

ANA PAULA PEREIRA

**SEXUALIDADE EM MULHERES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Dissertação de Mestrado

**ORIENTADOR: Prof. Dr. ALOÍSIO BEDONE
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. ANÍBAL FAUNDES**

**Unicamp
2007**

ANA PAULA PEREIRA

**SEXUALIDADE EM MULHERES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

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
Tocoginecologia

ORIENTADOR: Prof. Dr. ALOÍSIO BEDONE
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. ANÍBAL FAUNDES

**Unicamp
2007**

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

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

P414s Pereira, Ana Paula
Sexualidade em mulheres vítimas de violência sexual / Ana Paula Pereira. Campinas, SP: [s.n.], 2007.

Orientadores: Aloísio José Bedone, Aníbal Faundes
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Sexualidade. 2. Violência sexual. 3. Violência contra a mulher. I. Bedone, Aloísio José. II. Faundes, Aníbal. IV. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. V. Título.

Título em inglês: "Sexuality in women after sexual assault"

Keywords: • Sexuality
 • Sexual violence
 • Violence against women

Titulação: Mestre em Tocoginecologia

Área de concentração: Tocoginecologia

Banca examinadora: Prof Dr Aloísio José Bedone
 Profa. Dra. Ângela Maggio da Fonseca
 Profa. Dra. Arlete Maria dos Santos Fernandes

Data da defesa: 28 - 08 - 2007

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: ANA PAULA PEREIRA

Orientador: Prof. Dr. ALOÍSIO BEDONE

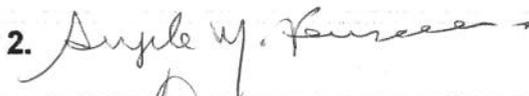
Co-Orientador: Prof. Dr. ANÍBAL FAUNDES

Membros:

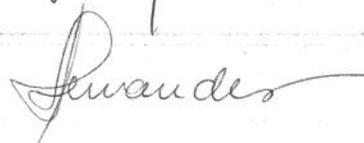
1.



2.



3.



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

Data: 28/08/2007

2007S1754

Dedico este trabalho...

*Ao meu Pai Ari
Cujas palavras sempre me acompanham
Cujos gestos sempre me guiam
Cujos amor sempre me conduz*

*À minha Mãe Maria Elisa
Cuja força geradora de vida
Nunca me permitiu desistir*

*Ao meu Companheiro Douglas
Que me mostrou um outro caminho
Que me orientou na busca da medida de SER*

*Às minhas irmãs Keyla e Fernanda
Que sempre me apoiaram*

*Aos Amigos
Pelo apoio precioso*

*A Deus
A quem Tudo devo*

*Ao meu Orientador Aloísio
Pela confiança depositada
Pelo vínculo formado
Pela esperança e força demonstradas
Em tempos difíceis de minha vida*

*Ao meu co-orientador, Dr. Faúndes,
Pela disponibilidade nos momentos críticos
Pela dedicação imensurável à pesquisa
Pelo Amor à Mulher*

Agradecimentos

Aos meus pais que sempre me acompanham em toda a trajetória da minha vida, sempre muito presentes. Amo vocês...

À minha segunda mãe, Dona Zilé, pelo incentivo constante...

À minha amiga Maria Adriana Lazarini Falcão Rodrigues Alves pela busca contínua e incessante em se tornar um Ser Humano melhor. Sua Existência me faz estudar e tentar continuamente compreender o Universo da Mulher...

Ao ginecologista Júlio Alberto Alves Lima, companheiro de todos os momentos na realização deste projeto, amigo de valor ímpar... Obrigada!

À minha secretária Aline Teixeira Rinaldo, companheira leal e profissional competente e dedicada...

Aos colegas do Ambulatório Especial: Cida, Maria José, Carlos, Rosângela... Aprendi muito com vocês!

À Margarete pela paciência e pelas lembranças das atividades burocráticas referentes à Pós-Graduação!

À Vanda pela ajuda nas pesquisas bibliográficas...

À Márcia e Ricardo

À Cláudia Inhaia, que mesmo distante confiou em mim e apoiou todos os meus projetos...

À Maria José pelo ensinamento precioso...

*Às mulheres que conheci no Ambulatório Especial,
meus sinceros agradecimentos pelas Lições de Vida...
Nenhum problema me parecia real após ouvir algumas de suas histórias!*

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	ix
Resumo	x
Summary	xii
1. Introdução	14
2. Objetivos	22
2.1. Objetivo geral	22
2.2. Objetivos específicos	22
3. Publicação.....	23
4. Conclusões	43
5. Referências Bibliográficas.....	44
6. Anexos	47
6.1. Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	47
6.2. Anexo 2 –Instrumento de Coleta de Dados	49
6.3. Anexo 3 –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	58

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

CAISM Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Unicamp Universidade Estadual de Campinas

CEMICAMP Centro de Estudo Materno-Infantil de Campinas

Resumo

Introdução: A violência sexual contra as mulheres é um problema de saúde pública que deveria ser combatido em todo o mundo. Acomete crianças, adolescentes e mulheres adultas, independentemente da cor e da classe social, principalmente as jovens, com vida sexual ativa. Estima-se que menos de 20% dos casos de violência sexual sejam denunciados. Pode deixar seqüelas físicas, psicológicas e na esfera da sexualidade, esta última pouco estudada. **Objetivo:** avaliar as conseqüências da violência sexual sobre a sexualidade de mulheres que sofreram violência sexual.

Sujeitos e métodos: estudo observacional com 42 mulheres acompanhadas no Ambulatório de Atendimento Especial do CAISM, sexualmente ativas, vítimas de violência sexual. Variáveis: idade, cor, escolaridade, status marital, renda *per capita*, religião, número de agressores, status do agressor, tipo de agressão sexual sofrida, reação do companheiro ao saber da agressão e comportamento sexual pré e pós-violência sexual: média de intercurso sexual por semana, freqüência do desejo sexual e do orgasmo, formas de práticas sexuais e posições adotadas durante o coito, iniciador da prática sexual, satisfação sexual e tempo para o reinício da prática sexual. **Resultados:** 76% das mulheres eram brancas com até 35 anos. Dois terços tinham companheiro no momento da agressão; 54% tinham o

Ensino Fundamental; 57% tinham renda per capita de até R\$380,00 e 52% eram católicas. A agressão sexual com a prática vaginal foi a mais comum, sendo o agressor desconhecido em 93%. Houve diminuição da média semanal de relações sexuais de 3,3 para 1,8 relação sexual por semana. O orgasmo, antes da agressão sexual presente em 64% das mulheres, após a agressão caiu para 27%. A participação da mulher em iniciar o ato sexual sofreu redução de 50% para 18%. Catorze das 42 mulheres (33,4%) não tinham reiniciado a prática sexual, seis meses após a agressão. **Conclusão:** houve comprometimento da sexualidade após a violência sexual. Um terço das mulheres não reiniciou a vida sexual seis meses após a agressão e detectou-se aumento do nível de insatisfação entre as que reiniciaram a vida sexual. Recomenda-se que os programas de acolhimento das vítimas de agressão sexual possam detectar sinais de disfunção sexual e incluir em seus protocolos acompanhamento especializado.

Palavras-Chave: sexualidade, violência sexual, violência contra a mulher.

Summary

Introduction: Sexual assault against women is a problem of public health and this problem should be banished worldwide. It affects children, teenagers and women, mainly young women with healthy sexual life, it doesn't matter the race and social status. It is estimated that less than 20% of sexual assault cases are reported. It can cause some physical, psychological and sexual damage, this last one is still not very well studied. **Objective:** evaluate the results of sexual assault against women's sexuality who were raped. **Subjects and methods:** observational study with 42 women treated in this Special Service Clinic of CAISM, healthy sexual life, victims of rape. Analyzed aspects: age, race, school degree, marital status, social level, religion, number of rapists, rapist status, type of sexual assault, reaction of the spouse after knowing about the rape, sexual behavior before and after rape: average sexual intercourse a week, frequency of sexual desire and orgasm, sexual practice ways and positions chosen during coitus, seeker for sexual practice, sexual satisfaction and period of time to start a new stage of sexual life. **Results:** 76% of women were white under 35 years old. Two thirds of them had a spouse when they were raped; 54% had studied until junior high school; 57% made R\$380,00 a month and 52% were catholic. Sexual assault with vaginal practice was the most

common, the rapist was unknown in 93% of cases. There was a significantly decrease in the weekly sexual practice from 3,3 to 1,8. In 64% of women, the orgasm decreased to 27% after the sexual assault. Women initiative to the sexual act decreased from 50% to 18%. Fourteen in 42 women (33,4%) didn't have started a new stage of sexual life, six months after sexual assault. **Conclusion:** women who were raped have sexual problems. The support programs for victims of sexual assault should detect signs of sexual disorder and include them in their protocols of specialized supervision.

