 35-43.
30. Golding JM. Sexual assault history and limitations in physical functioning in two general population samples. *Res Nurs Health.* 1996 Feb; 19 (1): 33-44.
31. Petrak J, Doyle A, Williams L, Buchan L, Forster G. The psychological impact of sexual assault: a study of female attenders of sexual health psychology service. *J Sex Marital Ther.* 1997; 12: 339-45.

32. Oquendo M, Brent DA, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B et al. Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. 2005 Mar;162(3):560-6.
33. Ullman SE, Brecklin LR. Sexual assault history and suicidal behavior in a national sample of women. *Suicide Life-Threat Behav*. 2002; 32: 117-30.
34. Ullman SE, Filipas HH. Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *J Trauma Stress*. 2001 Apr; 14 (2): 369-89.
35. Ullman SE, Filipas HH, Townsend SM, Starzynski LL. Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *J Trauma Stress*. 2007 Oct; 20(5):821-31.
36. Masho SW, Gasmelseed A. Age at sexual assault and posttraumatic stress disorder among women: prevalence, correlates and implications for prevention. *J Womens Health (Larchmt)*. 2007 Mar; 16 (2): 262-71.
37. Springs FE, Friedrich WN. Health risk behavior and medical sequelae of childhood sexual abuse. *Mayo Clin Proc*. 1992 Jun; 67 (6): 527-32.
38. Kimerling R, Calhoun K. Somatic symptoms, social support and treatment seeking among sexual assault victims. *J Consul Clin Psychol*. 1994 Apr; 62 (2): 333-40.
39. Leserman J, Drossman DA, Li Z, Toomey TC, Nachman G, Glogau L. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: How types of abuse impact health status. *Psychosom Med*. 1996 Jan-Feb; 58 (1):4-15.
40. Zoellner LA, Goodwin ML, Foa EB. PTSD severity and health perceptions in female victims of sexual assault. *J Trauma Stress*. 2000 Oct; 13 (4): 635-49.

41. Remes-Troche J, Cid-Juarez S, Campos-Ramos I, Ramos-de-la-Medina A, Galmiche A, Schmulson-Wasserman M et al. Rev Gastroenterol Mex. 2008 Oct-Dec; 73 (4): 209-16.
42. Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2009 Aug 5; 302 (5): 550-61.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. Normas sobre a prevenção e tratamento dos agravos resultantes das violências sexuais contra mulheres e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
44. Bedone AJ, Faundes A. Comprehensive healthcare for female victims of sexual violence: the experience of the Women's Comprehensive Healthcare Center State University in Campinas, Brazil. Cad. Saúde Publica. 2007 Fev; 23 (2): 465-69.
45. Cunha JA. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo. 2001.

7. Anexos

7.1. Anexo 1 – Tabelas

Tabela 1. Análise das mulheres segundo classificação do Transtorno de Estresse Pós-Traumático pela avaliação do CAPS no primeiro mês (T0)

Características	Classificação do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)			
	Ausente/leve (n=38) n (%)	Moderado/ muito severo (n=29) n (%)	Análise bivariada OR (IC95%)	Regressão Múltipla* OR (IC95%)
Idade				NS
< 14 anos	4 (10,5)	2 (6,9)	-	
14 – 19 anos	18 (47,4)	11 (37,9)	NS	
20 – 24 anos	9 (23,7)	8 (27,6)	NS	
> 24 anos	7 (18,4)	8 (27,6)	NS	
Escolaridade				NS
< 8 anos	17 (44,7)	7 (24,1)	-	
≥ 8 anos	21 (55,3)	22 (75,9)	NS	
Renda familiar				NS
< 1 SM	2 (5,3)	2 (6,9)	-	
1-5 SM	29 (76,3)	24 (82,8)	NS	
> 5 SM	7 (18,4)	3 (10,3)	NS	
Estado Marital				NS
Companheiro com convívio	6 (15,8)	6 (20,7)	-	
Companheiro sem convívio	14 (36,8)	9 (31,0)	NS	
Sem companheiro	18 (47,4)	14 (48,3)	NS	
Atividade sexual				NS
Não iniciada	11 (28,9)	7 (24,1)	-	
Iniciada antes da agressão	27 (71,1)	22 (75,9)	NS	
Gestações anteriores				NS
Não	34 (89,5)	22 (75,9)	-	
Sim	4 (10,6)	7 (24,1)	NS	
Filhos vivos				NS
Sem filhos	35 (92,1)	22 (75,9)	-	
≥ 1	3 (7,9)	7 (24,1)	NS	
Antecedente de violência anterior				NS
Não	33 (86,8)	25 (86,2)	-	
Sim	5 (13,2)	4 (13,8)	NS	
Idade na violência anterior				NS
< 14 anos	2 (5,3)	2 (6,9)	-	
14-19 anos	2 (5,3)	2 (6,9)	NS	
≥20 anos	1 (2,6)	-		
Sem violência anterior	33 (86,8)	25 (86,2)		
Antecedente de uso de drogas				NS
Não	32 (84,2)	25 (86,2)	-	
Sim	6 (15,8)	4 (13,8)	NS	
Antecedentes psiquiátricos				NS
Sim	4 (10,5)	8 (27,6)	NS	
Não	34 (89,5)	21 (72,4)	-	