1. Introdução

A violência sexual contra as mulheres é considerada atualmente uma das principais causas de morbidade no Brasil, atingindo principalmente as mulheres jovens em idade reprodutiva (Brasil, 2005). É considerado atualmente um problema de saúde pública devido ao aumento do número de atendimentos em serviços de saúde (CDC, 1997; D'Oliveira e Schraiber, 1999).

No Brasil, somente ao final da década de 80 começaram a surgir, muito timidamente, iniciativas no sentido do enfrentamento da violência sexual contra a mulher. Alguns poucos serviços criaram protocolos de atendimento, no que foram apoiados pelo Ministério da Saúde que editou normas técnicas com orientações para o acolhimento de mulheres vitimadas. Ao mesmo tempo a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) assumiu, juntamente com outras entidades, a responsabilidade de organizar encontros com o objetivo de se discutir o problema e sensibilizar os profissionais de saúde.

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), a violência sexual “é a ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual físico ou verbal, ou a

participar de outras relações sexuais com uso da força, intimidação, coação, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anulo ou limite a vontade pessoal. Considera-se como violência sexual também o fato de o agressor obrigar a vítima a realizar algum desses atos com terceiro” (Faúndes, 1996).

A violência contra a mulher foi reconhecida pela ONU em 1993, na Conferência sobre os Direitos Humanos, como um obstáculo ao desenvolvimento, à paz e aos ideais de igualdade entre os seres humanos (Faúndes, 1996). Deveria ser combatida em todo o mundo, por todos os governos, conforme resoluções da Conferência Internacional da Organização das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo, em 1994 e da Mulher, realizada em Pequim, em 1995. É considerada uma violência de gênero, baseada no desequilíbrio de poder entre o gênero masculino, dominante, e o feminino, dominado; como resultado da cultura que atribui diferentes direitos e obrigações a indivíduos, segundo o sexo. Este conceito de gênero deve ser distinguido do conceito de sexo, porque se refere a funções determinadas por fatores culturais e não biologicamente determinadas (Faúndes, 1996; Grossi, 1996; D’Oliveira, 1999; Population Reports, 1999).

Existem várias terminologias genéricas para caracterizar os crimes sexuais. Entre as mais utilizadas estão a violência sexual, agressão sexual e abuso sexual. O termo mais aceitável é violência sexual, por ter uma conotação mais ampla, enquanto abuso sexual restringe-se aos casos em que não ocorreram as penetrações vaginais ou quando as vítimas são crianças (Drezzet, 2000).

Das modalidades de violência sexual o estupro, segundo o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 1998) e o Código Penal Brasileiro de 1940, é definido como qualquer ato sexual, não consentido, onde ocorra penetração vaginal, também chamado juridicamente de conjunção carnal (ACOG, 1998; Pinto et. al., 2001). Segundo a Legislação Brasileira, qualquer ato sexual diverso do estupro, como, por exemplo, sexo anal e oral, é considerado atentado violento ao pudor, porém todos são tratados e acompanhados de forma semelhante (Pinto et al., 2001).

É difícil estabelecer conclusivamente a prevalência de violência sexual, pois muitas mulheres relutam em denunciar a agressão e o agressor, sendo que menos de 20% desses crimes são denunciados às autoridades (ACOG, 1997).

Muitas causas contribuem para o baixo índice de denúncias. A principal é que a maioria das agressões ocorre em ambientes familiares ou são praticadas por pessoas conhecidas. A coexistência de um vínculo sentimental ou hierárquico entre o agressor e a vítima, entre o marido e a esposa, tio e sobrinha, padrasto e enteada, patrão e empregada, e outras formas de convívio social são fatores que sabidamente dificultam a denúncia (Brasil, 2005). Outras causas que limitam as denúncias são o medo de vingança, a sensação de culpa, o descrédito na Justiça e o desconhecimento dos Direitos Legais (Brasil, 2005).

A violência sexual é um crime que atinge indistintamente as mulheres em todas as idades e raças, com predomínio das jovens em idade reprodutiva, entre 15

e 25 anos. Segundo Holmes et al. (1998), 50% a 60% das vítimas são adolescentes com menos de 18 anos, sendo estas as responsáveis pela maioria das denúncias.

Com a implantação da Delegacia da Mulher e o maior conhecimento a respeito da problemática da violência sexual por parte da sociedade e da Justiça está havendo aumento do número de denúncias (Brasil, 2005). Estas delegacias constituem a principal política pública de combate e prevenção à violência contra a mulher e a primeira do gênero, inédita no país e no mundo. A primeira surgiu na cidade de São Paulo, em 1985, em um contexto de redemocratização e de movimentos de mulheres contra o descaso do Poder Judiciário e dos Distritos Policiais.

No Brasil os serviços médicos não estão equipados para diagnosticar e tratar as mulheres vítimas de violência sexual. A principal razão para isso é o despreparo do médico para receber essa paciente. Além disso, os ambientes hospitalares não dispõem de área física adequada. O ideal seria oferecer à paciente um ambiente calmo e privativo desde a chegada no pronto-socorro até a alta ambulatorial (Brasil, 2005).

O atendimento médico deve levar em conta que os problemas gerados por uma violência sexual compõem três tipos de seqüelas: as físicas, as psicológicas e as da esfera sexual.

As seqüelas de ordem física estão bem documentadas na literatura e as ações para manutenção da saúde física já são consenso (Brasil, 2005; Oshikata et al, 2005). Cabe à equipe de saúde o cuidado relativo ao trauma físico, a

avaliação sobre a possibilidade de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis (DST). O atendimento deve ser o mais precoce possível, preferencialmente, nas primeiras 72 horas após a violência sexual. Tratamentos medicamentosos devem ser instituídos nesse espaço de tempo para a profilaxia da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), hepatite B, além das DSTs não virais mais prevalentes. A contracepção de emergência também deve ser instituída o mais precocemente, a fim de se evitar uma gravidez indesejada.

Os aspectos psicológicos do seguimento pós-agressão sexual em mulheres adultas e adolescentes parecem também estar estabelecidos (Bang, 1993; Holmes et al, 1998; Acierno, et.al. 1999; Danielson e Holmes, 2004). O medo, a ansiedade e a raiva são as primeiras manifestações decorrentes da violência sexual que podem durar alguns dias ou perdurar por anos, causando a denominada Síndrome do Estresse Pós-Traumático. Essa síndrome é dividida em duas fases. A fase aguda corresponde ao período de desorganização psíquica acompanhada de sintomas como o medo, ansiedade, culpa, vergonha, humilhação, depressão, insônia que dura alguns dias, geralmente de uma a duas semanas. A fase de reorganização é longa, tem um período de tempo indeterminado, onde se impõe psicoterapia de apoio, podendo a paciente apresentar transtornos da sexualidade, vaginismo, dispareunia, bulimia, anorexia e depressão.

Faravelli et al. (2004) avaliaram 32 mulheres adultas que foram expostas a situações extremas, como acidentes automobilísticos, agressões físicas, assaltos e violência sexual. Mostrou que as mulheres que vivenciaram a violência sexual têm significativamente maiores índices de síndrome do estresse pós-traumático,

desordens sexuais (aversão sexual, desejo sexual hipoativo, dispareunia), distúrbios alimentares e distúrbio do humor.

A vivência de violência sexual em qualquer fase da vida, sobretudo na infância, está associada a altos índices de morbidade psiquiátrica e dificuldades sociais (Coid et al., 2003). As crianças têm menos chance de superar o ocorrido quando comparadas às mulheres adultas (Messman-Moore et al, 2000). Os problemas causados por um intercurso sexual forçado em adolescentes americanas são, basicamente, de ordem psiquiátrica e sexual. Estes autores revelam que após uma experiência sexual forçada as adolescentes estudadas apresentavam mania ou depressão e inibição ou exacerbação da atividade sexual. Porém, não apontaram as causas que direcionam as adolescentes para um ou outro pólo acima descritos (Miller et al., 1995).

As seqüelas na sexualidade das mulheres que sofreram uma agressão sexual não têm merecido muita atenção. São poucos os estudos publicados no Brasil e no mundo, que abordam as questões relacionadas com as alterações na vida sexual (Basson, 2005). Empiricamente, acredita-se que uma violência sexual pode deixar marcas indelévels na vida sexual de uma mulher. No entanto, muito pouco se escreveu sobre quais são as alterações que ocorrem ou em quanto tempo a mulher retoma a vida sexual anterior.

A sexualidade é definida como um dos pilares da qualidade de vida do ser humano. A medicina tem o dever de preservar a qualidade de vida das pessoas sob pena de “gerar” doentes e doenças (Abdo, 2004). Entretanto, os

aspectos referentes à sexualidade das pacientes vítimas de agressão sexual são controversos e escassos na literatura. Em clínicas de sexualidade é comum a associação entre disfunções sexuais (desejo sexual hipoativo, transtorno de excitação sexual, disfunção orgástica, dispareunia, vaginismo) e violência sexual prévia (Nadelson et al, 1982; Brendler, 2000;. Faravelli et. al., 2004).

A noção de sexualidade abrange extenso leque de significados parciais, englobando o exercício do sexo –comportamentos e práticas– a vivência de desejos e sentimentos eróticos e a experimentação das relações concretas que lhes dão suporte (Villela, 1999). Desta forma, após uma experiência traumática como a violência sexual é de se esperar, pelo menos, por algum tempo, seqüelas na esfera da sexualidade.

Emocionalmente, essas questões podem comprometer drasticamente a libido da mulher. Há necessidade de uma reorganização de identidade que envolve não só a mulher como também o seu companheiro, que dependendo do seu comportamento pode aumentar ou reduzir a tensão sexual no casal (Ballone, 2001).

O desejo sexual hipoativo pode ocorrer em até um terço das mulheres adultas americanas. Sabe-se que há várias etiologias para esse problema, entre as quais se destacam o uso de contraceptivos orais, estados pós-parto e de lactação, histerectomia e ooforectomia, estados pós-menopausa e perimenopausa e problemas psiquiátricos como depressão, principalmente, se tratados com antidepressivos inibidores de recaptção de serotonina (Frohlich e Meston, 2005). A experiência

de uma relação sexual forçada pode, por mecanismo ainda não esclarecido, inibir o desejo sexual (Warnock, 2002).

No Brasil não há estudos que correlacionem as disfunções sexuais com a violência sexual, não se sabendo quais são as conseqüências da violência. Especulam-se possíveis alterações nas práticas sexuais, dependendo do tipo e das condições da agressão. Não se conhecem também a reação e o comportamento dos companheiros dessas mulheres após o episódio.

Surgiu, portanto, dentro da equipe que atende as mulheres vitimadas, a necessidade de se conhecer um pouco melhor as repercussões da violência sobre a qualidade da vida sexual.

Este estudo foi concebido dentro de uma perspectiva de chamar a atenção para o problema e servir como piloto para outros estudos e, talvez, provocar uma mudança na abordagem dessas mulheres durante o acompanhamento ambulatorial após o atendimento imediato da agressão sexual.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Avaliar as conseqüências da violência sexual sobre a vida sexual de mulheres que sofreram violência sexual.

2.2. Objetivos específicos

- Conhecer o retorno à prática sexual após seis meses da agressão.
- Avaliar a percepção da qualidade da vida sexual da mulher depois da violência.
- Avaliar a reação do companheiro após a agressão, segundo a visão da mulher.

3. Publicação



ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

São Paulo, 10 de agosto de 2007.

Ilm. Sr.

Dr. Aníbal Eusébio Faúndes Latham

Comunicamos que em 10 de agosto de 2007 recebemos o artigo **“Sexualidade em Mulheres Vítimas de Violência Sexual”**, protocolado sob o n.º 6827, de sua autoria, e que o mesmo será analisado pelo Conselho Editorial da Revista da Associação Médica Brasileira para possível publicação.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Bruno Caramelli

Editor da Revista da Associação

Médica Brasileira

Sexualidade em Mulheres Vítimas de Violência Sexual
Sexuality to the victims of sexual assault

Ana Paula Pereira¹; Aloísio José Bedone²; Aníbal Faúndes³

¹ Pós-graduanda do DTG/FCM/UNICAMP

² Professor Associado e Livre Docente do DTG/FCM/UNICAMP

³ Professor Titular Colaborador Voluntário do DTG/FCM/UNICAMP, Pesquisador Sênior do Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (CEMICAMP).

O trabalho foi realizado pelo Departamento de Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Cidade Universitária Zeferino Vaz, s/no. – Campinas, SP.

Correspondência:

Ana Paula Pereira

Rua Alexander Fleming, 101

Caixa Postal 6081

Cidade Universitária

Cep 13083-881 - Campinas-SP

Telefone/Fax: 19-3521-9306

E-mail: annappereira@uol.com.br

Resumo

Introdução: violência sexual é problema de saúde pública em todo o mundo. Acomete mulheres de todas as classes sociais e pode deixar seqüelas físicas, psicológicas e na esfera sexual, esta última pouco estudada. **Objetivo:** avaliar as conseqüências da violência sexual sobre a sexualidade de mulheres vítimas dessa agressão. **Sujeitos e métodos:** estudo observacional com 42 mulheres do Ambulatório de Atendimento Especial do CAISM, sexualmente ativas, vítimas de violência sexual. Variáveis: idade, cor, escolaridade, *status* marital, renda *per capita*, religião, número de agressores, status do agressor, tipo de agressão sexual sofrida, reação do companheiro ao saber da agressão e comportamento sexual pré e pós-violência sexual: média de intercurso sexual por semana, freqüência do desejo sexual e do orgasmo, formas de práticas sexuais e posições adotadas durante o coito, iniciador da prática sexual, satisfação sexual e tempo para o reinício da prática sexual. **Resultados:** 76% das mulheres eram brancas com até 35 anos. Dois terços tinham companheiro no momento da agressão; 54% tinham o Ensino Fundamental; 57% tinham renda per capita de até R\$380,00 e 52% eram católicas. Agressão sexual com prática vaginal foi mais comum, o agressor era desconhecido em 93%. Houve diminuição da média semanal de relações sexuais (3,3 para 1,8), do orgasmo e da participação da mulher em iniciar o ato sexual. Catorze das 42 mulheres não tinham reiniciado a prática sexual, seis meses após a agressão. **Conclusão:** as mulheres que sofreram agressão sexual têm comprometimento da sexualidade após o ocorrido. Os programas de acolhimento das vítimas de agressão sexual deveriam detectar sinais de disfunção sexual e incluir em seus protocolos acompanhamento especializado.

Palavras-Chave: sexualidade, violência sexual, violência contra a mulher.

Summary

Introduction: Sexual assault against women is a worldwide problem of public health. It affects women of different social status it can cause some physical, psychological and sexual damage, this last one is still not very well studied. **Objective:** evaluate the results of sexual assault against women's sexuality who were raped. **Subjects and methods:** observational study with 42 women treated in this Special Service Clinic of CAISM, healthy sexual life, victims of rape. Analyzed aspects: age, race, school degree, marital status, social level, religion, number of rapists, rapist status, type of sexual assault, reaction of the spouse after knowing about the rape, sexual behavior before and after rape: average sexual intercourse a week, frequency of sexual desire and orgasm, sexual practice ways and positions chosen during coitus, seeker for sexual practice, sexual satisfaction and period of time to start a new stage of sexual life. **Results:** 76% of women were white under 35 years old. Two thirds of them had a spouse when they were raped; 54% had studied until junior high school; 57% made R\$380,00 a month and 52% were catholic. Sexual assault with vaginal practice was the most common, the rapist was unknown in 93% of cases. There was a significantly decrease in the weekly sexual practice from 3,3 to 1,8. In 64% of women, the orgasm decreased to 27% after the sexual assault. Women initiative to the sexual act decreased from 50% to 18%. Fourteen in 42 women (33,4%) didn't have started a new stage of sexual life, six months after sexual assault. **Conclusion:** women who were raped have sexual problems. The support programs for victims of sexual assault should detect signs of sexual disorder and include them in their protocols of specialized supervision.