Uso de medicamento psiquiátrico					NS
Não	34 (89,5)	24 (82,8)	-		
Sim	4 (10,5)	5 (17,2)	NS		
<i>Tipificação da Violência</i>					
Agressor conhecido					NS
Sim	11 (28,9)	5 (17,2)	-		
Não	27 (71,1)	24 (82,8)	NS		
Número de agressores					NS
1	36	24 (82,8)	-		
> 1	1	5 (17,2)	NS		
Não sabe	1	-			
Consciência da violência					NS
Sim	35 (92,1)	27 (93,1)	-		
Não	3 (7,9)	2 (6,9)	NS		
Vida ameaçada pelo agressor					NS
Sim	23 (60,5)	20 (69,0)	-		
Não	15 (39,5)	9 (31,0)	NS		
<i>Atitudes da mulher</i>					
Contou para alguém					NS
Sim	35 (92,1)	26 (89,7)	-		
Não	3 (7,9)	3 (10,3)	NS		
Sentiu-se apoiada					NS
Sim	33 (86,8)	27 (93,1)	-		
Não	5 (13,2)	2 (6,9)	NS		
Religião					NS
Sim	30 (78,9)	25 (86,2)	-		
Não	8 (21,1)	4 (13,8)	NS		
Prática da religião					NS
Sim	14 (36,8)	15 (51,7)	-		
Não	16 (42,1)	10 (34,5)	NS		
Sem religião	8 (21,0)	4 (13,8)	NS		
Vida sexual após a agressão					NS
Sim	12 (31,6)	2 (6,9)	0,16 (0,1-0,7)		
Não	26 (68,4)	27 (93,1)	-		
Estudo atual					NS
Sim	24 (63,2)	14 (48,3)	NS		
Não	14 (36,8)	15 (51,7)	-		
Trabalho atual					NS
Sim	18 (47,4)	16 (55,2)	NS		
Não	20 (52,6)	13 (44,8)	-		
Opinião da mulher sobre sua saúde					NS
Muito boa	10 (26,3)	-	NS		
Boa	12 (31,6)	4 (13,8)	-		
Regular	11 (28,9)	14 (48,3)	NS		
Ruim/péssima	5 (13,2)	11 (37,9)	25,0(1,1-562,8)		
Depressão					
Mínima/leve	28 (73,7)	4 (13,8)	-		
Moderada/grave	10 (26,3)	25 (86,2)	17,5 (4,8-62,8)	19,6 (5,3-71,4)	
Deseperança					NS
Ausente	4 (10,5)	-	-		
Mínima/leve	31 (81,6)	17 (58,6)	NS		
Moderada/Grave	3 (7,9)	12 (41,4)	32,1 (1,4-752,3)		

CAPS: *Clinician Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale*. OR: *Odds Ratio*. IC: Intervalo de Confiança. NS: Não significativo. *Regressão Logística Múltipla com critério de seleção *stepwise*. Avaliadas 67 mulheres.

Tabela 2. Análise das mulheres segundo presença de Transtorno de Estresse Pós-Traumático pela avaliação do CAPS no sexto mês (T6)