Key words: sexuality, rape, sexual assault

Introdução

A violência sexual contra a mulher é um problema de saúde pública que deveria ser combatido em todo o mundo, por todos os governos, conforme resoluções da Conferência Internacional da Organização das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994 e da Mulher, realizada em Pequim, em 1995. A violência sexual é compreendida como uma questão histórica e cultural, e expressão das desigualdades de gênero. Afeta crianças, adolescentes e mulheres adultas, independente de cor, religião, etnia, nacionalidade, opção sexual e condição social¹. Tem como definição um ato sexual não consentido em que o agressor estabelece penetração vaginal (estupro), anal ou oral (atentado violento ao pudor) e ou suas combinações². Estima-se que menos de 20% desses crimes são notificados^{2,3}.

A preocupação com esse tema é recente. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), sensível à situação no Brasil, criou a Comissão Nacional Especializada de Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei (1996). Em parceria com o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e diversas Organiza es não Governamentais vêm ampliando as a es voltadas a criar serviços que atendam às necessidades das mulheres que sofrem violência sexual⁴. O Ministério da Saúde publicou em 1998 a Norma Sobre Aten o aos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, que contribuiu para promover a cria o de novos serviços que atendem mulheres nessa situa o⁵. Esta Norma foi recentemente atualizada⁶.

O Centro de Aten o Integral   Saúde da Mulher (CAISM), desde 1996, atende vítimas de violência sexual, no seu Ambulatório de Atendimento Especial. Uma equipe multidisciplinar composta por ginecologista, infectologista, psicóloga, psiquiatra, assistente social e enfermeira orienta e atende as mulheres que chegam normalmente encaminhadas

pelas Delegacias, bem como por Hospitais e Postos de Saúde que não contam com esse atendimento sistematizado⁷.

Mesmo com atendimento multiprofissional e assistência global, somente 29% das pacientes do serviço completam o tratamento⁷. Essa evasão, semelhante à observada em outros países^{8,9}, faz com que a informação que se tem sobre o futuro dessas pacientes seja muito incompleta, o que constitui em questão relevante; pois a violência sexual gera seqüelas.

Os problemas gerados por uma violência sexual compõem três tipos de seqüelas: as físicas, as psicológicas e as da esfera sexual. As seqüelas de ordem física estão bem documentadas na literatura e as ações para manutenção da saúde física já são consensos⁷.

Os aspectos psicológicos do seguimento pós-agressão sexual em mulheres adultas e adolescentes parecem também estar estabelecidos⁸⁻¹⁰.

Com relação às conseqüências na esfera sexual, são poucas as publicações a respeito. O que parece ser muito comum ocorrer após um episódio de violência sexual é o receio de novas experiências sexuais e a perda do prazer sexual¹¹.

A sexualidade é definida como um dos pilares da qualidade de vida do ser humano¹². A medicina tem o dever de preservar a qualidade de vida das pessoas sob pena de “gerar” doentes e doenças¹³. Entretanto, os aspectos referentes à sexualidade das pacientes vítimas de agressão sexual são controversos e escassos na literatura. Em clínicas de sexualidade é comum a associação entre disfunções sexuais (desejo sexual hipoativo, transtorno de excitação sexual, disfunção orgástica, dispareunia, vaginismo) e violência sexual prévia^{14,15}.

Van Berlo e Ensink, em 2000¹⁶, fizeram uma revisão de literatura sobre o tema. Embora os estudos variassem consideravelmente na metodologia, a conclusão sempre aponta diminuição do contato, satisfação e prazer sexual após uma violência sexual. Entre os fatores associados com maior prevalência de desordens sexuais destacam-se a idade da mulher no

momento da agressão, o fato do agressor ser conhecido e o tipo de penetração durante a agressão. Enfim, pode-se concluir que os problemas de ordem sexual são evidenciados inicialmente como componentes da síndrome do estresse pós-traumático e relacionam-se com problemas psicológicos como a depressão e o medo. Se estes problemas não são bem diagnosticados e tratados, influenciam de maneira direta o funcionamento da sexualidade das mulheres vítimas de violência sexual.

No CAISM, o atendimento psicológico visa a oferecer apoio às mulheres, familiares e/ou acompanhantes, na tentativa de reorganizar a vida e favorecer a recuperação da auto-estima dessas mulheres após a violência sofrida¹⁷. Entretanto, da mesma forma que em outros serviços, a sexualidade pós-agressão não é objeto de abordagem específica⁷.

Considerando a importância da sexualidade na saúde e qualidade de vida das pessoas, surge a necessidade de conhecer melhor o que se passa com a sexualidade feminina após violência sexual. Com esse objetivo, nos propomos a avaliar a relação entre violência sexual e disfunções sexuais em mulheres que sofreram essa agressão, assim como verificar que fatores podem estar associados à prevalência e gravidade dessas disfunções.

Sujeitos e métodos

Foi realizado um estudo observacional com 42 mulheres que sofreram violência sexual, com vida sexual ativa prévia à agressão, atendidas no Ambulatório Especial do CAISM, da UNICAMP. Essas mulheres foram entrevistadas após seis meses da violência sexual, momento da alta médica da paciente, com aplicação de questionário estruturado e pré-testado.

O questionário elaborado, especialmente para esta pesquisa, tinha duas partes: primeiro a ficha com dados extraídos do prontuário da mulher e segundo, o questionário cujas perguntas eram feitas para a própria mulher em sala especial para essa entrevista.

As variáveis pesquisadas foram da mulher: idade, cor, status marital, grau de instrução da mulher e do companheiro, quando este presente, renda *per capita* e religião da mulher. As variáveis da agressão foram o tipo de agressão sexual sofrida por essas mulheres, número e *status* do agressor(es). As variáveis sobre mudanças na vida sexual após a agressão foram atitude e comportamento sexual do companheiro após a agressão sexual da mulher, frequência de relações sexuais (número de intercurso sexual por semana), frequência de desejo sexual, frequência do orgasmo, satisfação sexual, tipos de práticas sexuais adotadas pelo casal, tempo para a primeira relação sexual após a agressão, iniciador da prática sexual e presença de dor ao coito.

Todas as mulheres foram convidadas a participarem do estudo, sendo que sua recusa não significasse qualquer prejuízo ao seu atendimento no Ambulatório Especial. Este trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Resultados

Características das mulheres

A maior parte das mulheres entrevistadas neste trabalho tinha até 29 anos de idade (69%), eram brancas (76%) e completaram os estudos até o primeiro grau (55%); nenhuma delas era analfabeta. A renda *per capita* da maioria (57%) foi de até R\$380,00. A religião professada por 52% delas era a católica, porém 9% delas se defiram sem religião (Tabela 1).

Tabela 1

Características sociodemográficas das mulheres vítimas de violência sexual		
Variáveis	n (42)	%
Idade (em anos)		
Até 19	8	19
20 a 24	12	29
25 a 29	9	21
30 a 34	6	14
34 ou mais	7	17
Cor		
Branca	32	76
Não Branca	10	24
Escolaridade		
Ensino Fundamental	23	55
Ensino Médio	14	33
Superior	5	12
Status marital		
Com companheiro	33	79
Sem companheiro	9	21
Renda per capita		
Até R\$380,00	24	57
R\$380,00 a R\$500,00	9	22
Mais de R\$500,00	9	22
Religião		
Católica	22	52
Evangélica	14	34
Espírita	2	5
Sem religião	4	9

Características da agressão sexual

Das 42 mulheres entrevistadas, duas referiram já terem sofrido outra agressão sexual anteriormente. Os agressores eram desconhecidos em 39 casos e o tipo de agressão sofrida foi, preferencialmente, a vaginal (estupro) seguida da combinação das práticas vaginal+oral+anal, vaginal+oral, vaginal+anal e oral+anal (Tabela 2).

Todas as mulheres que participaram desta pesquisa se lembraram com precisão da data da agressão. Houve 100% de concordância entre a data da agressão anotada no

prontuário com a data da agressão respondida pelas mulheres, no momento da entrevista (dado não apresentado em tabela).

Tabela 2

Características da agressão sexual		
Variáveis	n (42)	%
Número de agressões sexuais sofridas		
Apenas uma	40	95
Mais de uma	2	5
Status do agressor		
Desconhecido	39	93
Conhecido	3	7
Tipo de agressão sexual sofrida		
Vaginal	22	52
Vaginal, oral e anal	9	21
Vaginal e oral	6	14
Vaginal e anal	4	10
Oral e anal	1	2

Características dos companheiros das mulheres que sofreram agressão sexual

Os companheiros das mulheres que sofreram agressão sexual, assim como elas, tinham apenas o primeiro grau (60%), porém nenhum deles era analfabeto. O comportamento de solidariedade para com as suas companheiras ao tomarem conhecimento da violência sexual esteve presente em apenas dois terços dos casos. As reações negativas foram compostas de quatro casos de abandono das parceiras, um caso cujo companheiro julgou a parceira culpada pelo ocorrido e três casos em que se tornaram agressivos com as companheiras. Duas mulheres preferiram não comunicar o companheiro da agressão sexual vivida. Das 33 mulheres que tinham companheiro no momento da agressão, seis estavam sozinhas e cinco estavam com novo companheiro seis meses após o evento (Tabela 3 e Figura 1).

Tabela 3

Características do companheiro e sua reação ao saber da agressão		
Variáveis	n (33)	%
Escolaridade		
1º Grau	20	60
2º Grau	9	27
Superior	4	13
Reação ao saber da agressão		
Mostrou-se solidário	22	67
Reações negativas	9	27
Não soube	2	6

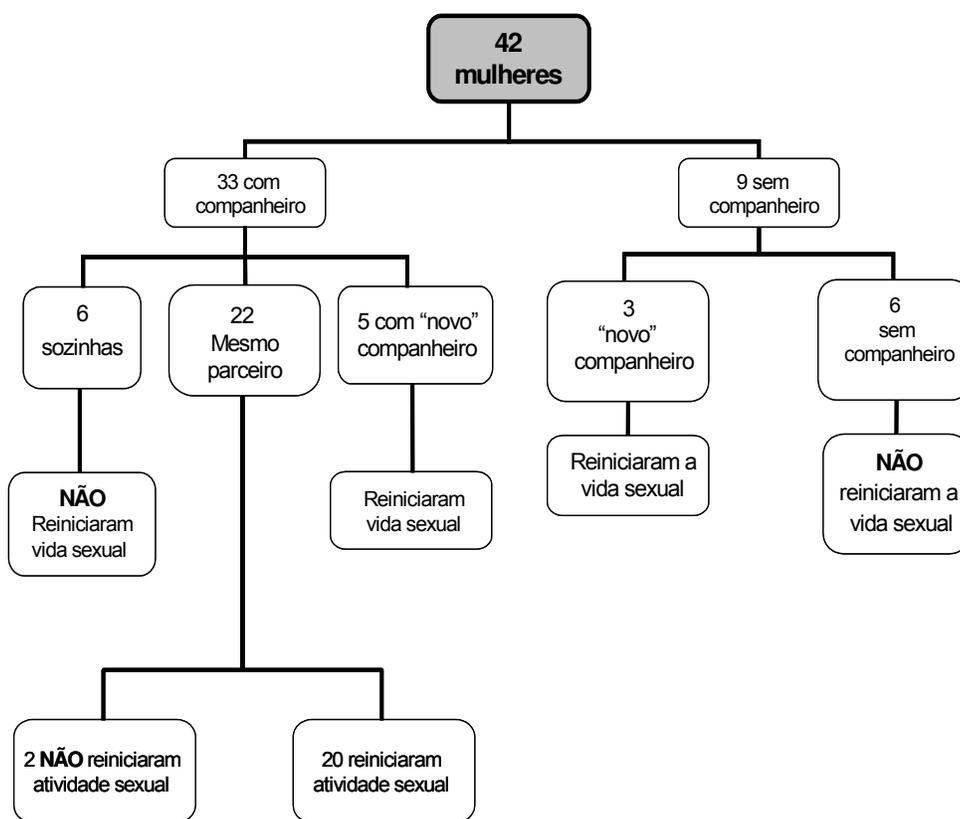


Figura 1. Fluxograma dos casos de violência sexual de acordo com o *status* marital e o reinício da vida sexual.

Sexualidade das mulheres após a violência sexual

Catorze (33%) das 42 mulheres reiniciaram a prática da vida sexual no primeiro mês após a violência. Outras 14 (33%), reiniciaram a vida sexual entre 30 e 180 dias. O terço restante não tinha reiniciado sua vida sexual até o momento da entrevista, seis meses após o episódio de violência (dados não mostrados em tabelas).

As mudanças na vida sexual das mulheres que sofreram violência sexual foram estudadas apenas entre as 22 que permaneceram com o mesmo companheiro desde o momento da agressão até a ocasião da entrevista (Tabela 4). As mulheres que, no momento da entrevista, estavam vivendo com outro companheiro foram excluídas desta análise, pois se considerou que a mudança de companheiro, por si só, poderia ocasionar mudanças.

A média de intercursos sexuais por semana diminuiu de 3,3 para 1,8. Duas das 22 mulheres que permaneceram com o mesmo companheiro não tinham reiniciado a vida sexual até a ocasião da entrevista.

Não houve diferença quanto à frequência de desejo sexual antes e depois da agressão. Entretanto, enquanto antes da agressão a metade das mulheres participava na decisão de ter relações sexuais, esta proporção caiu para 20% após a agressão sexual.

Não houve mudanças entre “antes” e “depois” da agressão em relação à posição adotada durante a relação sexual.

Não houve mudanças nas formas das práticas de relação sexual entre antes e depois da agressão sexual. Dois terços das mulheres permaneceram praticando várias formas de relação sexual após o evento, enquanto que apenas 18% passaram a praticar apenas o coito vaginal. Das duas mulheres que não reiniciaram a atividade sexual, uma praticava todas as formas de relação sexual e a outra só exercia a prática do sexo

vaginal. Uma paciente que praticava todas as formas de relação sexual passou a prática de masturbação exclusiva (dados não mostrados em tabelas).

O fato de ter havido violência sexual com coito anal ou não, parece não ter tido influência nesta prática adotada pelas mulheres. O número de mulheres que deixaram de praticar o coito anal após a agressão foi semelhante nos dois grupos, as que sofreram e as que não sofreram este tipo de agressão (dados não mostrados em tabelas).

Dois terços das mulheres apresentavam orgasmo sempre ou quase sempre antes da agressão, e essa percentagem desceu para 28% após a violência.

Não houve diferenças quanto à presença de dor no intercurso sexual.

Quase 70% das mulheres relataram estarem satisfeitas com sua vida sexual antes da agressão, comparado com apenas 41% após a violência.

Quando perguntado às mulheres o quanto a lembrança da agressão interfere hoje na sua vida sexual, 31 (nove entre as 14 que não tinham vida sexual ativa por ocasião da entrevista e 12 entre as 28 que já haviam reiniciado a vida sexual) responderam que essa interferência é muito grande (dado não mostrado em tabela).

Metade das mulheres relatou que o companheiro “passou a procurá-la menos” depois da agressão (dado não mostrado em tabela).

Tabela 4

Variáveis	Antes	Depois
Média de relações sexuais*	3,3	1,8
Iniciativa da relação sexual		
Sem a participação da mulher	11 (50%)	16 (73%)
Com a participação da mulher	11 (50%)	4 (18%)
Não teve relação sexual	0	2 (9%)
Presença de orgasmo		
Sempre+Na maioria	14 (64%)	6 (27%)
Às vezes+Nunca	8 (36%)	14 (64%)
Não teve relação sexual	0	2 (9%)
Presença de dor		
Sempre	3 (14%)	4 (18%)
Às vezes	8 (36%)	6 (27%)
Nunca	11 (50%)	10 (45%)
Não teve relação sexual	0	2 (9%)
Satisfação sexual		
Satisfeita	15 (68%)	9 (41%)
Insatisfeita	7 (32%)	13 (59%)
Total de mulheres	22	100

*número de intercurso sexual por semana

Discussão

A violência sexual teve forte impacto sobre a vida sexual das mulheres entrevistadas, já que um terço delas, no momento da entrevista, ou seja, seis meses após agressão sexual, não tinha ainda reiniciado a prática da vida sexual e a média de intercursos sexuais caiu de 3,3 relações sexuais por semana antes da agressão sexual para 1,8 depois do evento.

Esses dados estão de acordo com o observado por Nadelson et. al. (1982)¹⁴, Van Berlo e Ensink (2000)¹⁶ e Brendler (2000)¹⁵. Van Berlo e Ensink¹⁶ relatam que 57% das mulheres vítimas de violência sexual manifestam disfunções sexuais no primeiro ano após a agressão sexual e que a síndrome do estresse pós-traumático cujos sintomas principais, a depressão e o medo, podem estar presentes por até vinte anos após o evento.