Características	Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)			
	Ausente (n=41) n (%)	Presente (n=11) n (%)	Análise bivariada OR (IC95%)	Regressão Múltipla* OR (IC95%)
Idade				NS
< 14 anos	4 (9,8)	1 (9,1)	NS	
14 – 19 anos	17 (41,5)	6 (54,5)	NS	
20 – 24 anos	13 (31,7)	1 (9,1)	NS	
> 24 anos	7 (17,1)	3 (27,3)	-	
Escolaridade				NS
< 8 anos	13 (31,7)	3 (27,3)	NS	
≥ 8 anos	28 (68,3)	8 (72,7)	-	
Renda familiar				NS
< 1 SM	2 (4,9)	0 (0,0)	NS	
1-5 SM	31 (75,6)	10 (90,9)	NS	
> 5 SM	8 (19,5)	1 (9,1)	-	
Estado Marital				NS
Companheiro com convívio	7 (17,1)	0 (0,0)	-	
Companheiro sem convívio	15 (36,6)	6 (54,5)	NS	
Sem companheiro	19 (46,3)	5 (45,5)	NS	
Atividade sexual				NS
Não iniciada	9 (22,0)	5 (45,5)	-	
Iniciada antes da agressão	32 (78,0)	6 (54,5)	NS	
Gestações anteriores				NS
Não	34 (82,9)	9 (81,8)	NS	
Sim	7 (17,1)	2 (18,2)	-	
Filhos vivos				NS
Sem filhos	35 (85,4)	9 (81,8)	NS	
> 1	6 (14,6)	2 (18,2)	-	
Antecedente de violência				NS
Não	37 (90,2)	8 (72,7)	-	
Sim	4 (9,8)	3 (27,3)	NS	
Idade na violência anterior				NS
< 14 anos	2 (4,9)	1 (9,1)	NS	
14-19 anos	2 (4,9)	1 (9,1)	NS	
≥20 anos	0 (0,0)	1 (9,1)	-	
Sem violência anterior	37 (90,2)	8 (72,7)		
Antecedente de uso de drogas				NS
Não	35 (85,4)	11 (100,0)	-	
Sim	6 (14,6)	0 (0,0)	NS	
Antecedentes psiquiátricos				
Não	36 (87,8)	6 (54,5)	-	-
Sim	5 (12,2)	5 (45,5)	6,0 (1,3-27,2)	5,5 (1,2-25,6)
Uso de medicamento psiquiátrico				NS
Não	36 (87,8)	9 (81,8)	-	
Sim	5 (12,2)	2 (18,2)	NS	
<i>Tipificação da Violência</i>				
Agressor conhecido				NS
Não	33 (80,5)	7 (63,6)	-	
Sim	8 (19,5)	4 (36,4)	NS	
Número de agressores				
1	40 (97,6)	8 (72,7)	-	
> 1	0 (0,0)	3 (27,3)	33,3 (1,5-707,1)	14,5 (1,3-166,7)
Não sabe	1 (2,4)	0 (0,0)		

Consciência da violência					NS
Sim	38 (92,7)	11 (100,0)	-		
Não	3 (7,3)	0 (0,0)	NS		
Vida ameaçada pelo agressor	27 (65,9)	8 (72,7)			NS
Sim	14 (34,1)	3 (27,3)	NS		
Não			-		
<i>Atitudes da mulher</i>					
Contou para alguém					NS
Sim	38 (92,7)	10 (90,9)	-		
Não	3 (7,3)	1 (9,1)	NS		
Sentiu-se apoiada					
Sim	35 (85,4)	10 (90,9)	-		NS
Não	6 (14,6)	1 (9,1)	NS		
Religião					NS
Sim	33 (80,5)	10 (90,9)	-		
Não	8 (19,5)	1 (9,1)	NS		
Prática da religião					NS
Sim	15 (36,6)	6 (54,5)	-		
Não	18 (43,9)	4 (36,4)	NS		
Sem religião	8 (19,5)	1 (9,1)			
Vida sexual após a agressão					NS
Sim	11 (26,8)	1 (9,1)	-		
Não	30 (73,2)	10 (90,9)	NS		
Estudo atual					NS
Sim	23 (56,1)	8 (72,7)	-		
Não	18 (43,9)	3 (27,3)	NS		
Trabalho atual					NS
Sim	22 (53,7)	4 (36,4)	-		
Não	19 (46,3)	7 (63, 6)	NS		
Opinião da mulher sobre sua saúde					NS
Muito boa	10 (24,4)	0 (0,0)	NS		
Boa	8 (19,5)	4 (36,4)	-		
Regular	19 (46,3)	2 (18,2)	NS		
Ruim/péssima	4 (9,8)	5 (45,4)	NS		
Depressão (T6)					NS
Ausente	9 (22,0)	-	-		
Mínima/leve	27 (65,9)	6 (54,5)	NS		
Moderada/grave	5 (12,2)	5 (45,5)	NS		
Desesperança (T6)					NS
Ausente	9 (22,0)	-	-		
Mínima/leve	29 (70,7)	9 (81,8)	NS		
Moderada/Grave	3 (7,3)	2 (18,2)	NS		

CAPS: Clinician Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale. OR: Odds Ratio. IC: Intervalo de Confiança. NS: Não significativo. *Regressão Logística Múltipla com critério de seleção *stepwise*. Avaliadas 52 mulheres que completaram seguimento de seis meses.

Tabela 3. Análise do abandono das mulheres após a primeira avaliação (T0)