Outro dado que confirma que a agressão sexual é um evento marcante na vida de uma mulher é que 100% delas se lembraram da data de ocorrência da violência sexual. Das 14 mulheres que não tinham vida sexual ativa por ocasião da entrevista, nove delas (64%) tinham forte lembrança da ocorrência enquanto que, entre as 28 com vida sexual restabelecida, 12 (43%) referiram lembrar-se muito da agressão. Na literatura não encontramos informações sobre esse assunto.

O desejo sexual hipoativo é motivo comum de procura por especialistas do funcionamento e desordens sexuais que pode ter sua causa em uma eventual agressão sexual¹⁵. Não encontramos diferença entre o desejo sexual antes e depois da violência sexual nas mulheres de nosso estudo.

A participação da mulher na decisão em iniciar a relação sexual ainda se encontrava diminuída nessas mulheres após seis meses da agressão. Esse dado está de acordo com publicação de Van Berlo e Ensink (2000)¹⁶ que refere o desinteresse da mulher em iniciar a relação sexual, passando a se comportar passivamente e aceitar o desejo do companheiro cuja atitude de busca se tornou reduzida. Em dois casos, apesar de ainda permanecerem juntos, o companheiro também mostrou desinteresse e não se retornou a vida sexual conjugal, seis meses após a agressão.

A presença do orgasmo diminuiu em nosso trabalho, coincidindo com os dados de literatura que apontam para esse mesmo resultado. Seguimentos maiores que o nosso, até um ano após a violência, mostram que apenas pouco mais da metade das mulheres tinham recuperado a capacidade de ter orgasmo¹⁶.

Estudos realizados entre pacientes que consultam por anorgasmia em clínicas de sexualidade, mostram que em torno de 90% dessas mulheres tem história de violência sexual prévia¹⁵. Uma característica do presente estudo, que é diferente do trabalho citado, é que

nossa amostra é composta de mulheres que solicitaram atendimento médico após a agressão. Em outros estudos consultados que mostram elevada relação entre anorgasmia e violência sexual, a amostra é populacional, partindo de mulheres que referem aquele sintoma.

A redução na satisfação sexual manifestada pelas mulheres de nosso estudo coincide com o observado por Van Berlo e Ensink (2000)¹⁶, que mostraram que após a violência sexual há significativa insatisfação sexual.

Não encontramos um aumento na presença de dispareunia, contrastando com Brendler (2000)¹⁵, para quem é um importante achado entre mulheres com história de violência. Esta diferença pode explicar-se porque a amostra da sexóloga é de mulheres cuja queixa principal é a disfunção sexual e nosso estudo foi um acompanhamento de pacientes vítimas de violência sexual.

Não observamos diferença nas formas de relação sexual e nas posições adotadas na relação sexual. Apenas uma paciente adotou como forma de relação sexual a masturbação exclusiva. Diferente de Van Berlo e Ensink¹⁶, que encontraram menor aceitação da prática de coito anal quando a agressão por essa forma, nossos sujeitos tiveram menos prática de coito anal após a violência, mas sem mostrar relação com o tipo de agressão sofrida.

No presente estudo, avaliou-se principalmente a violência urbana. Sabe-se que as mulheres e adolescentes que sofrem violência familiar raramente procuram assistência médica, o que explica a alta proporção de agressores desconhecidos em nossa amostra. O agressor conhecido, sobretudo, familiar não provoca denúncia, não motiva tratamento e não permite a exposição das desordens sexuais.

Este estudo avaliou a sexualidade de uma população específica de mulheres que são expostas à violência sexual e continuaram com acompanhamento durante seis meses, que não necessariamente são semelhantes ao universo de mulheres que sofrem violência sexual.

As mulheres em nosso estudo procuraram o Ambulatório Especial do CAISM pelo temor de uma doença sexualmente transmissível, pelo temor de uma gestação indesejada e algumas vezes para tratamento de lesões corporais e danos psicológicos. Com o resultado dos exames excluindo gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis e outros danos, mantiveram-se em acompanhamento as mulheres que ainda tinham problemas a serem resolvidos em qualquer das esferas acima mencionadas. A amostra foi selecionada após seis meses do evento, entre as mulheres que ainda requeriam cuidados após a violência, daí um possível viés de seleção. Além disso, trabalhamos com dados subjetivos, sem condições de serem dimensionados e limitados por depender da memória das mulheres e, sobretudo, numa situação tão incomum e vulnerável.

Neste estudo, 33 mulheres tinham companheiro no momento da agressão. Vinte e duas continuaram com o mesmo companheiro e onze estavam sozinhas ou com novo parceiro. Pode-se perceber que os companheiros das primeiras 22, em sua grande maioria (18) mostraram-se solidários com suas mulheres e dois não ficaram sabendo do ocorrido. No outro grupo, ao contrário, observou-se que em sete (de 11) casos os companheiros apresentaram uma reação negativa caracterizada por abandono, indiferença ou agressividade.

Este trabalho mostrou que um terço das mulheres não haviam reiniciado a vida sexual seis meses após a agressão sexual, sendo que duas coabitavam com companheiros. Num próximo passo, devemos, procurar os fatores predisponentes para as disordens sexuais e propor medidas preventivas imediatamente após a agressão e terapêuticas quando a desordem for identificada.

Para Van Berlo e Ensink¹⁶ os principais fatores para as disfunções sexuais são a depressão e o medo. Sem tratá-los as pacientes podem reverberar os sintomas da síndrome do estresse pós-traumático e desenvolver diversas disfunções sexuais.

Uma vez definida que a sexualidade é um dos pilares da saúde e da qualidade de vida das pessoas, surge a necessidade de se diagnosticar precocemente e tratar as mulheres com maiores predisposições para as patologias da esfera sexual. Este objetivo somente será alcançado se toda a equipe de saúde que acolhe mulheres vitimadas tenha a sensibilidade necessária para a possibilidade real da existência de alterações da sexualidade.

Propõe-se que no protocolo de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual a sexualidade seja alvo da atenção da equipe de saúde, principalmente quando se detecta sinais de depressão ou medo, ou quando a mulher relata atraso do reinício da vida sexual, queixas de desinteresse sexual, anorgasmia, dispareunia.

Referências

1. IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2000. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2003.
2. ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice patterns: emergency oral contraception. *Int J Gyn Obstet.* 1997;56:290-7.
3. Grossi PK. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: Lopes MJ, Meyer DE, Waldow VR, organizadores. *Gênero e saúde.* Porto Alegre: Editora Artes; 1996 p. 134-49.
4. Andalaft-Neto J, editor. *Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei: Manual de Orientação* – São Paulo: Ed. Ponto; 2004. p. 11-12.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Técnica sobre a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, 1ª edição.*

- Brasília: Área Técnica Saúde da Mulher, Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1999.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Técnica sobre a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, 2ª edição. Brasília: Área Técnica Saúde da Mulher, Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 2005.
 7. Oshikata CT, Bedone A, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:109-18.
 8. Bang L. Who consults for rape? *Scand J Health Care*. 1993;11:8-14.
 9. Holmes MM, Resnick HS, Frampton D. Follow-up of sexual assault victims. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;179:336-42.
 10. Acierno R, Resnick H, Kilpatrick DG, Saunders B, Best CL. Risk factors for rape, physical assault and posttraumatic stress disorder in woman: examination of differential multivariate relationships. *J Anxiety Disord*. 1999;13: 541-63.
 11. Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual Coercion and Reproductive Health*. New York: The Population Council, Livraria Cataloging Data; 1995.
 12. Villela WV. Num país tropical, do sexo que se faz ao sexo do qual se fala. *In: Galvão L, Díaz J, organizadores. Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*. São Paulo: HUCITEC/ Population Council; 1999.p.310-23.
 13. Abdo C. *Estudo da vida sexual do brasileiro*. 1ª ed. São Paulo: Ed. Bregantini; 2004.

14. Nadelson CC, Notman MT, Zackson H, Gornick J. A follow-up study of rape victims. *Am J Psychiatry*. 1982 Oct;139(10):1266-70.
15. Brendler J. Características de 19 vítimas de violência sexual. Anais da 3ª Jornada Gaúcha de Sexualidade Humana e 3º Seminário Sulbrasileiro de Educação Sexual; 25 a 27 de março de 2000; p. 36.
16. Van Berlo W, Ensick B. Problems with sexuality after sexual assault. *Ann Rev Sex Res*. 2000; 11:235-57.
17. Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):465-9.