<i>Características das mulheres</i>	Abandono n (%)	Seguimento n (%)	Total n (%)
Idade			
< 14 anos	1 (6,7)	5 (9,6)	6 (8,9)
20 – 19 anos	6 (40,0)	23 (44,2)	29 (43,3)
20 – 24 anos	3 (20,0)	14 (26,9)	17 (25,4)
> 24 anos	5 (33,3)	10 (19,2)	15 (22,4)
Escolaridade			
< 8 anos	8 (53,3)	16 (30,7)	24 (35,8)
≥ 8 anos	7 (46,7)	36 (69,2)	43 (64,2)
Renda familiar			
< 1 SM	2 (13,3)	2 (6,9)	4 (6,0)
1-5 SM	12 (80,0)	41 (78,4)	53 (79,1)
> 5 SM	1 (6,7)	9 (1,7)	10 (14,9)
Estado Marital			
Companheiro com convívio	5 (33,3)	7 (13,5)	12 (17,9)
Companheiro sem convívio	2 (13,3)	21 (40,4)	23 (34,3)
Sem companheiro	8 (53,3)	24 (46,1)	32 (47,8)
Atividade sexual			
Não iniciada	4 (26,7)	14 (27,0)	18 (26,9)
Iniciada antes da agressão	11 (73,3)	38 (73,0)	49 (79,1)
Gestações anteriores			
Não	13 (86,7)	43 (82,7)	56 (83,6)
Sim	2 (13,3)	9 (17,3)	11 (16,4)
Filhos vivos			
Sem filhos	13 (86,7)	44 (84,6)	57 (85,0)
> 1	2 (13,3)	8 (15,4)	10 (15,0)
Antecedente de violência			
Sim	2 (13,3)	7 (13,5)	9 (13,4)
Não	13 (86,7)	45 (86,5)	58 (86,6)
Idade na violência anterior			
< 14 anos	1 (6,7)	3 (5,8)	4 (6,0)
14-19 anos	1 (6,7)	3 (5,8)	4 (6,0)
≥20 anos	0 (0,0)	1 (1,9)	1 (1,5)
Sem violência anterior	13 (86,6)	45 (86,5)	58 (86,5)
Antecedente de uso de drogas			
Sim	4 (26,7)	6 (11,5)	10 (14,9)
Não	11 (73,3)	46 (88,5)	57 (85,1)
Antecedentes psiquiátricos			
Sim	2 (13,3)	10 (19,2)	12 (17,9)
Não	13 (86,7)	42 (80,8)	55 (82,1)
Uso de medicamento psiquiátrico			
Sim	2 (13,3)	7 (13,5)	9 (13,4)
Não	13 (86,7)	45 (86,5)	58 (86,6)
<i>Tipificação da agressão</i>			
Agressor conhecido			
Sim	4 (26,7)	12 (23,1)	16 (23,9)
Não	11 (73,3)	40 (76,9)	51 (76,1)
Número de agressores			
1	12 (80,0)	48 (92,3)	60 (89,5)
> 1	3 (20,0)	3 (5,8)	6 (9,0)
Não sabe	-	1 (1,9)	1 (1,5)
Consciência da violência			
Sim	13 (86,7)	49 (94,2)	62 (92,5)
Não	2 (13,3)	3 (5,8)	5 (7,5)

Vida ameaçada pelo agressor			
Sim	8 (53,3)	35 (67,3)	43 (64,2)
Não	7 (46,7)	17 (32,7)	24 (35,8)
<i>Atitudes da mulher</i>			
Contou para alguém			
Sim	13 (86,7)	48 (92,3)	61 (91,0)
Não	2 (13,3)	4 (7,7)	6 (9,0)
Sentiu-se apoiada			
Sim	15 (100,0)	45 (86,5)	60 (89,5)
Não	-	7 (13,5)	7 (10,5)
Religião			
Sim	12 (80,0)	43 (82,7)	55 (82,1)
Não	3 (20,0)	9 (17,3)	12 (17,9)
Prática da religião			
Sim	8 (53,3)	21 (40,4)	29 (43,3)
Não	4 (26,7)	22 (42,3)	26 (38,8)
Sem religião	3 (20,0)	9 (17,3)	12 (17,9)
Estudo atual			
Sim	7 (46,7)	31 (59,6)	38 (56,7)
Não	8 (53,3)	21 (40,4)	29 (43,3)
Trabalho atual			
Sim	8 (53,3)	26 (50,0)	34 (50,7)
Não	7 (46,7)	26 (50,0)	33 (49,3)
Vida Sexual após agressão			
Sim	2 (13,3)	12 (23,0)	14 (20,9)
Não	13 (86,7)	40 (76,9)	53 (79,1)
Opinião da mulher sobre sua saúde			
Muito boa	-	10 (19,2)	10 (14,9)
Boa	4 (26,7)	12 (23,1)	16 (23,9)
Regular	4 (26,7)	21 (40,4)	25 (37,3)
Ruim/péssima	7 (46,7)	9 (17,3)	16 (23,9)
Depressão			
Mínima/leve	5 (33,3)	27 (51,9)	32 (47,7)
Moderada/grave	10 (66,7)	25 (48,1)	35 (52,3)
Desesperança			
Ausente	2 (13,3)	2 (3,8)	4 (6,0)
Mínima/leve	10(66,7)	38 (73,1)	48 (71,6)
Moderada/Grave	3 (20,0)	12 (23,1)	15 (22,4)
TEPT			
Ausente	4 (26,6)	20 (38,5)	24 (35,8)
Leve	2 (13,3)	12 (23,1)	14 (20,8)
Moderado	4 (26,6)	16 (30,7)	20 (29,9)
Severo	4 (26,6)	3 (5,8)	7 (10,5)
Muito severo	1 (6,9)	1 (1,9)	2 (3,0)
TOTAL	15 (22,4)	52 (77,6)	67 (100,0)

Avaliadas 67 mulheres. *Teste exato de Fisher ou Teste do qui-quadrado: nenhuma variável significativa.

#Regressão Logística Múltipla com critério de seleção *stepwise*. Nenhuma variável associada.

TEPT: Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Tabela 4. Percepções e atitudes das mulheres com relação ao evento segundo presença de Transtorno de Estresse Pós-Traumático pela avaliação do CAPS no sexto mês (T6)

Percepções	Transtorno de Estresse Pós-Traumático		P#
	Ausente (n=41) n (%)	Presente (n=11) n (%)	
Considera o evento superado			<0,0001
Sim	28 (68,3)	1 (9,1)	
Não	13 (31,7)	10 (90,9)	
Como classificaria o evento			0,04
Faz parte do passado	27 (65,9)	3 (27,3)	
Faz parte do presente	11 (26,8)	6 (54,5)	
Será presente por muito tempo	3 (7,3)	2 (18,2)	
Ajudou a recuperação			NS
Apoio familiar/pessoa específica	18 (43,9)	7 (63,6)	
Acompanhamento médico	6 (14,6)	3 (27,3)	
Psicoterapia	6 (14,6)	0 (0,0)	
Religião	4 (9,8)	1 (9,1)	
Outros	7 (17,1)	0 (0,0)	
O que faltou na recuperação			NS
Apoio familiar/pessoa específica	8 (19,5)	1 (9,1)	
Acompanhamento médico	3 (7,3)	1 (9,1)	
Psicoterapia	0 (0,0)	2 (18,2)	
Medicação psiquiátrica?	1 (2,4)	0 (0,0)	
Outros	29 (70,7)	7 (63,6)	
Atividade sexual			NS
Não reiniciada	21 (51,2)	5 (45,4)	
Reiniciada	11 (26,8)	1 (9,1)	
Nunca vida sexual	9 (21,9)	5 (45,4)	
Trabalho atual			NS*
Sim	22 (53,7)	4 (36,4)	
Não	19 (46,3)	7 (63, 6)	
Estudo atual			NS
Sim	23 (56,1)	8 (72,7)	
Não	18 (43,9)	3 (27,3)	
Saúde atual			0,02
Muito boa	10 (24,4)	0 (0,0)	
Boa	8 (19,5)	4 (36,4)	
Regular	19 (46,3)	2 (18,2)	
Ruim/péssima	4 (9,8)	5 (45,4)	
Depressão			0,02
Ausente	9 (22,0)	-	
Mínima/leve	27 (65,9)	6 (54,5)	
Moderada/grave	5 (12,2)	5 (45,5)	
Desesperança			NS
Ausente	9 (22,0)	-	
Mínima/leve	29 (70,7)	9 (81,8)	
Moderada/Grave	3 (7,3)	2 (18,2)	

CAPS: *Clinician Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale*. #Teste exato de Fisher, *Teste de qui-quadrado. Grau de significância $p < 0,05$

7.2. Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Depressão e Desesperança em mulheres vítimas de violência sexual

Pesquisadoras: Carolina Leme Machado e Arlete Fernandes

N^o

--	--	--

Nome: _____ RG: _____
Idade: _____ anos. Telefones _____
Endereço: _____ N^o _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Eu _____ fui informada de que esta pesquisa está sendo realizada pela psicóloga Carolina Machado e pela Profa. Dra. Arlete Fernandes para investigação sobre as questões psicológicas das pacientes que sofrem violência sexual.

Esta pesquisa será feita para compreender um pouco melhor os problemas das mulheres que sofreram violência sexual e fazem acompanhamento neste serviço e para poder ajudar as mulheres a melhorarem.

Para participar deste estudo, devo saber que:

Minha participação é voluntária e uma recusa não trará prejuízo no meu atendimento.

Eu não serei identificada durante o trabalho e nem no final, ninguém ficará sabendo sobre mim, pois o meu nome será retirado da folha da pesquisa.

Para participar deverei ter duas conversas com a pesquisadora, onde serão feitas perguntas e anotações sobre meus sentimentos, minha vida e meus pensamentos. As conversas serão feitas nos dias das consultas no próprio ambulatório de atendimento especial, sendo um encontro no início e outro no final do tratamento, após seis meses e a pesquisadora me telefonará para lembrar a data da última consulta.

As informações que eu fornecer poderão ser utilizadas em trabalhos científicos.

Eu sou livre para desistir da participação no trabalho em qualquer momento. Caso não me sinta à vontade com alguma questão, posso deixar de respondê-la sem que isso implique qualquer prejuízo.

Caso queira entrar em contato com a pesquisadora, Carolina, ou com Dra. Arlete posso ligar nos números (19) 3251-9225 ou no (019)3251-9306 no dias úteis das 8:00 às 17:00 h.