4. Conclusões

- Um terço das mulheres não reiniciou a vida sexual seis meses após a agressão.
- Sessenta e oito por cento das mulheres referiram-se satisfeitas e 32% insatisfeitas com a vida sexual antes da agressão. Após a agressão, estes números mudaram para 41% e 59%, respectivamente.
- Vinte e dois companheiros mostraram-se solidários, nove tiveram reações negativas e dois não ficaram sabendo da violência sexual.

5. Referências Bibliográficas

Abdo C. Estudo da vida sexual do brasileiro. 1ª ed. São Paulo: Ed. Bregantini; 2004.

Acierno R, Resnick H, Kilpatrick DG, Saunders B, Best CL. Risk factors for rape, physical assault and posttraumatic stress disorder in woman: examination of differential multivariate relationships. J Anxiety Disord, 13: 541-63, 1999.

ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice patterns: emergency oral contraception. Int J Gynecol Obstet 1997; 56: 290-7.

Andalaft Neto J, editor. Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei: Manual de Orientação – São Paulo: Ed. Ponto; 2004. p. 11-12.

Ballone GJ. Sexualidade na gravidez, [http: www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br), 28/08/2001.

Bang L. Who consults for rape? Scand J Health Care 1993; 11: 8-14.

Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. CMAJ 2005; 172(10): 1327-33.

Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. Cad. Saúde Pública, 23(2):465-9, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Normas sobre a prevenção e tratamento dos agravos dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, 2ª edição. Brasília: Área Técnica Saúde da Mulher, Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 2005.

Brendler J. Características de 19 vítimas de violência sexual. Anais da 3ª Jornada Gaúcha de Sexualidade Humana e 3º Seminário Sulbrasileiro de Educação Sexual; 25 a 27 de março de 2000; p. 36.

Coid J, Petruckevitch A, Chung W, Richardson J, Moorey S; Feder G. Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care attenders. *British Journal of Psychiatry* 2003 (183): 332-39.

Danielson CK, Holmes MM. National crime victims research and treatment. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2004; 16(5): 383-88.

Faravelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychopathology after rape. *Am. J. Psychiatry* 2004 (161): 1483-85.

Frohlich P, Meston CM. Fluoxetine-induced changes in tactile sensation and sexual functioning among clinically depressed women. *J Sex Marital ther* 2005; 31(2): 113-28.

Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual Coercion and Reproductive Health*. The Population Council Livrary Cataloging Data, New York, 1995.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2000. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2003.

Grossi PK. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: Lopes MJ, Meyer DE, Waldow VR, organizadores. *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Editora Artes; 1996 p. 134-49.

Holmes MM, Resnick HS, Frampton D. Follow-up of sexual assault victims. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 336-42.

Messman-Moore TL, Long PJ, Siegfried NJ. The revictimization of child sexual abuse survivors: an examination of the adjustment of college women with child sexual abuse, adult sexual assault and adult physical abuse. *Child Maltreat*. 2000; 5(1): 18-27.

Miller BC, Monson BH, Norton MC. The effects forced sexual intercourse on white female adolescents. *Child Abuse and Negl*. 1995; 19 (10): 1289-301.

Nadelson CC, Notman MT, Zackson H, Gornick J. A follow-up study of rape victims. *Am J Psychiatry* 1982 Oct;139(10): 1266-70.

Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cad Saúde Pública* 2005, 21: 109-18.

Van Berlo W, Ensick B. Problems with sexuality after sexual assault. *Ann Rev Sex Res* 2000; 11: 235-57.

Villela WV. Num país tropical, do sexo que se faz ao sexo do qual se fala. *In: Galvão L, Díaz J, Organizadores. Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. São Paulo: HUCITEC/ Population Council;1999. p.310-23.*

Warnock JJK. Female hypoactive sexual desire disorder. *Epidemiology, diagnosis and treatment. CNS Drugs* 2002; 16 (11); 745-53.

6. Anexos

6.1. Anexo 1 – 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, 28/03/06.
(Grupo III)

PARECER PROJETO: N° 141/2006 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0095.0.146.000-06

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL”
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ana Paula Pereira
INSTITUIÇÃO: CAISM/UNICAMP
APRESENTAÇÃO AO CEP: 27/03/2006
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 28/03/07 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Avaliar as conseqüências da violência sexual sobre a sexualidade das mulheres que sofreram a agressão.

III - SUMÁRIO

Estudo observacional tipo corte transversal onde serão entrevistadas 131 mulheres sexualmente ativas que sofreram violência sexual em acompanhamento no Ambulatório de Atendimento especial do CAISM. Será feita uma comparação das práticas sexuais, satisfação, orgasmo, qualidade de vida sexual nos momentos prévios e posterior a agressão levando-se em conta as características socioeconômicas, demográficas, reprodutivas e os aspectos referentes à agressão sexual e atitude do companheiro frente ao evento. Serão utilizados os testes T de Student e McNemar.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O estudo está bem estruturado, com introdução detalhada, justificativa, objetivos gerais e específicos, métodos adequados de coleta e avaliação. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é adequado. O sigilo é garantido. As entrevistas serão realizadas em sala reservada e com assistência psicológica.

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, bem como ter



aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

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 III Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 28 de março de 2006.


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

6.2. Anexo 2 –Instrumento de Coleta de Dados

“Sexualidade em Mulheres Vítimas de Violência Sexual”

Ambulatório de Atendimento Especial

CAISM

Ficha|_|_|_|

Pesquisadora: Ana Paula Pereira

Entrevista realizada em: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Observações: _____

HC: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Tel.: _____

Ficha

Seção 1 – Características Sociodemográficas

1.1. Idade |__|__| (anos)

1.2. Cor ou raça:

(1) branca

(2) negra

(3) parda

(4) indígena

(5) amarela

(6) outra: _____

1.3. Escolaridade:

(1) analfabeta

(2) ensino fundamental

(3) ensino médio

(4) ensino superior

(5) pós-graduação

1.4. Escolaridade do companheiro:

(1) analfabeto

(2) ensino fundamental

(3) ensino médio

(4) ensino superior

(5) pós-graduação

1.5. Renda familiar total: _____

1.6. Pessoas dependem dessa renda para viver:

|__|__| pessoas

1.7. Renda *per capita*: _____

1.8. Religião:

- (1) Católica
- (2) Protestante
- (3) Evangélica
- (4) Judaica/ Israelita,
- (5) Espírita (kardecista)
- (6) Umbanda/ Candomblé
- (7) Outra. Qual? _____
- (8) Sem religião

Seção 2 – A agressão

2.1. Primeira agressão sexual:

- (1) sim
- (2) não

2.2. Número de vezes que sofreu violência sexual _____

2.3. Data da violência sexual: |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

2.4. Prática(s) sofrida(s):

- (1) vaginal
- (2) anal
- (3) oral
- (4) vaginal e oral
- (5) vaginal e anal
- (6) anal e oral
- (7) vaginal, anal e oral

2.5. Status do agressor:

- (1) conhecido
- (2) desconhecido

Questionário:

3.1. Você se lembra da data que da agressão sexual que você sofreu?

- (1) sim
- (2) não

3.2. Qual é essa data?

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Seção 3 – Práticas sexuais: SE VOCÊ SE ENCONTRA COM O MESMO COMPANHEIRO DE ANTES DA AGRESSÃO

3.3. Na época da agressão você tinha um marido, companheiro ou namorado?

- (1) SIM – CONTINUE O QUESTIONÁRIO
- (2) não # PASSE PARA A PERGUNTA 4.9

3.4. Qual foi a reação dele ao saber da agressão?

- (1) mostrou-se solidário e compreensivo
- (2) ficou indiferente ao fato
- (3) tornou-se agressivo com você
- (4) culpou você pela agressão
- (5) abandonou você
- (6) outra. Qual? _____

3.5. E agora, você continua com essa pessoa, tem outra, ou está sozinha?

- (1) continuo com a mesma pessoa
- (2) tenho outra pessoa # PASSE PARA A PERGUNTA 4.9
- (3) estou sozinha # PASSE PARA A PERGUNTA 4.9

3.6. Antes da agressão, quantas relações sexuais, por semana, em média, vocês tinham:

|_|_| por semana

|0|0| não tínhamos relações # PASSE PARA A PERGUNTA 4.9

3.6.a. E agora?

|_|_| por semana

|0|0| não temos relações # PASSE PARA A PERGUNTA 4.9

3.7. Antes da agressão, quem mais comumente tomava a iniciativa de iniciar a relação sexual?

- (1) Eu
- (2) marido/companheiro
- (3) os dois na mesma proporção
- (4) não sabe dizer

3.7.a. E agora? |_|_|

3.8. Antes da agressão qual a posição mais freqüentemente utilizada durante a relação sexual?

- (1) homem por cima da mulher (“papai-mamãe”)
- (2) mulher por cima do homem (“coqueirinho”)
- (3) homem por trás (“cata-cavaco”)
- (4) lado a lado
- (5) outra. Qual? _____

3.8.a. E agora? |_|_|

3.9. Antes da agressão, você praticava as seguintes formas de relação sexual:

			3.9.a. E agora?	
(1) sexo oral: você nele	(1) sim	(2) não	(1) sim	(2) não
(2) sexo oral: ele em você	(1) sim	(2) não	(1) sim	(2) não
(3) sexo anal	(1) sim	(2) não	(1) sim	(2) não
(4) masturbação mútua	(1) sim	(2) não	(1) sim	(2) não
(5) masturbação dele em você	(1) sim	(2) não	(1) sim	(2) não
(6) masturbação você nele	(1) sim	(2) não	(1) sim	(2) não
(7) masturbação sozinha	(1) sim	(2) não	(1) sim	(2) não
(8) sexo vaginal	(1) sim	(2) não	(1) sim	(2) não

3.10. Antes da agressão, você:

- (1) sempre gostava de ter relações sexuais
- (2) na maioria das vezes gostava de ter relações sexuais
- (3) às vezes gostava de ter relações sexuais
- (4) nunca gostava de ter relações sexuais

3.10.a. E agora? |_|_|

3.11. Orgasmo, gozo, prazer ou clímax pode ou não acontecer durante uma relação sexual. Antes da agressão você:

- (1) sempre tinha orgasmo
- (2) na maioria das vezes tinha orgasmo
- (3) às vezes tinha orgasmo
- (4) nunca sentia orgasmo

3.11.a. E agora? |_|_|

3.12. Você sentia dor durante a relação sexual antes da agressão?

- (1) sempre
- (2) às vezes
- (3) nunca

3.12.a. E agora? |_|_|

3.13. Você tinha sangramento durante a relação sexual antes da agressão?

- (1) sempre
- (2) às vezes
- (3) nunca

3.13.a. E agora? |_|_|

3.14. Você acha que, após agressão, seu companheiro passou procurá-la mais, menos ou ficou igual?

- (1) passou a procurar menos
- (2) passou a procurar mais
- (3) mantém o comportamento anterior à agressão

3.15. Após quanto tempo da agressão sexual sofrida que você teve nova relação sexual?

- (1) |_|_|_|(dias)
- (2) ainda não tive # PASSE PARA A PERGUNTA 4.9#

3.16. Com quem você teve a primeira relação sexual após a agressão?

(1) mesmo namorado/marido/companheiro da época da agressão # PASSE PARA A PERGUNTA 4. 9#

(2) “novo” companheiro

Seção 4 – Vida sexual atual com novo companheiro

Agora gostaria de fazer algumas perguntas sobre como é sua vida sexual com esse novo companheiro/namorado

4.1 Quantas relações sexuais, por semana, em média, vocês têm?

|_|_| não temos relações – PASSE PARA A PERGUNTA 4.9

|_|_| por semana

4.2. Quem mais comumente toma a iniciativa de iniciar a relação sexual?

(1) Eu

(2) marido/companheiro

(3) os dois na mesma proporção

(4) não sabe dizer

4.3 Qual a posição mais freqüentemente utilizada durante a relação sexual?

(1) homem por cima da mulher (“papai-mamãe”)

(2) mulher por cima do homem (“coqueirinho”)

(3) homem por trás (“cata-cavaco”)

(4) lado a lado

(5) outra. Qual? _____

4.4. Você pratica as seguintes formas de relação sexual:

(1) sexo oral: você nele	(1) sim	(2) não
(2) sexo oral: ele em você	(1) sim	(2) não
(3) sexo anal	(1) sim	(2) não
(4) masturbação mútua	(1) sim	(2) não
(5) masturbação dele em você	(1) sim	(2) não
(6) masturbação você nele	(1) sim	(2) não
(7) masturbação sozinha	(1) sim	(2) não
(8) sexo vaginal	(1) sim	(2) não

4.5. Atualmente, você:

- (1) sempre gosta de ter relações sexuais
- (2) na maioria das vezes gosta de ter relações sexuais
- (3) às vezes gosta de ter relações sexuais
- (4) nunca gosta de ter relações sexuais

4.6. Orgasmo, gozo, prazer ou clímax pode ou não acontecer durante uma relação sexual. Atualmente, você:

- (1) sempre tem orgasmo
- (2) na maioria das vezes tem orgasmo
- (3) às vezes tem orgasmo
- (4) nunca sente orgasmo

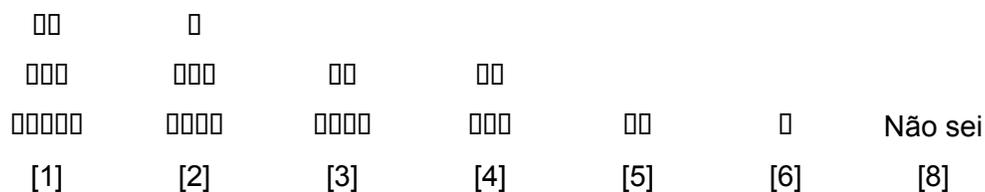
4.7. Você sente dor durante a relação sexual?

- (1) sempre
- (2) às vezes
- (3) nunca

4.8. Você tem sangramento durante a relação sexual?

- (1) sempre
- (2) às vezes
- (3) nunca

4.9. Qual dessas figuras representa o quanto a lembrança da agressão que você sofreu interfere na sua vida sexual?



4.10 Por quê?

4.11. Qual dessas figuras representa a maneira como você vê a sua vida sexual hoje?



[1]



[2]



[3]



[4]



[5]

Não sei

[6]

4.12. Por quê?

6.3. Anexo 3 –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Sexualidade em Mulheres Vítimas de Violência Sexual”

Ficha |__|__|__|

Eu, _____
com _____ anos, RG. _____, HC _____
domiciliada _____

e abaixo assinada, estou sendo convidada para participar de uma pesquisa que avaliará a vida sexual de mulheres que consultam no Ambulatório de Atendimento Especial. Esse conhecimento poderá ajudar a melhorar a assistência às mulheres vítimas de violência sexual.

Fui informada que meu nome será mantido em sigilo pelo pesquisador e ao apresentar os resultados dessa pesquisa não haverá possibilidade de identificação desses dados com a minha pessoa.

Fui informada que esse estudo é baseado numa entrevista na qual responderei um questionário sobre a minha vida sexual enfocando aspectos pré e pós-violência sexual. Será realizada em sala reservada, somente na presença da médica. Como isso poderá me fazer recordar fatos desagradáveis poderei sentir algum desconforto.

Estou ciente que esta pesquisa poderá não trazer um benefício pessoal e imediato, porém, os resultados da pesquisa poderão contribuir para um melhor conhecimento e entendimento do que ocorre com a sexualidade das mulheres nesta situação.

Fui informada que posso me recusar a participar desta pesquisa, sem que isso signifique qualquer restrição ao atendimento nesse Ambulatório ou nesse Hospital.

Da mesma forma, poderei deixar de responder qualquer pergunta ou suspender a entrevista no momento em que desejar, sem que essa atitude traga algum prejuízo ao meu atendimento.

Se aceitar participar da pesquisa, a entrevista será marcada em um dos dias em que terei consulta no Ambulatório, sem me trazer, portanto, outras despesas ou gastos. Nesse dia eu serei atendida pelo médico logo que chegar e a seguir serei submetida à entrevista. Fui informada também que quando for consultar, inclusive no dia da entrevista, se necessário for, receberei lanche e passes de ônibus, de acordo com a rotina do Serviço Social do Ambulatório.

Para qualquer esclarecimento poderei procurar a Dra. Ana Paula Pereira ou Dr. Aloísio José Bedone, no Ambulatório de Atendimento Especial às 5^{as} feiras das 12:30 às 17:00 horas ou pelo telefone(0XX19) 3788-9347.

O telefone do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) é (0XX19) 3788-8936.

Li as informações acima e tive a chance de esclarecer dúvidas e fazer perguntas sobre a pesquisa.

Campinas, _____ de _____ de 2006.

Assinatura da participante _____

Assinatura do responsável legal _____

Assinatura da pesquisadora _____