Caso tenha alguma dúvida sobre como a pesquisa está sendo feita, posso entrar em contato direto com o Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP, através do telefone 19-35228936.

Eu, _____, HC número _____ aceito participar deste estudo, sendo que minha participação é voluntária e estou livre para, em qualquer momento, desistir de colaborar com a pesquisa, sem nenhuma espécie de prejuízo. Eu recebi uma cópia deste termo.

Assinatura da paciente _____ Data: ____/____/____

Assinatura da pesquisadora: _____

7.3. Anexo 3 – Entrevista T0

Ficha para coleta de dados do primeiro dia de consulta ambulatorial

*Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Depressão e
Desesperança em mulheres vítimas de violência sexual*

N^o

--	--	--

1) PARTE I- Dados retirados do prontuário:

1.1) Idade: _____

1.2) Escolaridade: [1] < 8 anos [2] ≥ 8 anos

1.3) Gestações anteriores: _____

1.4) Filhos vivos: _____

1.5) Local de moradia: Cidade _____ Bairro _____

1.6) Início da vida sexual ativa: [1] Antes da agressão [2] Não iniciada

1.7) Agressor conhecido: [1] Não [2] Sim

1.8) Número de agressores: _____

1.9) Violência sexual: [1] com consciência [2] inconsciente

2) PARTE II- Dados segundo resposta da participante:

2.1) Você tem marido ou companheiro com que convive?

[1] Companheiro com convívio [2] Companheiro sem convívio
[3] Sem companheiro

2.2) Você retomou a vida sexual após o ocorrido? [1] Não [2] Sim

2.3) Você contou para sua família o que te aconteceu?

[1] Não [2] Sim. Para Quem? _____

2.4) Você está se sentindo apoiada por alguém neste momento? Quem?

[1] Não [2] Sim. Quem? _____

2.5) Você está estudando atualmente? [1] Não [2] Sim

2.6) Você está trabalhando atualmente? [1] Não [2] Sim

2.7) Qual é, em média, a sua renda familiar?

[1] < 1 salário-mínimo [2] 1-5 salários-mínimos [3] > 5 salários-mínimos

2.8) Você tem religião? Qual? [1] Não [2] Sim. Qual? _____
Passe para 2.10

2.9) Você pratica a religião? [1] Não [2] Sim

2.10) Você já usou ou usa algum tipo de droga, incluindo as lícitas e as ilícitas?
[1] Não [2] Sim. Qual? _____
[1] Uso no passado [2] Uso atual _____

2.11) Você já teve algum problema (diagnóstico) psiquiátrico?
[1] Não [2] Sim. Qual? _____

2.12) Você já fez ou faz atualmente uso de medicamento psiquiátrico?
[1] Não [2] Sim. Qual? _____

2.13) Em algum outro momento de sua vida você passou por uma situação de violência como
essa de agora? [1] Não [2] Sim
Passe para 2.15

2.14) Quantos anos você tinha na época? _____

2.15) Você teve a sua vida ameaçada pelo agressor no momento da violência?
[1] Não [2] Sim

2.16) Comparado a outras mulheres de sua idade, como você classifica sua saúde geral:
[1] excelente [2] muito boa [3] boa
[4] regular [5] ruim [6] péssima

PONTUAÇÃO NOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO NA PRIMEIRA CONSULTA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	PONTOS	RESULTADO
BDI		
BHS		
CAPS		

DADOS PESSOAIS

Nome: _____ HC: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

Data prevista para retorno: ____/____/____

7.4. Anexo 4 – Beck Depression Inventory (BDI)

Inventário de Depressão de Beck

Nome: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____
Profissão: _____ Escolaridade: _____ Data de aplicação: _____ Pontuação: _____

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir seleccione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação seleccionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

- | | |
|--|--|
| 1.
0 Não me sinto triste.
1 Sinto-me triste.
2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar. | 6.
0 Não me sinto que esteja a ser punido(a).
1 Sinto que posso ser punido(a).
2 Sinto que mereço ser punido(a).
3 Sinto que estou a ser punido(a). |
| 2.
0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.
1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.
2 Sinto que não tenho nada a esperar.
3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar. | 7.
0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).
3 Eu odeio-me. |
| 3.
0 Não me sinto fracassado(a).
1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.
2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.
3 Sinto que sou um completo fracasso. | 8.
0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.
2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.
3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem. |
| 4.
0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.
1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.
2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.
3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo. | 9.
0 Não tenho qualquer ideia de me matar.
1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.
2 Gostaria de me matar.
3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade. |
| 5.
0 Não me sinto particularmente culpado(a).
1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.
2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.
3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo. | 10.
0 Não costumo chorar mais do que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava fazer.
2 Actualmente, choro o tempo todo.
3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira. |

11.
0 Não me irrito mais do que costumava.
1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
2 Actualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).
3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.
12.
0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13.
0 Tomo decisões como antes.
1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Já não consigo tomar qualquer decisão.
14.
0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.
2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.
3 Considero-me feio(a).
15.
0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16.
0 Durmo tão bem como habitualmente.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17.
0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.
1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.
2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.
3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.
18.
0 O meu apetite é o mesmo de sempre.
1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.
2 O meu apetite, agora, está muito pior.
3 Perdi completamente o apetite.
19.
0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 kg.
2 Perdi mais de 5 kg.
3 Perdi mais de 7,5 kg.
- Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.
Sim ____ Não ____
20.
0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21.
0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.
2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.
3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

7.5. Anexo 5 – Beck Hopeless Scale (BHS)

Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Depressão e Desesperança em mulheres vítimas de violência sexual.

Nº

--	--	--

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Penso no futuro com esperança e entusiasmo. | (C) | (E) |
| 2. Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim. | (C) | (E) |
| 3. Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre. | (C) | (E) |
| 4. Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos. | (C) | (E) |
| 5. Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer. | (C) | (E) |
| 6. No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa. | (C) | (E) |
| 7. Meu futuro me parece negro. | (C) | (E) |
| 8. Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum. | (C) | (E) |
| 9. Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro. | (C) | (E) |
| 10. Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro. | (C) | (E) |
| 11. Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer. | (C) | (E) |
| 12. Não espero conseguir o que realmente quero. | (C) | (E) |
| 13. Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora. | (C) | (E) |
| 14. As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero. | (C) | (E) |
| 15. Tenho uma grande fé no futuro. | (C) | (E) |
| 16. Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa. | (C) | (E) |
| 17. É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro. | (C) | (E) |
| 18. O futuro me parece vago e incerto. | (C) | (E) |
| 19. Posso esperar mais tempos bons do que maus. | (C) | (E) |
| 20. Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir. | (C) | (E) |

*Tradução e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados © 1991, e Aaron T. Beck.
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados © 1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo © Livraria e Editora Ltda.
BHS é um logotipo da Psychological Corporation.

7.6. Anexo 6 – Clinician Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale (CAPS)

Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Depressão e Desesperança em mulheres vítimas de violência sexual.

Nº

--	--	--

	Sintomas atuais		Sintomas ao longo da vida	
	Freq.	Ints.	Freq.	Ints.
B. O evento traumático é persistentemente revivido				
(1) Lembranças recorrentes e intrusivas	_____	_____	_____	_____
(2) Aflição quando exposto a eventos relacionados	_____	_____	_____	_____
(3) Atua ou sente como se o evento recorrente	_____	_____	_____	_____
(4) Sonhos angustiantes recorrentes sobre o evento	_____	_____	_____	_____
Nº DE SINTOMAS ATUAIS PARA O CRITÉRIO B (PRECISA 1)	_____ Atinge critério?		Sim	Não
Nº DE SINTOMAS AO LONGO DA VIDA PARA O CRITÉRIO B (PRECISA 1)	_____ Atinge critério?		Sim	Não
C. Esquiva persistente de estímulos/diminuição da responsividade				
(5) Esforço para evitar pensamentos ou sentimentos	_____	_____	_____	_____
(6) Esforço para evitar atividades ou situações	_____	_____	_____	_____
(7) Incapacidade para lembrar aspectos do trauma	_____	_____	_____	_____
(8) Diminuição do interesse em atividades usuais	_____	_____	_____	_____
(9) Sentimento de alienação e estranheza	_____	_____	_____	_____
(10) Restrição da afetividade	_____	_____	_____	_____
(11) Perspectiva de futuro reduzida	_____	_____	_____	_____
Nº DE SINTOMAS ATUAIS PARA O CRITÉRIO C (PRECISAM 3)	_____ Atinge critério?		Sim	Não
Nº DE SINTOMAS AO LONGO DA VIDA PARA O CRITÉRIO C (PRECISAM 3)	_____ Atinge critério?		Sim	Não
D. Sintomas persistentes de aumento da excitabilidade				
(12) Dificuldade para adormecer	_____	_____	_____	_____
(13) Irritabilidade ou acessos de raiva	_____	_____	_____	_____
(14) Dificuldade para se concentrar	_____	_____	_____	_____
(15) Hipervigilância	_____	_____	_____	_____
(16) Tendência a assustar-se com facilidade	_____	_____	_____	_____
(17) Reatividade autonômica	_____	_____	_____	_____
Nº DE SINTOMAS ATUAIS PARA O CRITÉRIO D (PRECISAM 2)	_____ Atinge critério?		Sim	Não
Nº DE SINTOMAS AO LONGO DA VIDA PARA O CRITÉRIO D (PRECISAM 2)	_____ Atinge critério?		Sim	Não
CAPS – Avaliação Global				
	Atuais	Ao longo da vida		
(18) Impacto sobre o desempenho social	_____	_____		
(19) Impacto sobre o desempenho profissional	_____	_____		
(20) Melhora global	_____	_____		
(21) Validade da avaliação	_____	_____		
(22) Gravidade global	_____	_____		
CARACTERÍSTICAS ASSOCIADAS OU HIPOTÉTICAS				
	Sintomas atuais		Sintomas ao longo da vida	
	Freq.	Ints.	Freq.	Ints.
(23) Sentimento de culpa por participação ou omissão	_____	_____	_____	_____
(24) Sentimento de culpa por ter sobrevivido	_____	_____	_____	_____
(25) Tendência homicida	_____	_____	_____	_____
(26) Decepção com autoridade	_____	_____	_____	_____
(27) Sentimento de desesperança	_____	_____	_____	_____
(28) Memória prejudicada, esquecimento	_____	_____	_____	_____
(29) Tristeza e depressão	_____	_____	_____	_____
(30) Sensação de estar arrasado	_____	_____	_____	_____
NÚMERO DE SINTOMAS ASSOCIADOS – ATUAIS _____				
NÚMERO DE SINTOMAS ASSOCIADOS – AO LONGO DA VIDA _____				

7.7. Anexo 7 – Entrevista T6

Ficha para coleta de dados após seis meses

*Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Depressão e
Desesperança em mulheres vítimas de violência sexual*

N^o

--	--	--

Acompanhamento no Ambulatório de Atendimento Especial do CAISM:

[1] completou os 6 meses

[2] Não completou os seis meses

1) O que você acha que mais te ajudou nesses 6 meses a lidar com o ocorrido?

[1] Apoio da família ou de pessoa específica

[2] Religião

[3] Terapia Psicológica

[4] Medicação _____

[5] Acompanhamento médico

[6] Outros: _____

2) O que você pensa que faltou para te ajudar mais a lidar com o ocorrido?

[1] Apoio da família ou de pessoa específica

[2] Religião

[3] Terapia Psicológica

[4] Medicação _____

[5] Acompanhamento médico

[6] Outros: _____

3) O que, em sua opinião, poderia ser diferente no Atendimento do Ambulatório?

4) Hoje, você pensa que o que ocorreu com você foi superado?

[1] Não

[2] Sim

5) Se tivesse que classificar esse evento como classificaria?

[1] faz parte do passado

[2] faz parte do presente [3] vai ser parte do presente por muito tempo ainda

6) Você está estudando atualmente?

[1] Não

[2] Sim

7) Você está trabalhando atualmente?

[1] Não

[2] Sim

8) Você retomou a vida sexual após o ocorrido?

[1] Não

[2] Sim

9) Comparado a outras mulheres de sua idade, como você classifica sua saúde geral:

[1] excelente [2] muito boa [3] boa [4] regular [5] ruim [6] péssima

PONTUAÇÃO NOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	PONTOS	RESULTADO
BDI		
BHS		
CAPS		

.....

DADOS PESSOAIS

Nome: _____ HC: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

7.8. Anexo 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 23/09/08.
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 683/2008 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0574.0.146.000-08

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO, DEPRESSÃO E DESESPERANÇA EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Carolina Leme Machado

INSTITUIÇÃO: Ambulatório de Atendimento Especial / CAISM / UNICAMP.

APRESENTAÇÃO AO CEP: 03/09/2008

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 23/09/09 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Avaliar Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Depressão e Desesperança em mulheres vítimas de violência sexual que são acompanhadas no Ambulatório de Atendimento Especial do CAISM.

III - SUMÁRIO

Estudo de coorte longitudinal em que serão avaliadas 63 mulheres, no primeiro e no sexto mês pós-violência, através da Escala de Avaliação de Transtorno de Estresse Pós-Traumático Administrada pelo Clínico (CAPS), do Inventário de Depressão de Beck (BDI), da Escala de Desesperança Beck (BHS) e de entrevista estruturada para avaliar a autopercepção do trauma e da saúde. Os escores serão correlacionados às variáveis sócio-demográficas e da violência. Os dados serão compilados em banco próprio, submetidos à análise de consistência e limpos. Será realizada análise da frequência das variáveis. Para comparação das prevalências no primeiro e sexto mês será realizado T de Student Pareado. A correlação dos escores de TEPT, depressão e desesperança com as características sócio-demográficas e as características da violência serão feitas através do teste T de Student ou Anova seguida de Tukey. O nível de significância será assumido em 5%.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto está bem redigido, a metodologia apresentada está adequada. Os critérios de inclusão, exclusão e descontinuação dos sujeitos estão definidos de forma adequada e o cálculo do tamanho amostral e a análise estatística estão embasados por cálculos estatísticos. Os aspectos éticos estão bem discutidos no corpo do projeto e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pode ser dispensado. O orçamento é detalhado. Considero o projeto adequado a esse tipo de estudo.



V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado a dispensa do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na IX Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 23 de setembro de 2008.

Profa. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP