

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC – SP

Flávia Bello Costa De Souza

**Consequências emocionais de um episódio de estupro
na vida de mulheres adultas**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

São Paulo
2013

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC – SP

Flávia Bello Costa De Souza

**Consequências emocionais de um episódio de estupro
na vida de mulheres adultas**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica – Núcleo de Estudos Junguianos, sob a orientação da Professora Doutora Denise Gimenez Ramos.

São Paulo

2013

Banca Examinadora

SOUZA, Flávia Bello Costa de. *Consequências emocionais de um episódio de estupro na vida de mulheres adultas*

São Paulo: 2013, 146 f.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2013.

Área de concentração: Pós-Graduação em Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Denise Gimenez Ramos

Palavras-chave: estupro, consequências emocionais, transtorno do estresse pós-traumático, depressão, autoestima, vergonha e culpa.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, para fins acadêmicos ou científicos, a reprodução parcial ou total desta dissertação por processos fotocopiadores ou eletrônicos, desde que citada a fonte.

São Paulo, 26 de agosto de de 2013.

Flávia Bello Costa De Souza

*Dedico este trabalho a todas as mulheres
vítimas de alguma forma de violência.*

AGRADECIMENTOS

A todas as mulheres que compuseram esta amostra, que tão bem me receberam e contaram suas histórias. Pela confiança que depositaram em mim. Aprendi a olhar a todas com admiração. Para mim, são todas guerreiras e um exemplo de vida!

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Denise Gimenez Ramos. Sua presença, pontuações, considerações e observações foram de extrema importância para a construção desta pesquisa. Durante todo o mestrado, suas aulas e orientações me proporcionaram ampliar meu conhecimento acadêmico e também psicológico clínico. Muito obrigada por absolutamente tudo! Sem sua ajuda, este trabalho não seria possível.

Ao Doutor Jefferson Drezett, diretor no Ambulatório de Violência Sexual do Hospital Pérola Byington. Agradeço por ter acreditado em mim e aberto as portas do hospital para minha pesquisa de campo. Suas observações, conhecimento da área e pontuações foram extremamente importantes na realização desta pesquisa.

Aos membros da banca, Professora Doutora Liliana e Professora Doutora Ana Flávia. Por suas valiosas pontuações no exame de qualificação, ajuda e disponibilidade durante o desenvolvimento desta dissertação.

Aos meus pais, que me deram apoio emocional e financeiro para a realização deste mestrado. Sem vocês este sonho não teria se tornado realidade. Minha profunda admiração e agradecimento a vocês que me acompanham em todos os momentos de minha vida.

À minha linda irmã Fernanda e ao meu cunhado Marcos, que me ajudaram a pensar academicamente e me ensinaram e escutaram durante este processo, meu muito obrigada.

À Fabiana Biagigo, colega de mestrado que se tornou minha grande amiga aqui em São Paulo. Sua presença tornou mais fácil e agradável minha mudança para esta cidade. Sua amizade foi um presente que o mestrado me deu.

À Camila Novaes, minha colega baiana, que com sua alegria me ajudou a superar as dificuldades encontradas ao longo do caminho. Seu conhecimento de

informática também foi de extrema importância. Ao Roberto Garcia, que me fez rir nas aulas e orientações, além das pontuações valiosas que me ajudaram a aprofundar a análise dos resultados.

A todos os colegas de aulas e orientação. Nossa colaboração mútua e a troca de conhecimento e informações foi muita rica, contribuindo para aprofundar o meu conhecimento em psicologia e ampliá-lo em diferentes direções e campos de estudo.

A todos os colaboradores do Hospital Pérola Byington, que me ajudaram de forma inesquecível na pesquisa de campo.

À minha família e amigos que amo tanto, por sempre me receberem em Curitiba com festa, possibilitando-me descansar e recuperar as energias.

À minha linda e maravilhosa avó, que tanto me ajudou “lá de cima”!

A Deus, que me concedeu energia e motivação extras sempre que precisei.

RESUMO

A violência contra a mulher atinge milhares de vítimas, independente de faixa etária, cultura e nível socioeconômico. É um problema de saúde pública com amplas consequências, tanto físicas quanto psicológicas, e que podem ser duradouras. Uma forma de violência sexual é o estupro. Esta pesquisa, de natureza quali-quantitativa, busca compreender as consequências emocionais de um episódio de estupro na vida de uma mulher adulta, bem como investigar a presença do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), depressão e níveis de autoestima, e suas correlações com dados sociodemográficos, características específicas do estupro e sentimentos de vergonha e culpa. Foram entrevistadas 37 mulheres vítimas de estupro sob tratamento médico no Serviço de Saúde Pública do Hospital Pérola Byington, na cidade de São Paulo, Brasil. Os instrumentos utilizados foram um roteiro de entrevista semiaberta, a escala *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version* – PCL-C (BERGER *et al.*, 2004), o Inventário de Depressão Beck – BDI (CUNHA, 2011) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (DINI *et al.*, 2004). Com base nos dados compilados foi observada, entre outros fatores, correlação estatística significativa entre os níveis de depressão e a presença do TEPT. Os resultados indicaram que o episódio de estupro refletiu-se em alterações na qualidade do sono, aumento da sensação de medo de ter contraído alguma doença, medo da reação e julgamento alheios, dificuldade nas relações interpessoais, impacto negativo na qualidade da vida sexual, além de vergonha, culpa e autopercepção negativa sobre si e sobre o próprio corpo. Em contrapartida, o apoio e o acolhimento familiar, social e religioso, assim como comportamentos individuais de resiliência, revelaram-se como fatores positivos e protetores em relação às vítimas.

Palavras-chave: Estupro. Consequências emocionais. Transtorno do estresse pós-traumático. Depressão. Autoestima. Vergonha. Culpa.

ABSTRACT

Violence against women affects thousands of victims, regardless of age, culture and socioeconomic status. It is a public health problem with far-reaching consequences, both physical and psychological, which may be long-lasting. One type of sexual violence is rape. This qualitative research aims at understanding the emotional consequences of a rape episode in a woman's life, as well as investigating the occurrence of post-traumatic stress disorder (PTSD), depression and self-esteem levels, and their correlation with sociodemographic data, specific characteristics of a rape and feelings of shame and guilt. Interviews were conducted with 37 women victims of rape under medical treatment at the Public Health Service in Perola Byington Hospital, São Paulo, Brazil. The instruments used were a semi-structured interview script, the Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version – PCL-C (BERGER *et al.*, 2004), the Beck Depression Inventory – BDI (CUNHA, 2011) and the Rosenberg Self-Esteem Scale (DINI *et al.*, 2004). Based on the compiled data, among other factors the study detected a significant statistical correlation between levels of depression and the presence of PTSD. Results indicated that the rape episode had effects such as sleep quality alterations, increased sense of fear of having contracted some disease, concern on being judged by others, difficulties in interpersonal relationships and negative impact on sexual life quality, apart from shame, guilt and negative self-perception of themselves and their bodies. In contrast, familiar, social and religious support and acceptance as well as individual behaviors of resilience proved to be positive and protective factors as regards to the victims.

Keywords: Rape. Emotional Consequences. Post-Traumatic Stress Disorder. Depression. Self-Esteem. Shame. Guilt.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1: A violência sexual em números – 2011/12/13 (palavra-base: <i>estupro</i>)	25
Tabela 1: Distribuição das participantes segundo características sociodemográficas	66
Tabela 2: Distribuição das participantes segundo características específicas do estupro	67
Tabela 3: Distribuição das participantes segundo variáveis relativas a mudanças comportamentais	69
Tabela 4: Distribuição das participantes segundo possíveis consequências advindas do estupro	72
Tabela 5: Distribuição das participantes segundo variáveis relativas à vida sexual	74
Tabela 6: Distribuição das participantes segundo níveis de autoestima	75
Tabela 7: Distribuição das participantes segundo níveis de depressão	76
Tabela 8: Distribuição das participantes segundo escores do transtorno do estresse pós-traumático	76
Tabela 9: Correlação entre características sociodemográficas e autoestima	77
Tabela 10: Correlação entre características específicas do estupro e autoestima	78
Tabela 11: Correlação entre vergonha, culpa e autoestima	79
Tabela 12: Correlação entre características sociodemográficas e níveis de depressão	80
Tabela 13: Correlação entre características específicas do estupro e níveis de depressão	81
Tabela 14 : Correlação entre vergonha, culpa e níveis de depressão	82
Tabela 15: Correlação entre características sociodemográficas e escores do transtorno do estresse pós-traumático	83
Tabela 16: Correlação entre características específicas do estupro e escores do transtorno do estresse pós-traumático	84
Tabela 17: Correlação entre vergonha e culpa e escores do transtorno do estresse pós-traumático	85
Tabela 18: Correlação entre níveis de autoestima e o transtorno do estresse pós-traumático	86
Tabela 19: Correlação entre níveis de depressão e o transtorno do estresse pós-traumático	86
Tabela 20: Correlação entre níveis de autoestima e níveis de depressão	87
Quadro 2: comparativo entre entrevistadas B e C	128

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Roteiro de Entrevista Semiaberta	147
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	157
Anexo C – Parecer Consubstanciado do CEP	161

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 Violência Sexual: definição e epidemiologia	20
2.2 Trauma	28
2.2.1 Transtorno de Estresse Pós-Traumático	33
2.2.2 A dinâmica da violência contra a mulher	35
2.2.3 A dinâmica traumática da violência sexual e seus efeitos	40
3 REVISÃO DE PESQUISAS SOBRE VIOLÊNCIA SEXUAL E SUAS CONSEQUÊNCIAS	44
3.1 Consequências da violência sexual	44
3.2 Violência sexual, transtorno do estresse pós-traumático e depressão	49
3.3 Violência sexual, transtornos alimentares e TEPT	52
3.4 Violência sexual e satisfação sexual	53
4 MÉTODO	57
4.1 Objetivo geral	57
4.2 Objetivos específicos	57
4.3 Participantes	57
4.3.1 Critérios de inclusão	58
4.3.2 Critério de exclusão	58
4.4 Instrumentos de coleta de dados	58
4.5 Local de coleta dos dados	60

4.6 Procedimentos	61
4.6.1 Seleção da amostra	61
4.6.2 Aplicação dos instrumentos	62
4.6.3 Procedimentos éticos	62
4.6.4 Análise dos dados	63
5 RESULTADOS	65
5.1 Resultados quantitativos	65
5.1.1 Caracterização da amostra	66
5.1.1.1 Dados sociodemográficos, clínicos e comportamentais	66
5.1.1.2 Correlações estatísticas	77
5.2 Resultados qualitativos	87
5.2.1 Categoria: Revitimização	87
5.2.2 Categoria: Reações durante o evento	89
5.2.3 Categoria: Reações logo após o evento	90
5.2.4 Categoria: Reações e observações em relação ao atendimento na delegacia	92
5.2.5 Categoria: Sensações e sentimentos relativos ao exame de corpo de delito	94
5.2.6 Categoria: Acolhimento e apoio familiar e social	95
5.2.7 Categoria: Sofrimento familiar e falta de acolhimento	97
5.2.8 Categoria: Receio do julgamento alheio	99
5.2.9 Categoria: Mudanças na alimentação, sono e humor	101
5.2.10 Categoria: Pensamentos intrusivos	103
5.2.11 Categoria: Comportamento depressivo	105
5.2.12 Categoria: Isolamento social	106

5.2.13 Categoria: Mudanças e dificuldades na autopercepção e no relacionamento com o próprio corpo	108
5.2.14 Categoria: Medo de contaminação por DST e HIV/Aids	110
5.2.15 Categoria: Medo de sair ou ficar sozinha, de reencontrar o agressor e que o evento se repita	111
5.2.16 Categoria: Medo da reação familiar	112
5.2.17 Categoria: Comportamentos de resiliência	113
5.2.18 Categoria: Sentimento de vergonha	115
5.2.19 Categoria: Sentimento de culpa	117
5.2.20 Categoria: Avaliação sobre a própria reação ao evento	119
5.2.21 Categoria: Raiva e nojo em relação ao agressor	120
5.2.22 Categoria: Mudanças na vida sexual após o evento	121
5.2.23 Categoria: Apoio das crenças religiosas	123
5.3 Análise de duas entrevistas	124
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	130
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	142
ANEXOS	147

1 INTRODUÇÃO

Durante a Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena, Áustria, em 1993, estabeleceu-se que os direitos humanos das mulheres são inalienáveis e constituem parte integrante e indivisível dos direitos humanos universais. No mesmo ano, a Organização das Nações Unidas (ONU) publicou a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher¹.

Bandeira (2004) afirma que a violência sexual é um fenômeno social e multiforme, agravado pela violência psicológica e física. Para a autora, trata-se de uma das mais graves manifestações de violência de gênero, ocorrendo, principalmente, nas relações privadas e familiares.

Para Soares (1999, p. 22), “[...] é exatamente dentro de suas próprias casas que mulheres e crianças correm maior risco de serem agredidas, estupradas, ameaçadas e mortas”, pois o que ocorre no espaço privado ainda é regido, no Brasil, pela “lei do silêncio”. Como diz o ditado: “em briga de marido e mulher não se mete a colher”, ou seja, ninguém deve interferir ou denunciar. Bandeira (2004, p. 7) complementa: “Familiares e amigos das vítimas tendem a querer esconder ou negar que alguém de seu círculo pessoal tenha sido estuprada pelo marido, em função da vergonha e da desonra, que torna vulnerável a integridade emocional da vítima”.

Para Diniz (2007, p. 477), a violência contra a mulher é o retrato da desigualdade de gênero existente no país, que internaliza papéis, posições e deveres fixos do feminino e masculino, e que “[...] transforma a violência sexual em uma questão de saúde e segurança públicas e de direitos humanos”. Observa-se deste modo que a violência contra a mulher não se limita à esfera privada, familiar: é um problema social. De acordo com Villela e Lago (2007), é necessário enfrentar esta problemática nos âmbitos públicos de segurança, do direito e da saúde, pois a violência sexual provoca uma gama variada de consequências às suas vítimas.

¹ Disponível no site <http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/104>. Acesso em 6 de janeiro de 2012.

Segundo Bandeira (2004, p. 8),

[...] há mais de três décadas a militância dos movimentos feministas de mulheres encontrou seu referencial empírico na denúncia da violência sexual contra a mulher. Com isso tornava visível, no plano social e político, que eram as mulheres as vítimas preferenciais da violência sexual, seja nos lares, no trabalho ou em outros espaços sociais.

Sob esta ótica, surge a possibilidade de reconhecimento da violência que ocorre no espaço privado e sua problematização, para que, então, esta realidade se torne parte integrante de políticas públicas, com discussões e busca por definições, soluções, ações, tratamentos e criminalização dessa forma de violência.

Para tanto, o mundo privado e familiar ganha contornos públicos em uma mudança de paradigma que gera conflitos e novas posições sobre o privado e o público. De acordo com Soares (1999, p. 33):

Por romper as velhas estruturas do patriarcalismo e desnaturalizar os dispositivos que asseguram o livre exercício da violência familiar, estaria, pragmaticamente, produzindo condições de amplificação da democracia, a despeito de seus efeitos colaterais.

Ao ser denunciada, a violência contra a mulher sai do anonimato, permitindo que suas vítimas deixem de ser invisíveis.

Ainda prevalece no imaginário, tanto masculino quanto feminino, que a mulher pode ser responsável pela violência sofrida, como se fosse culpada por ter vestido uma saia curta ou uma blusa apertada, ou que o homem é detentor do direito de “castigar sua mulher”; ou, segundo Miller (1999), o imperativo inconsciente de que é necessário obedecer ao marido, isto é, sorrir e fingir que o casamento está bom – fingir para a sociedade, e também para si mesma.

Miller (1999, p. 79) que o papel e o lugar que a mulher vem ocupando ao longo da história da humanidade estão em uma posição de inferioridade:

A história da posição da mulher no mundo tem sido escrita em palavras e façanhas semelhantes desde os tempos mais remotos [...]. A imaginação nos engana ao criar esse cenário, mas a história não precisa nos iludir. Ela tem sido tão constante em relegar as mulheres a uma condição inferior, que as cenas de abuso, atualmente, são realizadas no mesmo cenário e com o mesmo *script*.

A honra masculina tem subvertido a feminina ao longo da história. Aos homens são concedidos direitos que as mulheres precisam lutar para conquistar. A mulher ainda é vista pelos homens em sua cisão “santa e prostituta”, pois a mudança é lenta e ainda não houve uma integração de sua força e papel na sociedade. De acordo com Amorin (2012, p. 41), “[...] a violência sempre existiu como fato histórico e social, e estupros são praticados desde os primórdios da história”.

Ao discorrer sobre a violência, Bandeira (2004, p. 7) ressalta que:

[...] o estupro é sua manifestação mais extrema combinando o uso da força física e moral mediante o não consentimento da vítima. Sem dúvida, trata-se da forma mais brutal e inconcebível da violência sexual, uma vez que imprime a senha da vergonha e da impureza na mulher estuprada.

Para Paske (1982), o estupro é um crime violento, cometido contra a pessoa e sua propriedade, neste caso, seu corpo.

O presente estudo, que tem como foco uma forma específica de violência sexual, concretizada por meio de um estupro praticado por um homem contra uma mulher, tem como objetivo compreender a dinâmica psíquica envolvida no estupro, assim como as marcas dele resultantes, marcas estas – como tão bem pontuaram as autoras acima citadas – invisíveis aos olhos da sociedade até pouco tempo atrás, e que ajudam a formar a teia de consequências psicológicas que este tipo de violência pode acarretar a uma mulher.

O interesse pelo tema aqui proposto surgiu de uma experiência profissional. Trabalhei, durante dois anos, em um abrigo para crianças e adolescentes vítimas de violência. Entre as diferentes formas de violência, a maioria das crianças e adolescentes abrigados havia sofrido violência sexual.

Cada criança ou adolescente era atendido uma vez por semana para suporte psicológico, além de participar de um encontro em grupo semanal, dividido por faixa etária. O que se observava nos atendimentos individuais era um silêncio a respeito da violência sofrida; no entanto, os desenhos, movimentos corporais, sonhos e fantasias relatadas eram carregadas de emoções e dor, dor esta trazida pela violência sexual sofrida. O corpo era objeto de ódio, falta de cuidado, brigas e agressões.

Algumas crianças – principalmente as adolescentes – apresentavam descuidos em sua higiene corporal, como por exemplo, recusar-se a tomar banho ou mesmo a tomar banho de forma adequada, e, como consequência, emanavam um odor característico, cabelos oleosos, unhas sujas ou não cortadas.

Em dias frios, não usavam roupas adequadas, e por isso ficavam frequentemente doentes. Os cuidados com a própria aparência resultavam em desleixo, como não gostar de pentear e/ou arrumar o cabelo, não lavar as próprias roupas e não aceitar a regra de passá-las. As brigas entre si eram constantes, incluindo mordidas, chutes e arranhões. Em consequência, os corpos ficavam machucados e, em alguns casos, as feridas não eram cuidadas ou tratadas. Apesar disso, quase não havia queixas de dor.

Durante essa experiência, minhas reflexões sobre como ficaria a relação com o próprio corpo após ter sido vítima de uma violência sexual eram contínuas. Os trabalhos em grupo tinham sempre o corpo como tema, e era possível observar o desconforto que o assunto trazia para a maioria das adolescentes que ali estavam. Xingamentos nos grupos eram frequentes, além da realização das tarefas propostas de forma incorreta ou – principalmente – incompleta, ou mesmo da recusa em participar do grupo. O corpo, retratado através de desenhos, era desconexo ou apresentava partes faltantes, por exemplo, a não existência do pescoço ou de cinco dedos nas mãos ou pés. Linhas fracas e rabiscos por cima do desenho também eram comuns.

Minhas inquietações permanecem comigo, trazendo-me novos questionamentos. Após a experiência profissional com crianças e adolescentes, persistem as perguntas: Como a vítima vivencia esta experiência? Como fica a relação com o corpo após sofrer violência sexual em idade adulta, uma vez que etapas do desenvolvimento psíquico já amadureceram? Como fica a imagem corporal após sofrer no corpo a invasão da violência? E em relação ao “depois” da violência, quais são as mudanças, se houver?

Tais dúvidas me levaram a escolher a violência sexual como tema de pesquisa da presente dissertação de mestrado, buscando refletir sobre as consequências emocionais que um episódio de estupro pode causar na vida de mulheres adultas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Violência Sexual: definição e epidemiologia

A Organização Mundial da Saúde – OMS (2012)^{2, 3} define a violência como o uso intencional de força física ou poder, de forma real ou em ameaça, contra si mesmo ou outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulta em ou tem alta probabilidade de causar injúria, morte ou dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação.

Quando a violência tem a mulher como vítima, ela é descrita pela OMS (2012)⁴ como qualquer ato de violência baseado no gênero, que resulta em ou tem alta probabilidade de causar dano físico, sexual ou mental ou sofrimento para a mulher, incluindo ameaças destes atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, independente se caracterizada na vida pública ou privada.

Nos casos em que esse tipo de agressão se dá nos contornos de uma violência sexual, a OMS (2012)⁵ a define como qualquer tentativa ou consumação de ato sexual, ou qualquer ato contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção, perpetrado por qualquer pessoa, independente de seu relacionamento com a vítima, em qualquer ambiente. A violência sexual inclui estupro, descrito como a coerção, por força física ou não, para fins de penetração da vulva ou do ânus com o pênis, outra parte corporal ou objeto.

O termo “abuso”, bastante usado em pesquisas realizadas em países da língua inglesa, será definido nesta pesquisa à luz da explanação de Soares (1999),

² Todas as traduções constantes desta dissertação foram feitas pela própria pesquisadora.

³ “*Violence is the intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, which either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment, or deprivation.*” (World Health Organization, WHO, 2012).

⁴ “*The United Nations defines violence against women as any act of gender -based violence that results in, or is to result in, physical, sexual or mental harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life.*” (WHO, 2012).

⁵ “*Sexual violence is any sexual act, attempt to obtain a sexual act, unwanted sexual comments or advances, or acts to traffic, or otherwise directed against a person’s sexuality using coercion, by any person regardless of their relationship to the victim, in any setting. It includes rape, defined as the physically forced or otherwise coerced penetration of the vulva or anus with a penis, other body part or object.*” (WHO, 2012).

pela qual o termo em inglês – *abuse* – é utilizado indistintamente para agressão física, negligência e violência sexual e emocional quando o abuso é sofrido, ou seja, quando o sujeito é a vítima da agressão.

Para a OMS (2012), na definição de Maus Tratos na Infância está incluída a expressão “abuso sexual”. A caracterização de maus tratos na infância aplica-se aos casos em que a criança é por vezes referida como abusada ou negligenciada, incluindo todas as formas de maus tratos físicos e emocionais, abuso sexual, negligência e exploração que resulta em, ou que tem possibilidade de resultar em dano potencial à saúde da criança, ao seu desenvolvimento ou à sua dignidade. Dentro desta ampla definição, cinco subtipos podem ser distinguidos – abuso físico, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, abuso emocional e exploração⁶.

Em 2011, o Ministério da Saúde publicou o manual Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual⁷, pelo qual pode-se conhecer os aspectos jurídicos do Código Penal Brasileiro com relação aos crimes que são classificados como Crimes Contra a Dignidade Sexual.

A partir do ano de 2009, o artigo 213 do Código Penal Brasileiro (2010, p. 7)⁸ define o estupro como um ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso: pena – reclusão, de seis a dez anos”. Violência é compreendida como o emprego da força física; grave ameaça é vista como intimidação da vítima, e ambos impossibilitam que a vítima possa se defender desta agressão. Segundo Drezett (2000, p. 1), alguns exemplos de atos libidinosos são: “[...] mordidas, sucção das mamas, manobras digitais eróticas e a cópula anal ou oral”; portanto, tanto a mulher quanto o homem podem ser vítimas de estupro.

No artigo 217-A do Código Penal Brasileiro (2010, p. 8), há a tipificação do estupro de vulnerável, que consiste em

⁶ “Child maltreatment, sometimes referred to as child abuse and neglect, includes all forms of physical and emotional ill-treatment, sexual abuse, neglect, and exploitation that results in actual or potential harm to the child’s health, development or dignity. Within this broad definition, five subtypes can be distinguished – physical abuse; sexual abuse; neglect and negligent treatment; emotional abuse; and exploitation.” (WHO, 2012)

⁷ Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf>. Acesso em 12 de março de 2012.

⁸ Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em 12 de março de 2012.

[...] ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos; induzimento de menor de 14 anos a satisfazer a lascívia de outrem (art. 218); satisfação de lascívia mediante a presença de criança ou adolescente (art. 218-A); e favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável.

Incorre no mesmo crime a pessoa que, de acordo com o parágrafo 1 do artigo 217-A, praticar um ato libidinoso “com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência” (Ibidem, p. 26).

Segundo Drezett *et al.* (2004, 2011), os índices indicam que a violência sexual contra a mulher tende a ocorrer no espaço privado e doméstico, e que há uma prevalência da ameaça psicológica ao invés do uso de força física na violência sexual. Por este motivo, os danos genitais (que consistem na prova física da violência sexual sofrida) podem ser menos evidentes, o que pode levar a um menor índice de punições e criminalização dos agressores por não haver provas clínicas positivas.

Outro motivo que pode acarretar no pequeno número de resultados periciais positivos (provas clinicamente positivas para conjunção carnal e ato libidinoso) é a demora e o acesso das vítimas ao exame médico. Neste ponto surge uma nova problemática: a baixa prevalência dos índices e números da violência sexual.

Drezett *et al.* (2011, p. 190) expuseram assim o seu pensamento: “Impacto emocional, terror do exame pericial ou vulnerabilidade social podem justificar a dificuldade para realizar o exame em momento oportuno.” Temores em geral, receio do exame em si, medo de ser desacreditada e humilhação são exemplos do que pode dificultar a denúncia da violência sexual sofrida. Em relação ao abuso sexual infantil, existe a conivência dos responsáveis pela criança em denunciar os seus pares.

Em 2005, o Ministério da Saúde observou que o descrédito da população quanto aos órgãos de segurança pública, judiciais e médicos, além de constrangimento social e vergonha (em um país ainda considerado machista), também pode ser motivo para a baixa notificação.

Em 2005, um estudo realizado pela OMS com 24.000 mulheres de dez países em desenvolvimento revelou que 0,3 a 11% destas mulheres foram vítimas de violência sexual cometida por um desconhecido.

D'Oliveira *et al.* (2009) empreenderam um estudo transversal integrante do *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence*, acima citado, tendo como sujeitos de pesquisa 940 mulheres de São Paulo e 1.118 mulheres da Zona da Mata Pernambucana, que responderam ao questionário de forma completa. Os resultados apontaram a prevalência de violência física e/ou sexual, cometida por um parceiro íntimo durante a vida, com percentuais de 28,9% para São Paulo e 36,9% para a Zona da Mata.

Com base no “Mapa da Violência 2012: Homicídios de Mulheres no Brasil”⁹ (Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos, 2012), em 2010 o número de homicídios femininos chegou a 4.446. No período de 1980 a 2010, o número de mulheres vítimas de assassinato no país aumentou em 230%. Segundo o mapa, o número de mortes causadas por armas de fogo (49,2% em 2010) corresponde a menos da metade das causas de morte feminina. Outras mortes ocorreram por estrangulamento/sufocação (5,7%), objetos cortantes ou penetrantes (25,8%), objetos contundentes (8,5%) e outros (10,8%), modalidades estas que exigem um contato direto, o que pode indicar violência passional. Na maioria dos casos – 41% – a morte ocorreu na residência da vítima; a segunda maior ocorrência se deu em vias públicas, com um percentual de 15,6% dos incidentes que envolvem violência.

Ainda de acordo com esse mapa, o estado de São Paulo ficou na 26ª posição entre os estados brasileiros, com uma taxa de 3,2 homicídios femininos para cada cem mil habitantes. A cidade de São Paulo também se situou na mesma posição. Em comparação com outros 84 países, o Brasil obteve o sétimo lugar no ranking dos países com os maiores índices de homicídios. Em cada três atendimentos relativos a violência doméstica, sexual e/ou outras, dois envolviam o sexo feminino. O autor com maior número de notificações foi o cônjuge, seguido por amigo/conhecido, e por desconhecido, em terceiro lugar. Em 2011, a violência sexual foi responsável por 12,2% dos atendimentos registrados no Sistema Único de Saúde – SUS. Pelos

⁹ Disponível em <http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf>. Acesso em 17 de março de 2013.

mesmos registros, nesse ano foram atendidas mais de 13 mil mulheres vítimas de violência sexual.

O Ministério da Saúde (2011) reconhece a violência sexual como questão de saúde pública, apontando que uma em cada quatro mulheres no mundo é vítima de violência de gênero com perda de um ano de vida potencialmente saudável a cada cinco anos. No Brasil, 70% dos crimes contra a mulher acontecem no ambiente doméstico e são praticados, na sua maioria, pelos parceiros íntimos.

Para Drezett (2000), das vítimas de violência sexual, entre 25 e 50% são infectadas por alguma doença sexualmente transmissível (DST), enquanto a taxa de soroconversão para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) situa-se entre 0,8% e 1,6%.

A Norma Técnica do Ministério da Saúde¹⁰, datada de 2005, apontou que, em 1997, o Brasil gastou com assistência à saúde, devido à violência, 1,9% de seu produto interno bruto (PIB); que, além disso, o índice de faltas femininas ao trabalho devido à violência montava a 25% da jornada mensal de trabalho, o que reduzia sua renda financeira entre 3% e 20%; que, por fim, os filhos dessas mulheres apresentavam três vezes mais chances de adoecer, e que 63% destas crianças repetiam pelo menos um ano escolar. A violência dentro de casa contribuiu, portanto, para que as crianças passassem a abandonar os estudos com a idade média de nove anos.

Para Villela e Lago (2007), as Delegacias Especializadas no Atendimento a Mulheres (DEAM) demonstram o reconhecimento por parte do Estado de que o problema da violência contra a mulher não deve ser tratado na esfera privada ou como questões de relações interpessoais, e sim como um problema social que deve ser enfrentado nos âmbitos de segurança pública, saúde e direito.

De acordo com Soares (1999, p. 49), as Delegacias de Defesa da Mulher foram criadas em 1980 para receber e ofertar espaço para as mulheres vítimas de: “lesão corporal, estupro, atentado violento ao pudor, aborto provocado por terceiros, constrangimento ilegal, maus-tratos, corrupção de menores, sedução, rapto, sequestro e cárcere privado”. Na teoria, estas delegacias deveriam oferecer

¹⁰ Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno6_saude_mulher.pdf>. Acesso em 20 de fevereiro de 2012.

tratamento digno e respeitoso às mulheres, mas, na prática, mesmo nesse ambiente pode haver mau atendimento, com preconceitos e julgamentos contra as vítimas tanto, da parte de policiais do sexo feminino quanto do sexo masculino, podendo levar à revitimização.

O Estado de São Paulo conta com 129 Delegacias de Defesa da Mulher. Com base nos relatórios enviados à Secretaria de Estado da Segurança Pública do Estado de São Paulo, o quadro a seguir expõe os números da violência sexual nos anos de 2012 e 2013 (caracterizada em seus dados por meio da palavra *estupro*):

Quadro 1: A violência sexual em números – 2012/13 (palavra-base ou palavra-chave: *estupro*)

Ano	Capital	Grande São Paulo	Total Estado de São Paulo
1º. Trimestre 2012	688	615	3.063
2º. Trimestre 2012	785	679	3.152
3º. Trimestre 2012	845	663	3.356
4º. Trimestre 2012	879	672	3.315
1º. Trimestre 2013	867	694	3.356

Fonte: Secretaria de Estado da Segurança Pública, 2013.

Moraes, Cabral e Heilborn (2006) realizaram uma pesquisa com 4.634 jovens para avaliar a dimensão da questão da violência sexual nas cidades de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, com o objetivo de mapear as macrorregiões Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil. Os resultados fornecem uma ideia da problemática encontrada:

- A prevalência da coerção é mais comum entre jovens oriundos de favelas, com menor renda per capita e com mães com baixa escolaridade, ou seja, que nunca foram à escola ou que interromperam os estudos prematuramente;
- Foram observados menores índices de coerção sexual entre os que se declararam brancos;

- Coerção Sexual: foi maior na infância, adolescência e juventude entre jovens do sexo feminino (35% em Salvador, 40% no Rio de Janeiro e 140% em Porto Alegre), em comparação ao sexo masculino;
- A média para coerção sexual ocorreu entre 10 e 19 anos para o sexo feminino, mas há proporção razoável antes de 10 anos;
- Para as mulheres o perpetrador da violência é no mínimo vinte anos mais velho que a vítima, em sua maioria do sexo oposto ao dela. Também na maioria dos casos a relação entre perpetrador e vítima é de ordem afetiva – parentes ou conhecidos. O parceiro (atual ou passado) aparece com os índices mais elevados;
- Um terço das situações que levaram à relação sexual, para as jovens, decorreu de ameaça, emprego de violência física ou outras formas de violência, além de “muita insistência”;
- A violência praticada pelo pai ou mãe, apesar de ser em menor índice, quando ocorre é três vezes maior para vítimas do sexo feminino quando comparada ao sexo masculino.

No Brasil, o Ministério da Saúde (2011) delinea os impactos que a violência sexual tem sobre as vítimas, ou seja, suas consequências:

É, entretanto, amplamente conhecido que este tipo de violência pode levar a lesões, gravidez indesejada, disfunção sexual, e/ou doenças sexualmente transmissíveis (como o HIV), tendo também um grande impacto sobre o estado psicológico da mulher. Entre os danos causados à saúde mental, podem contar-se a ansiedade, a depressão e até o suicídio.

Para complementar a ideia das consequências psicológicas trazidas pela violência sexual, a OMS (2012) também afirma que esta forma de violência pode levar à depressão, ao transtorno do estresse pós-traumático, a dificuldades para dormir, a distúrbios alimentares e a estresse emocional e tentativas de suicídio. Quanto às consequências emocionais, Mattar *et al.* (2007, p. 460) salientaram que:

Em relação aos aspectos emocionais são frequentes os sentimentos de medo da morte, sensação de solidão, vergonha e culpa, e o surgimento de graus variados da síndrome do estresse pós-traumático, que pode acarretar consequências imediatas e tardias, como fobias, pânico e depressão.

Drezett *et al.* (2004, p. 32) declarou que “[...] além disso, agregam-se danos psicológicos que produzem efeitos intensos e devastadores, por vezes irreparáveis para a saúde mental e para reinserção social da vítima”. Em 2000, Drezett (*Ibidem*, p. 9) afirmara que:

[...] podem se estabelecer transtornos da sexualidade, incluindo o vaginismo, dor nas relações sexuais, diminuição da lubrificação vaginal e perda da capacidade de orgasmo. Cerca de 40% das mulheres apresentam queixas sexuais após o estupro, podendo evoluir para quadros severos, como a completa aversão ao sexo.

A violência sexual também pode gerar outras consequências, tanto no âmbito pessoal como no social, conforme descrito por Mattar *et al.* (2007, p. 460):

[...] e também de problemas familiares e sociais, como abandono dos estudos, perda de emprego, separações conjugais, abandono de casa e outros. A violência sexual também acarreta a procura mais frequente dos serviços de saúde, por queixas vagas, variadas ou de repetição. [...] Aspectos sociais como abandono de escola, emprego, separações, abandono do lar, prostituição e etc., fazem parte dos problemas psicossociais envolvidos com a violência sexual.

Além disso, a violência sexual pode promover sentimentos de culpa e “ferir” o bem-estar na sociedade. Em sua forma doméstica, ela gera outras dificuldades e mecanismos de perpetuação. De acordo com Schraiber, D’Oliveira e Couto (2009, p. 209),

[...] que também não se estranhem, de outro lado, as dificuldades morais, emocionais e materiais que as mulheres têm para falar com e falar sobre a violência. As mulheres relatam sentir: vergonha ou humilhação; culpa ou medo de serem culpadas pela violência; temor pela sua segurança e a de seus filhos; falta de controle sobre suas vidas; esperança de que o agressor mude dado que ele promete; medo de perder os filhos; vontade de proteger o parceiro por razões econômicas ou afetivas.

Como podemos constatar, a violência sexual é um problema que atinge milhares de mulheres de todas as classes sociais, religiões, culturas e etnias, o que a torna um problema de saúde pública, conforme explica a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (2012)¹¹:

Embora a violência sexual insira-se no macro contexto epidemiológico de violências e traumas – homicídios, violência urbana, violência de trânsito, violência doméstica, violência de gênero etc. –, ela guarda particularidades e requer aportes diferenciados. Trata-se de um problema social sem fronteiras ou delimitação de raça e classe social, além disso, tem alta prevalência na infância e adolescência em ambos os sexos. Via de regra, a violência sexual vem acompanhada da violência física e psicológica empregadas como forma de subjugar a vítima e com consequências sociais.

A seguir abordaremos os aspectos psicológicos referentes à situação de trauma.

2.2 Trauma

Ao passar por uma experiência de ameaça à vida ou forte emoção, a princípio o indivíduo teria duas opções: fugir ou lutar. No entanto, resta-lhe ainda uma terceira opção: congelar-se perante o perigo que acredita estar enfrentando.

O congelamento seria a última possibilidade de sobrevivência; ademais, ao congelar-se, o indivíduo pode entrar em um estado alterado de consciência, no qual não sente dor. De acordo com Levine (1999): “Quando as respostas de luta ou de fuga são impedidas, o organismo instintivamente se contrai ao passar para a última opção, a resposta de congelamento” (p. 94).

Assim como ocorre uma reação à situação enfrentada, há também o momento pós-evento, isto é, após o término da situação. Este ponto dá início à forma como a situação será elaborada, e ao que será feito dessa energia que foi

¹¹ Disponível em <<http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/areas-tematicas/violencia-sexual>>. Acesso em 12 de fevereiro de 2012.

ativada e contraída. A partir daí, pode-se instalar o trauma. Para Levine (1999, p. 18),

[...] De modo semelhante, o corpo reage profundamente ao trauma. Ele se tensiona, pronto para agir, retesa-se com medo, congela e colapsa cheio de terror. Quando a reação protetora da mente diante da sobrecarga volta ao normal, a resposta do corpo deveria se normalizar. Quando esse processo restaurador é bloqueado, os efeitos do trauma ficam fixados, e a pessoa se torna traumatizada.

Nesse processo, portanto, o congelamento da energia que não foi descarregada após o término do evento pode ocasionar o trauma. Assim, o evento é caracterizado como traumático, pois resta um resíduo desta energia não descarregada, persistindo no organismo um impacto não resolvido.

O movimento de energia aprisionada pode levar ao trauma, e não o acontecimento em si – que pode até ser um evento rotineiro. Conforme Levine (1999, p. 32),

[...] ela persiste no corpo e, com frequência, força a formação de uma grande variedade de sintomas, como ansiedade, depressão e problemas psicossomáticos e comportamentais. Estes sintomas são o modo do organismo conter (ou encurralar) a energia residual não descarregada.

Por conseguinte, os sintomas podem ser vividos como uma tentativa de regular a ativação contínua do sistema nervoso e/ou conter esta energia residual não descarregada. Com isso, os sintomas do trauma se tornam presentes. Segundo o autor, “[...] as sensações vêm dos sintomas, os sintomas vêm da energia comprimida” (*Ibidem*, p. 75-76).

Tais sintomas podem ser descritos de diversas formas – ansiedade, ataques de pânico, *flashbacks*, insônia, depressão, queixas psicossomáticas, dificuldade de se abrir e manter relações, ataques de raiva, mudanças de humor repentinas e comportamentos destrutivos repetitivos.

Levine (1999) esclarece que os componentes que formam o núcleo dessa reação traumática são: hiperativação, constrição, dissociação e congelamento.

Por hiperativação entende-se a ativação contínua do sistema nervoso, perante uma sensação de ameaça. Para o autor, constrição corresponde à atitude

de focar toda a atenção na situação ameaçadora, para melhor resolvê-la, enquanto a dissociação envolve distorção do tempo e da percepção.

A dissociação, conforme é apresentada aqui, acontece de modos diversos, que têm em comum uma desconexão fundamental entre a pessoa e o corpo, ou uma parte do corpo, ou uma parte da experiência. Pode ocorrer uma cisão entre: 1. a consciência e o corpo. 2. uma parte do corpo, como a cabeça ou os membros, e o resto do corpo. 3. o eu e as emoções, pensamentos, ou sensações; e 4. o eu e a memória de parte ou de todo o acontecimento (*Ibidem*, p. 126).

A dissociação permite que o indivíduo se “afaste” da situação enquanto ela ocorre, por exemplo, não sentir dor, isto é, promover uma desconexão com o intuito de autoproteção.

O congelamento é vivido como uma sensação de impotência, uma sensação real de paralisia do corpo, no enfrentamento de um evento traumático.

A permanência crônica desses quatro componentes da reação traumática faz com que o trauma seja vivido de forma patológica. Para Levine (1999), a sensação constante de ameaça (externa ou interna, real ou imaginária), a procura pela causa da ameaça e a compensação desta energia ativada, por meio dos sintomas, resultam na dinâmica ativa do trauma. Como a energia se encontra ativada, o organismo ainda crê que está em perigo, ciclo este que se autoperpetua.

Pode haver dificuldade em liberar a energia que se manteve em suspenso, pois, ao tentar fazê-lo, as emoções e sensações “originalmente” sentidas retornam, e nesse momento o medo de sentir novamente tudo o que já foi experimentado pode travar o processo de descarga. Conforme afirmação de Levine (1999, p. 136),

[...] Quando sofremos de trauma, a associação entre a energia vital e as emoções negativas é tão íntima que não conseguimos distingui-las. O que precisamos é exatamente da descarga, mas quando ela começa a ocorrer o efeito pode ser aterrorizante e intolerável, em parte porque a energia liberada é percebida como negativa. Por causa desse medo, normalmente suprimimos a energia, ou na melhor das hipóteses, a descarregamos de modo incompleto.

O que se observa na dinâmica do trauma é que após enfrentar uma situação ameaçadora, o indivíduo não consegue descarregar toda a energia que foi liberada justamente para enfrentar o evento. Esse ciclo autoperpetuante e complexo envolve uma sensação de ameaça constante, que leva a uma hiperativação contínua do sistema nervoso. Por sua vez, o sistema nervoso tenta compensar esse desequilíbrio por meio de sintomas que podem manter a sensação de ameaça e assim alimentar o ciclo, já que para descarregar totalmente essa energia, faz-se necessário “enfrentar” as sensações das quais se tenta fugir.

Segundo Kalsched (1996), o uso do termo trauma corresponde a uma experiência que causa uma insuportável dor ou ansiedade. A palavra utilizada pelo autor em inglês é “*unbearable*”, que também corresponde a excruciante, agonizante, torturante e intolerável, termos estes presentes dentro da dinâmica do trauma. No entender do autor, uma experiência insuportável sobrecarrega as medidas defensivas habituais.

Kalsched (1996) acrescenta que uma experiência que provoca tamanha ansiedade pode desencadear a alienação ou a desintegração da personalidade do indivíduo. Se tal evento acontece na infância, antes do desenvolvimento de um ego coerente, pode levar à formação de “segundas linhas de defesa” que tentam impedir que a experiência traumática ocorra novamente.

Para o autor, alguns exemplos dessas defesas são a cisão, identificação projetiva, idealização ou diabolização, estados de transe, troca de múltiplos centros de identidade, despersonalização e entorpecimento psíquico¹². O autor enfatiza que, por mais que na vida adulta essas defesas possam ser pouco adaptativas, durante o período de formação elas podem ser imprescindíveis para o indivíduo em situações pós-traumáticas.

De acordo com Kalsched (1996), a psique é constituída de um sistema próprio de autocuidado (*self-care system*). Este sistema de autorregulação e mediação entre o mundo externo e interno é realizado, em condições normais, por um ego saudável. Contudo, quando as defesas traumáticas estão a postos, toda relação com o mundo externo é “escaneada” por esse sistema de autocuidado. Desse modo, o que era

¹² “[...] for example, *splitting, projective identification, idealization or diabolization, trance-states, switching among multiple centers of identity, depersonalization, psychic numbing, etc.*” (KALSCHED, 1996, p. 2).

para ser uma defesa contra novas experiências traumáticas se transforma em resistência a qualquer movimento criativo da própria psique: a pessoa sobrevive, mas não pode viver criativamente¹³. Para o autor, é como se houvesse uma “lei interna” que estipulasse que o trauma nunca mais iria acontecer, mesmo que medidas brutais (as defesas) tivessem que ser executadas.

Por conseguinte, um componente importante do trauma é a resistência. Há uma resistência em mudar, em integrar, em crescer. O próprio sistema de autocuidado é duplo, pois contém tanto medidas protecionistas quanto medidas persecutórias, críticas, destrutivas. Para Kalsched (1996), é justamente nesta duplicidade que a resistência atua. Em vez de tentar melhorar, fica-se onde está, ou seja, mantém-se o trauma ativo e preponderante (destrutivo)¹⁴.

Desse modo, a psique pode não conseguir simbolizar o insuportável, que permanece afetivamente ativo, como se um polo atacasse o outro, levando o ego, já fragmentado, a uma possível destruição. Em consequência, a capacidade de fantasiar ou de criar significado é também destruída, pois defesas dissociativas tendem a devastar as experiências integrativas.

Kalsched (1996) chama a atenção para dois aspectos da dinâmica traumática que precisam ser considerados: (1) uma psique traumatizada pode se autotraumatizar, pois a violência não cessa ao final da situação “real”; ela continua viva dentro da vítima; (2) a vítima pode constantemente colocar-se em determinadas situações de vida que a tornem passível de retraumatização.

Ao expor o drama que envolve o trauma, o autor enfatiza que a unidade psíquica pode não ser integrada, pois há um movimento dissociativo na dinâmica do trauma. Ao dissociar-se, a psique distribui o afeto insuportável da experiência em diferentes compartimentos da mente e do corpo, especialmente nas partes inconscientes dos mesmos.

A própria história, isto é, a autobiografia da pessoa vítima de trauma, fica interrompida, cheia de lacunas. A vida continua por meio de um elevado custo interno. Para a psique, um sentido negativo é aparentemente melhor do que a falta de sentido; uma fantasia negativa é melhor do que a falta de fantasia, isto é, para

¹³ “*The person survives but cannot live creatively.*” (*Ibidem*, p. 4)

¹⁴ “*It could play a protective or a persecutory role – sometimes alternating back and forth between them.*” (KALSCHED, 1996, p. 12).

sair do sofrimento, o sistema autoprotetor da psique desenvolve uma fantasia “que faz sentido”, mas termina por romper com a unidade psíquica.

Embora o trauma tenha terminado, seu afeto permanece dissociado em diversas partes. Kalsched (1996) explica esse movimento recorrendo à teoria do complexo de Jung. Com o afeto vivo e autônomo, um trauma pode levar à formação de um complexo, que, enquanto ativo e autônomo, promove a continuação da existência do trauma. Para esse autor, se uma experiência de vida é acompanhada de um forte afeto, todos os elementos a ela associados serão acumulados ao redor desse afeto, formando um complexo afetivo¹⁵.

Em síntese, para o autor, primeiramente ocorre uma traumática dissociação da psique, resultado de uma dor insuportável que não pôde ser elaborada pelo ego vulnerável, levando a uma divisão protetora que promove a segurança de uma parte da psique. A vítima de um trauma pode experienciar uma elaboração, uma integração da cisão inicial. Existe para o indivíduo a possibilidade de integrar as figuras do trauma e elaborar um significado no qual o afeto torna-se suportável.

2.2.1 Transtorno de Estresse Pós-Traumático

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) foi descrito pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV (JORGE, 1995), publicado pela *American Psychiatric Association*, na seção sobre os Transtornos de Ansiedade. Pode ser diagnosticado pelos seguintes especificadores: agudo (duração dos sintomas inferior a três meses), crônico (duração dos sintomas de três meses ou mais) ou com início tardio (um mínimo de seis meses entre o evento traumático e o início dos sintomas).

A característica essencial do TEPT, de acordo com o DSM-IV, é a exposição a um extremo estressor traumático vivido pela pessoa como real ou ameaçador/imaginário, que envolve risco de morte e/ou ameaça à própria vida ou a de outrem que lhe seja próxima.

¹⁵ “If a live experience (such as an early trauma) is accompanied by a strong affect, all the associated perceptual and mental elements of that experience will accumulate around this affect, thereby forming a feeling-toned complex” (KALSCHED, 1996, p. 88).

A constante evocação do evento, por meio de lembranças, imagens, pesadelos, medo, ansiedade e excitação, está presente na dinâmica do transtorno. O indivíduo experimenta e compreende o evento como traumático, mas não elabora o que foi vivido, o que pode acarretar prejuízo e sofrimento significativos em sua vida.

Segundo o DSM-IV (1995), a presença do transtorno pode ser indicativo de violência sexual. Desse modo, ter o corpo ameaçado e/ou violentado sexualmente pode levar à instalação do transtorno de estresse pós-traumático.

Tal situação pode ser revivida de diversas formas. Embora o evento tenha ficado no passado e a situação esteja encerrada, em termos cronológicos o fim “real” do evento não significa o término completo da experiência psicológica, pois ela é vivenciada novamente por meio de sonhos e pensamentos recorrentes.

A pessoa que sofre do transtorno do estresse pós-traumático pode dissociar-se ou tentar evitar pensamentos, situações e/ou pessoas que a remetam ao evento traumático. O transtorno pode incluir amnésia acerca de algum aspecto do evento ou mesmo anestesia emocional, falta de interesse ou prazer nas atividades desenvolvidas, além de redução de emoções e relações com a vida e com outras pessoas. Reações fisiológicas ocorrem em situações ativadoras do evento sofrido, sintomas esses especificados no DSM-IV (1995).

Fica evidente que o dia a dia do indivíduo é afetado. Há uma tentativa constante de afastar-se daquilo que remete à situação traumática vivida, e este movimento de afastamento pode levar a pessoa com esse transtorno a isolar-se da rotina e das obrigações diárias, além de distanciar-se da própria esfera pessoal.

Como a conduta de quem sofre do transtorno circula ao redor da experiência traumática, o indivíduo pode apresentar mudanças comportamentais. Podem surgir aspectos que não estavam presentes antes do transtorno, como maior excitação, dificuldade de conciliar ou manter o sono, hipervigilância, irritabilidade e dificuldade de concentração. É importante ressaltar que os sintomas envolvem o indivíduo em todos os seus aspectos biopsicossociais.

O transtorno de estresse pós-traumático descreve a maneira patológica como algumas pessoas vivem após passar por uma situação traumática. Os sintomas, as relações pessoais e afetivas, o organismo, as reações fisiológicas, ou seja, todo este

conjunto de fatores pode ser afetado pelos sintomas do TEPT. Para Levine (1999, p. 134),

[...] Aqueles (*sintomas*) produzidos pelo trauma são de período prolongado. Os sintomas do trauma podem ser estáveis (sempre presentes), instáveis (aparecem e desaparecem), ou podem se ocultar por décadas. Em geral, esses sintomas não aparecem de modo isolado, mas em grupos. Essas 'síndromes' frequentemente ficam cada vez mais complexas com o passar do tempo, tornando-se cada vez menos ligadas à experiência original do trauma.

O indivíduo que sofre de TEPT está envolto em seu ciclo ativo, que pode se tornar cada vez mais complexo e adquirir novas conexões sintomáticas com o passar do tempo.

Na visão de Kalsched (1996), o ego das pessoas que sofreram algum tipo de trauma mostra-se frágil, permanecendo envolto em ansiedade e em luta constante para sobreviver. Há um constante temor (ou terror) de que a experiência traumática original volte a acontecer, bem como uma contínua vigilância do que acontece ao seu redor, pois vivem com medo de que tudo entre em colapso, o que pode ocorrer.

2.2.2 A dinâmica da violência contra a mulher

É possível observar experiências de ameaça à vida que podem se tornar traumáticas, e um exemplo disso é a violência sexual. Segundo Levine (1999, p. 42), “neste contexto, o trauma tem sido primariamente associado com o abuso sexual”. A situação de violência sexual pode envolver agressão, ameaça, intimidação psicológica, ferimento e invasão do corpo. A relação entre a violência sexual e o trauma apresenta pontos de intersecção, ou seja, a violência sexual expõe em suas variáveis as características que podem levar à formação do trauma.

De acordo com Soares (1999), a violência contra a mulher pode ser compreendida como uma questão de gênero. Nas palavras de Schraiber *et al.* (2009, p. 209):

Ao tomarmos a violência contra a mulher como questão de gênero, temos por hipótese que as relações entre homens e mulheres encontram-se sob conflitos e as formas interativas em crise, isto é, sob ameaça de ruptura da dominação tradicional. A violência surge como comportamento de reconquista do poder ou para prevenir sua perda.

Bandeira (2004, p. 7) assinalou esta relação de gênero existente na violência contra a mulher: “Todas as manifestações de violência sexual contra a mulher constituem-se em maneiras de estabelecer uma relação de submissão mediante o controle da sexualidade, implicando sempre em situações de medo e intimidação”.

Com o amparo de Schraiber *et al.* (2009, p. 209), podemos refletir sobre a questão de gênero:

Gênero, por sua vez, designa as relações sociais e culturais entre homens e mulheres, ou entre as mulheres, ou, ainda, entre homens, não enquanto apenas indivíduos deste ou daquele sexo, mas enquanto sujeitos sociais dotados de identidade e atribuições em razão de suas relações. A elaboração que se dá em torno do gênero será, portanto, uma construção conceitual da dimensão relacional no exercício das feminilidades / masculinidades, apontando sempre para a desigualdade de poder historicamente dada, com o domínio do masculino.

Bandeira (2004), em uma tentativa de explicar a violência contra a mulher, sinalizou a hegemonia do poder masculino, presente em todas as formas de relações entre homens e mulheres: a hierarquia do masculino acima do feminino, a construção e manutenção de papéis sociais de homens e mulheres e a invisibilidade da violência nas relações cotidianas. Em suas palavras: “De qualquer perspectiva conceitual, a violência sexual não deixa de se constituir em uma manifestação de abuso de poder entre os gêneros” (*Ibidem*, p. 9).

Segundo Soares (1999), é preciso que cada mulher se identifique como vítima, para então reconhecer-se como sobrevivente. Essa dinâmica possibilita a construção de uma nova imagem própria, na qual a mulher vítima de violência percebe que sua história privada faz parte de um coletivo feminino.

Ainda de acordo com Soares (1999), ao longo de uma relação amorosa violenta a mulher pode desenvolver baixa autoestima, tornar-se defensiva, perder a confiança ou confiar demais nas pessoas próximas a ela, ter medo, entrar em pânico por motivos insignificantes, tornar-se dependente ou cautelosa ao extremo, sentir-se

culpada pela violência sofrida, tentar ser perfeita para não despertar a raiva do companheiro/marido, não expressar seus desejos, viver isolada, não acreditar em um futuro melhor e supervalorizar os valores familiares tradicionais.

Miller (1999) também descreveu o trauma da mulher vítima de uma relação amorosa violenta. Não se trata da violência física, mas da violência vivenciada por meio de abuso emocional, psicológico, social e econômico, que também machuca e fere. Para esta autora, as cicatrizes permanecem *na alma*: “Os ossos quebrados recuperam-se; as contusões desaparecem; o sangue para de escorrer, mas sua autoimagem nunca mais se recupera” (*Ibidem*, p. 23).

Miller (1999) acrescentou que as mulheres que vivenciam um relacionamento abusivo perdem sua autoestima, suas bases de apoio, suas iniciativas; acreditam que não valem nada; sentem-se culpadas e responsáveis pelas atitudes do marido/namorado/parceiro, o que pode levá-las a tentar agradá-los sempre mais; tornam-se submissas, ficam presas em uma esperança adquirida em momentos de paz, mas que não dura muito tempo.

No entender da autora, o marido/namorado/parceiro precisa sentir poder e controle sobre sua esposa/namorada/parceira, ou melhor, sobre sua vítima. Os abusos podem crescer de forma progressiva, seguindo um padrão específico que se repete como um ciclo, com o objetivo de obter, manter e exercer controle; a vítima, portanto, fica presa.

Os sentimentos e a dinâmica traumática decorrentes dessa agressão podem aprisionar e/ou manter uma mulher dentro desse ciclo de violência. Para Soares (1999) e Miller (1999), este ciclo geralmente consiste em três fases, que podem aumentar em intensidade e frequência. A primeira fase é definida como a construção da tensão, na qual a mulher tenta acalmar seu parceiro para que a raiva dele não aumente. Há presença de autoacusação por parte da mulher, que se sente responsável pela raiva do parceiro/marido.

Na segunda fase ocorre a explosão da tensão, por meio de atos violentos mais severos e graves, para finalmente iniciar-se a terceira fase, ou seja, a lua de mel, quando o homem mostra-se arrependido e faz promessas de que esses ataques não irão mais ocorrer. Soares (1999) considerou que pode ser difícil para as

mulheres romperem este ciclo devido à presença do transtorno do estresse pós-traumático, que vem acompanhado da “desesperança apreendida”. Para a autora:

Traduzindo experiência para o contexto da violência doméstica, formulou-se a hipótese de que, submetidas cronicamente ao abuso físico e psicológico, as mulheres sofriam mudanças na percepção de suas possibilidades objetivas, perdendo a capacidade plena de reagir e as esperanças de escapar das mãos do agressor. Na prática, elas restringiriam o leque de respostas à violência, fazendo uma opção por aquelas respostas cujo resultado pode ser previsivelmente antecipado, o que significa, via de regra, acionar estratégias de efeito imediato para minimizar ou evitar os ataques do parceiro. (SOARES, 1999, p. 143)

Miller (1999, p. 121) assim descreveu a “desesperança apreendida”, cunhando-a como um “desamparo aprendido”: “[...] maus tratos intermitentes, durante um período de tempo, tornam o indivíduo incapaz de fazer valer a sua vontade e, como resultado, submete-se à vontade do controlador”.

Tal dinâmica expõe os conflitos que aprisionam a mulher vítima de violência, pois internaliza uma impossibilidade de atitude, anula-a perante o outro e perante si mesma, submissa às imposições do outro e, conseqüentemente, a crenças decorrentes dessa vivência. Assim, essa mulher aprende a não fazer nada por si, aprende a esperar por uma atitude alheia, acredita que não vale nada e resigna-se ao controle do outro.

Ainda de acordo com Miller (1999), o estresse no qual a mulher vive pode traumatizá-la, aterrorizando-a e deixando-a impotente. Quando esta mulher não consegue lutar nem fugir dessa relação de violência, pode então haver a instalação do trauma. Por isso, essas mulheres podem sofrer do transtorno do estresse pós-traumático. Ademais, tendem a apresentar uma depressão em função dos anos de abuso. A autora descreveu de forma interessante a vivência desses transtornos: “[...] o transtorno do estresse pós-traumático [...] é como um raio que eletrifica uma mulher; a depressão é um cobertor molhado, pesado, que a sufoca” (*Ibidem*, p. 235).

Segundo Miller (1999), as mulheres que estão presas nessa dinâmica de violência, abatidas por suas crenças e convicções falsas, podem fazer permutas, ou seja, criar justificativas – conscientes ou inconscientes – acerca da submissão perante o abuso sofrido. Para elas, deixar o relacionamento abusivo implica em

perder sua situação financeira; quando têm filhos, temem perder a sua guarda ou lhes tirar a possibilidade de crescerem com um pai presente.

A dinâmica psíquica vivenciada sinaliza a falta de opção e a resignação em sobreviver, e não mais a esperança, o desejo e a possibilidade de vida. Nas palavras da autora:

A mulher vítima de abuso que permanece no relacionamento não o faz porque deseja, mas porque sente-se incapaz de ir embora. Ao olhar-se no espelho que o parceiro abusivo segura à sua frente, ela não consegue se ver; tudo o que ela pode ver é a 'pessoa ruim' que ele pintou lá (MILLER, 1999, p. 137).

Ao falarmos sobre a subjetividade da violência, faz-se necessário pontuar a relação direta entre o indivíduo, a sociedade, a cultura e o imaginário social. Soares (1999) afirmou que o discurso sobre violência doméstica no Brasil ainda está calcado no silêncio, na dificuldade de reconhecer a vítima, pois as vítimas podem ser transformadas em culpadas. As vítimas ainda são invisíveis, dinâmica esta que é internalizada por todos, homens e mulheres. É preciso compreender o lugar que a vítima ocupa dentro de seu próprio imaginário, ou seja, como ela se percebe, o que pensa e considera de si própria, o quanto acredita que vale e merece receber da vida em geral, suas crenças em relação à própria capacidade.

Para Soares (1999), a quebra ou rompimento deste ciclo pode ocorrer por meio da "vitimização afirmativa", pela qual, em um primeiro momento, a vítima se reconhece como tal, movimento que a leva à autorreflexão, podendo redesenhar a própria subjetividade, livre para ganhar o controle sobre si e sua própria vida, em um processo de recuperação da autoestima. Para a autora,

[...] saber-se vítima (e não cúmplice) implica reconhecer os sentimentos que a violência legitimamente provoca e aqueles gerados pelo medo de uma nova vida, fora da relação violenta. Significa nomear as experiências a partir de um novo código (que, em vez de negar, focaliza a violência), descrevê-las para terceiros e ouvir as experiências de outras vítimas (SOARES, 1999, p. 293).

Ao admitirem seu papel de vítima, essas mulheres saem do silêncio e da negação, adquirem voz, tornam-se visíveis ao outro, ganham dimensão como um

grupo social e impõem “barulho” à sociedade. É um movimento, ao mesmo tempo, individual e coletivo.

De acordo com Miller (1999), para sair do controle da violência é preciso reconhecer as experiências de abuso, revelar para si e para os outros a violência sofrida, enfrentar a dor que a violência provocou e não mais negá-la ou reprimi-la. É necessário experimentar a raiva (do marido/parceiro, de si mesma e do mundo), a vergonha (de si mesma e de sua falta de autoestima), a culpa (de achar que era responsável pelos atos alheios e por ter suportado a violência) e a tristeza (pelo tipo de casamento/relacionamento em que vive).

Em um processo de recuperação, a mulher vítima de violência deve restabelecer os contatos sociais, readquirir o controle de si e de sua vida e não permanecer presa à pergunta “por que comigo?”.

Na próxima subseção trataremos dos efeitos que a violência sexual pode produzir quando vivenciada por meio de um estupro. Certas consequências e aspectos estão presentes tanto na vítima de um relacionamento violento quanto na mulher vítima de estupro. Sentimentos de raiva, culpa e vergonha coexistem nas duas situações.

2.2.3 A dinâmica traumática da violência sexual e seus efeitos

De acordo com Paske (1982), no momento em que se está sofrendo a violência sexual, a reação emocional mais comum da vítima é sentir medo. Essa experiência costuma envolver o medo de perder a vida em consequência da violência, uma vez que, durante o ato violento, pode ocorrer o emprego de força física, uso de arma e ameaças de morte.

Paske (1982) aponta ainda a existência do medo de engravidar e/ou contrair alguma doença. Tais medos também fazem parte do impacto psicológico da experiência de um estupro, somados à sensação física de ser invadida por forças alheias à própria vontade e que se estendem além do evento, perdurando após o seu término.

A repetição do evento é um medo adicional, pois ao longo da vida as vítimas podem passar a associar sexo a algum elemento vivido durante a violência sexual, o que pode levá-las ao pânico ou ao transtorno do estresse pós-traumático. Em consequência, podem ser observadas mudanças de endereço, de comportamento ou alguma outra providência que lhes possa proporcionar uma sensação de segurança (PASKE, 1982).

Para Paske (1982), as reações iniciais ao estupro são: choque, humilhação, medo, tristeza e ansiedade, além de pesadelos e dificuldade para dormir. A vítima pode carregar o peso do preconceito e das concepções estereotipadas sobre si. O autor cita exemplos de frases ditas ou pensadas pelas pessoas em relação à mulher vitimizada: “Ela pediu pra isso acontecer!” ou “Nenhuma mulher pode ser estuprada contra sua vontade”¹⁶. Estas afirmações (acusações) coletivas evidenciam que a responsabilidade da violência sexual ainda é projetada sobre a própria vítima. Enquanto algumas pessoas (familiares, esposos, amigos, policiais, assistentes sociais, médicos e enfermeiros) reconhecem a vítima como culpada, outras a veem no papel de vítima, podendo reagir oferecendo suporte ou com indiferença.

De acordo com Early (1993), a violência sexual pode levar à dificuldade de delimitação das próprias barreiras e limites e a sentimentos como estigmatização, vergonha, traição, dissociação e repetição. O autor observou ainda que a invisibilidade é o desejo de muitas vítimas de violência sexual, pois se veem como “sujas”, “feias” e “nojentas”. Nesse contexto, surge ainda a autonegligência e o abandono de si própria. A mulher percebe-se imunda e vivencia a si mesma e seu corpo com vergonha (EARLY, 1993).

A sobrevivente do trauma, ao ter suas barreiras violentadas, tenta construir novos limites entre si mesma e o mundo. No entanto, tais delimitações são construídas improvisadamente pela dinâmica do trauma, por meio de ganho de peso, desleixo pessoal, falta de cuidado consigo mesma ou na tentativa de não ser atraente sexualmente. A estigmatização pode resultar em diminuição da autoestima, dificultando o crescimento emocional. A vítima pode também desenvolver problemas dermatológicos, de aprendizagem ou de comportamento (*Ibidem*).

¹⁶ “The stock phrases seem to be endless: “She asked for it!”, or “No woman can get raped against her will” (PASKE, 1982, p. 23).

A culpa também é um sentimento presente nas vítimas de violência sexual. Para Paske (1982), a responsabilidade pela violência sexual pode ser ainda projetada sobre a mulher. Segundo o autor, muitas mulheres vítimas de violência sexual sentem-se culpadas e responsáveis pela violência sofrida; ao mesmo tempo, podem expressar o desejo de matar seus agressores.

De acordo com Early (1993), há certo tom de fatalidade em relação ao futuro de uma pessoa que sofre violência sexual, especialmente se houve violência crônica ou se esta ocorreu na infância. É como se a sobrevivente do trauma estivesse inclinada a ocupar a posição de vítima de novos traumas, impossibilitada de obter controle de sua própria vida conscientemente. Segundo Paske (1982), a vítima pode procurar um terapeuta simplesmente pela urgência em ter sua reação subjetiva ao fato escutada objetivamente, possivelmente pela primeira vez.

Na visão de Paske (1982), no processo de recuperação a vítima de estupro pode vivenciar algumas fases. Na primeira fase ela deseja vingança ou retratação pelo que lhe aconteceu; na segunda fase, ela tipicamente tende a se introverter e se autorretirar para fins de proteção. Nesta fase, a vítima “[...] não necessita nem de ser impulsionada à raiva nem mimada por salvadores”¹⁷. A terceira fase da recuperação emocional é geralmente marcada por depressão (que pode ser raiva projetada para si mesma), novas reflexões e aparecimento da raiva.

O ressurgimento desta emoção, segundo Paske (1982), representa um indício altamente relevante de renovada autodeterminação, pois esse sentimento pode constituir um importante agente transformador. Qualquer evento vivenciado como uma ameaça à vida carrega o potencial de ser visto como uma mudança transformadora.

A literatura apresenta uma vasta gama de pesquisas sobre as evidências dos efeitos e consequências que a violência sexual pode acarretar para suas vítimas. Diversos transtornos podem ser desencadeados pela violência sexual, e dentre seus efeitos e consequências estão: o transtorno de estresse pós-traumático, transtornos alimentares, depressão, tentativas de suicídios, dificuldade de manter relações e reflexos sobre a sexualidade, entre eles *flashbacks* de momentos do estupro e diminuição do interesse sexual.

¹⁷ “[...] *the rape victim needs neither to be joined in rage nor coddled by saviors.*” (PASKE, 1982, p. 27).

Segundo Levine (1999, p. 40), “[...] o trauma pode destruir a qualidade de nossos relacionamentos e distorcer as experiências sexuais. Comportamentos sexuais compulsivos, perversos, promíscuos e inibidos são sintomas comuns de trauma”.

Ainda de acordo com Levine (1999, p. 51), a maioria das pessoas está consciente do fato de que os abusos sexuais, físicos e emocionais e a exposição à violência e ao perigo podem alterar profundamente a vida de uma pessoa”. Quando os sintomas se tornam frequentes e permanentes, passam então a expressar-se de forma patológica. Em vista disso, o próximo capítulo abordará pesquisas e artigos relacionados à análise e observação da relação entre a violência sexual e suas consequências.

3 REVISÃO DE PESQUISAS SOBRE VIOLÊNCIA SEXUAL E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Para a presente revisão de artigos científicos, foram selecionados estudos voltados à temática da violência sexual, assim como ligados à dinâmica psíquica de indivíduos que sofreram este tipo de agressão. Foram escolhidos trabalhos publicados no período de 2000 a 2012. Temas como a violência sexual em situações de guerra, a dinâmica psíquica do abusador, os profissionais que trabalham com vítimas de violência sexual, as relações familiares abusivas, o incesto e a violência sexual (com ênfase somente na infância) e a prostituição não foram contemplados nesta revisão de literatura.

A pesquisa valeu-se dos sites de busca PubMed, Google Acadêmico, Periódicos Capes, SciELO e *Web of Knowledge*, usando como palavras-chave “violência sexual”, “estupro”, “abuso sexual”, “transtorno de estresse pós-traumático”, “depressão”, “distúrbios alimentares”, “satisfação sexual”. Em inglês, as palavras-chave usadas foram “*sexual violence*”, “*rape*”, “*sexual abuse*”, “*post traumatic stress disorder*”, “*depression*”, “*eating disorder*” e “*sexual satisfaction*”.

Em um primeiro momento, limitamo-nos ao tema da violência sexual em si, utilizando as palavras-chave “violência sexual”, “estupro” e “abuso sexual” e “*sexual violence*”, “*rape*” e “*sexual abuse*”. Em seguida, estendemos a busca de forma a incluir a questão da inter-relação entre a violência sexual e as seguintes variáveis: transtorno de estresse pós-traumático, depressão, transtornos alimentares e satisfação sexual.

3.1 Consequências da violência sexual

Kilpatrick *et al.* (2003), por meio de entrevistas telefônicas realizadas com 4.023 adolescentes que sofreram abuso, propuseram-se a estudar a prevalência, a comorbidade e o fator de risco para TEPT, o episódio de depressão maior (MDE)¹⁸ e

¹⁸ MDE – Major depressive episode.

o abuso/dependência de substância (AS/D)¹⁹. Do total de entrevistados, 16% dos meninos e 19% das meninas preencheram os critérios de pelo menos um diagnóstico. O TEPT teve maior probabilidade de comorbidade que MDE e SA/D (3/4 dos casos de TEPT tiveram pelo menos uma comorbidade diagnosticada, enquanto menos de 2/5 dos casos de MED e SA/D foram diagnosticados com alguma comorbidade, cabendo às meninas os maiores índices em relação aos meninos). A violência sexual foi identificada como um significativo fator de risco para todos os pares de comorbidades. Os resultados sustentam a hipótese de que a exposição a uma forma de violência física ou sexual, ou o testemunho de um ato de violência, aumenta o risco de ocorrência destas três desordens e suas comorbidades.

Faravelli *et al.* (2004) avaliaram as consequências de episódios únicos de estupro em 40 mulheres, ocorridos há pelo menos quatro meses antes da realização da pesquisa, em comparação a agressões a 32 mulheres submetidas a outros tipos de evento estressor, como acidente de carro, ataque físico ou assalto. O grupo formado por mulheres que sofreram estupro apresentou índices mais significativos de TEPT, transtornos alimentares, sexuais e de humor.

Choudhary, Coben e Bossarte (2008) investigaram a relação entre violência sexual, saúde e comportamentos de risco por meio de seis variáveis: *status* geral da saúde, número de dias com saúde mental debilitada, pouca satisfação com a vida, limitações das atividades por problemas físicos, mentais ou emocionais, tabagismo diário e bebida ocasional. Os participantes, homens e mulheres, foram classificados nas categorias: vitimização recente (evento ocorrido nos últimos 12 meses), vitimização antes dos últimos 12 meses (relação sexual forçada ocorrida há mais de 12 meses) e grupo controle (grupo que nunca sofreu violência sexual). Os resultados com relação ao grupo feminino mostraram que, quando comparadas a mulheres não vítimas de violência sexual, as entrevistadas que sofreram tal violência revelaram maior incidência de saúde mental debilitante, baixa satisfação com a vida, limitação de atividades, tabagismo (somente no grupo vitimizado nos últimos 12 meses) e bebida esporádica. A vitimização ocorrida nos últimos 12 meses esteve expressivamente associada a cinco variáveis: número de dias com saúde mental debilitada, pouca satisfação com a vida, limitações das atividades, bebida ocasional e comportamentos de risco. Os casos de vitimização ocorridos antes dos últimos 12

¹⁹ SA/D – *Substance abuse/dependence*.

meses foram significativamente associados a todas as seis variáveis citadas acima. Os resultados sugerem que a associação entre saúde mental e física – ambas debilitadas – e a vitimização sexual é mais prevalente em mulheres, e que suas consequências persistem ao longo do tempo.

Darves-Bornoz *et al.* (2008) realizaram uma pesquisa intercultural com a participação de 21.425 pessoas de dezoito anos ou mais, originárias de seis países europeus – Alemanha, Bélgica, Espanha, França, Holanda e Itália. O objetivo foi o de investigar a prevalência de um PTE²⁰ (evento traumático em potencial) e o TEPT, bem como as associações entre TEPT e PTE. As entrevistas foram compostas de duas etapas, sendo que a segunda entrevista (TEPT e condições crônicas) foi realizada com os participantes que apresentavam um alto risco de desordem depressiva ou de ansiedade e 25% do restante dos participantes, selecionados casualmente. Esta etapa contou com 8.796 participantes, que foram também entrevistados em relação a 28 tipos de PTE. Os resultados evidenciaram que as mulheres foram menos expostas a PTEs que os homens. O TEPT foi significativamente mais frequente em mulheres, com maiores índices entre francesas e holandesas. Vale registrar que 63,6% da amostra reportaram a experiência de pelo menos um dos 28 PTEs ao longo da vida. Os PTEs com associação mais significativa ao TEPT foram: ser vítima de estupro, apanhar do/a esposo/a ou parceiro/a amoroso/a, experimentar um evento privado não revelado, ter um filho com uma doença grave, ter apanhado na infância por um responsável ou ter sofrido perseguição. Após o período de doze meses, a prevalência para TEPT chegou a 1,1%; quando algum PTE estava presente, a chance de apresentar o TEPT foi três vezes maior.

Chen *et al.* (2010) realizaram uma metanálise sobre a associação entre abuso sexual e os transtornos psiquiátricos mais comumente encontrados na prática da medicina. Esse trabalho abrangeu 37 estudos realizados no período de 1980 a 2008. Os resultados indicaram relação existente entre o antecedente de abuso sexual, o diagnóstico e a duração do transtorno de ansiedade, depressão, transtornos alimentares, TEPT, distúrbios do sono e tentativa de suicídio. Não foi detectada associação significativa entre abuso sexual, esquizofrenia e transtorno somatoforme, tampouco foi encontrado estudo longitudinal elegível para avaliação da associação

²⁰ PTE – *potentially traumatic event*.

entre abuso sexual, transtorno bipolar e transtorno obsessivo-compulsivo. O histórico de estupro emergiu como fortalecedor na associação entre abuso sexual e o diagnóstico de depressão, transtornos alimentares e TEPT. A relação entre abuso sexual e transtornos psiquiátricos persistiu, independente do sexo da vítima e da idade na qual o abuso ocorreu. Além disso, foi observada associação entre abuso sexual e desordens somáticas, incluindo desordem funcional gastrointestinal, dor pélvica crônica, convulsões psicogênicas e dor crônica não específica.

Zinzow *et al.* (2010) propuseram-se a avaliar os efeitos da vivência de um estupro forçado – EF²¹, estupro de incapacitado – EI²² (quando a vítima ingeriu alguma substância por vontade própria mas está tão intoxicada que não sabe o que está lhe acontecendo) e estupro facilitado por álcool ou droga – EFAD²³ (sem permissão da vítima, ou quando ela não sabe que ingeriu alguma substância). O histórico de EF foi associado a uma maior probabilidade de TEPT e depressão. EF foi associado positivamente a medo, machucado, força, lembrança clara do evento e percepção do evento como um crime, enquanto EI e EFAD foram negativamente associados a estas características. Os históricos de EI e EFAD foram associados a um risco duas a quatro vezes maior de desenvolver TEPT e depressão, em comparação a mulheres sem histórico de EI e EFAD. As vítimas de EI e EFAD apresentaram maior probabilidade de se autorresponsabilizarem pelo acontecido, incorrendo em alto risco de apresentarem uso indevido de substâncias como álcool e drogas, que podem exacerbar os efeitos do TEPT e de sintomas depressivos.

Cook, Dinnen e O'Donnell (2011) analisaram as consequências da agressão física e sexual em mulheres com 55 anos ou mais. O grupo apresentou maior frequência de abuso de substância, depressão e TEPT, além de índices mais elevados de saúde precária (artrite e câncer de mama) e maior uso de pílulas (tipo não especificado), quando comparado a um grupo de mulheres de mesma idade sem histórico de violência física e sexual. Houve casos de mulheres agredidas décadas atrás e que continuaram a reportar índices significativos do TEPT, mesmo em idade avançada. Mulheres mais velhas relataram menos consequências psicológicas negativas associadas à violência quando comparadas a mulheres mais jovens e de meia-idade. Mulheres mais velhas que experimentaram violência

²¹ FR – *Forcible rape.*

²² IR – *Incapacitated rape.*

²³ DAFR – *Drug-alcohol facilitated rape.*

interpessoal reportaram maior sofrimento psíquico, incluindo TEPT, do que mulheres mais velhas sem este histórico.

Perilloux, Duntley e Buss (2012) realizaram um estudo comparativo entre mulheres que sofreram episódio de estupro consumado (grupo 1) e vítimas de tentativa de estupro (grupo 2), com o objetivo de avaliar e ampliar o espectro das consequências que a violência sexual produz, para além da sintomatologia clínica. Foram avaliados treze domínios: saúde, autoestima, autopercepção de atratividade, autopercepção do valor do parceiro, relações familiares, trabalho, vida social, reputação, reputação sexual, desejo de fazer sexo, frequência do sexo, prazer em fazer sexo e relação estável e duradora. O grupo 1 apresentou índices significativamente mais baixos em 11 domínios, quando comparado ao grupo 2. Somente nos domínios “trabalho” e “prazer em fazer sexo” não houve diferença expressiva entre os grupos. Os domínios mais afetados negativamente foram: autoestima, reputação sexual, frequência do sexo, desejo de fazer sexo e autopercepção do valor do parceiro. No entanto, mulheres que sofreram tentativas de estupro também reportaram vivências negativas em vários aspectos.

Jonas *et al.* (2011) avaliaram a relação entre abuso sexual na infância (CSA)²⁴, abuso sexual em idade adulta (ASA)²⁵ e transtornos clínicos (depressão, ansiedade, misto de depressão e ansiedade, pânico, fobia e obsessivo-compulsivo), abuso de drogas e álcool, TEPT e transtornos alimentares. Essa relação foi considerada em três formas de abuso sexual, todas sem o consentimento da vítima: conversa com teor sexual, quando o autor manuseia o próprio corpo ou o corpo da vítima e penetração. Os resultados foram positivos na associação entre CSA e ASA e os transtornos psiquiátricos. Para todos os transtornos, os maiores índices relacionaram-se ao abuso sexual em forma de penetração. Revitimização (abuso na infância e em idade adulta) mostrou maiores índices de associação, principalmente com o TEPT e os transtornos alimentares. Ficou também constatado que CSA pode aumentar os riscos para ASA, pois a criança abusada na infância tem maior probabilidade de vir a sofrer um novo abuso sexual em idade adulta.

²⁴ CSA – *sexual abuse in childhood*.

²⁵ ASA – *adult sexual abuse*.

Sintetizando, ao analisar as pesquisas acima descritas podemos observar que as mulheres vítimas de violência sexual apresentaram índices mais severos de transtornos e consequências em relação à vitimização sexual sofrida, quando comparadas a mulheres sem histórico similar. Para algumas mulheres vítimas de violência sexual, os sintomas perduram ao longo do tempo.

Nos estudos sobre violência sexual, os transtornos mais citados e diagnosticados foram TETP, depressão, ansiedade, transtornos alimentares, distúrbio sexual e distúrbios do humor. Além dos transtornos, outras variáveis também foram avaliadas, como uso e abuso de álcool, saúde, qualidade de vida e sentimento de satisfação com a vida, com o corpo, com a vida sexual e com relacionamentos em geral. Todos os domínios acima citados podem apresentar alterações e interferências decorrentes da violência sexual.

Outro ponto destacado na literatura é a prevalência da frequência do TEPT nas mulheres que passaram por um evento sexual traumático, visto que elas têm mais chances de desenvolver um TEPT ou uma depressão quando comparadas a pessoas que não sofreram violência. Esses transtornos são frequentemente relacionados a diferentes formas de violência, como o estupro ou a violência doméstica.

3.2 Violência sexual, transtorno do estresse pós-traumático e depressão

Acierno *et al.* (2001) avaliaram se mulheres com 55 anos ou mais sofrem o mesmo risco de apresentar TEPT e depressão após alguma violência interpessoal, quando comparadas com mulheres mais jovens, entre 18 e 34 anos. Foram coletados dados sobre características demográficas, percepção do estado de saúde, violência e/ou trauma sexual e físico, outros traumas (acidentes, desastres), presença de sintomas de evitação, excitação e evocação e *flashback* do TEPT. Um evento traumático ocorrido nos últimos doze meses foi o principal fator de risco para os sintomas de evitação, excitação e evocação do TEPT entre mulheres tanto mais velhas quanto mais jovens. O antecedente de violência sexual aumentou o risco para as mulheres mais velhas somente nos sintomas de evitação do TEPT, enquanto violência física e baixa renda econômica ampliaram o risco para sintomas

de evocação do TEPT. Em contrapartida, para as mulheres jovens tanto a violência sexual quanto a física foram associadas ao aumento das três categorias de sintomas do TEPT e depressão. Neste grupo, a baixa renda econômica foi associada ao aumento dos sintomas de evitação do TEPT e depressão. Enquanto a violência sexual limitou-se a evidenciar o sintoma de evitação do TEPT para mulheres mais velhas, no grupo de mulheres mais novas ela destacou todos os tipos de patologia abordados nesta pesquisa. Uma hipótese para explicar essas variações atribuídas às diferenças de idade poderia ser o fato de as mulheres mais velhas não verem certas formas de violência como crime. Outra explicação seria a de que a vergonha as estaria impedindo de relatar a violência sofrida, por se sentirem estigmatizadas.

Rizvi *et al.* (2008) investigaram a sintomatologia depressiva e o TEPT, entre mulheres vítimas de violência. Desse estudo participaram 296 mulheres (145 vítimas de estupro e 151 vítimas de violência). As vítimas de estupro apresentaram índices maiores para dissociação, menos respostas ativas e mais respostas de congelamento, associadas com sintomas mais severos do TEPT e maiores índices de sintomas depressivos quando comparadas às vítimas de violência. Respostas de congelamento podem estar associadas ao sentimento de culpa, pois a vítima crê que não fez tudo para se proteger e por isso se culpa, sente vergonha, tristeza e raiva, o que pode estar relacionado à sintomatologia traumática do TEPT e sintomas depressivos. Respostas ativas perante a violência, sexual ou não, foram associadas a menor sintomatologia de TEPT e depressão.

Fleurkens, Rinck e Minnen (2011) investigaram o enviesamento da atenção com relação a quatro categorias de palavras: palavras com tom de ameaça sexual, palavras sexuais não ameaçadoras, palavras em tom de ameaça a acidentes e palavras positivas. O grupo formado por mulheres vítimas de violência sexual, diagnosticadas com TEPT, mostrou maior período de latência para nomear as quatro categorias de palavras acima listadas quando comparadas às mulheres integrantes do grupo de controle (sem histórico de violência sexual e TEPT), principalmente no que tange às palavras com tom de ameaça sexual. Quanto maior a intensidade e severidade do TEPT, mais elevados os índices de enviesamento da atenção para as palavras tematicamente relacionadas à violência sexual. Os resultados evidenciaram que a atenção permaneceu em estado de alerta para qualquer tipo de ameaça (real

ou imaginária), e que a manutenção do TEPT pode ocorrer devido ao enviesamento da atenção para esses aspectos.

Machado *et al.* (2011) avaliaram TEPT, depressão e sentimento de desesperança em mulheres vítimas de violência sexual no período de um e seis meses após o evento. No primeiro mês, 43% apresentaram índices moderados e severos do TEPT, 52,2% tiveram depressão moderada ou severa e 22,4% exibiram índices moderados e severos de sentimento de desesperança, índices esses que decresceram para 21%, 20% e 10%, respectivamente, no sexto mês após o evento. No primeiro mês a severidade do TEPT foi associada a índices moderados e severos de depressão, enquanto no sexto mês ela foi relacionada a agressores múltiplos, à severidade da violência sexual, à permanência da depressão e a prévios transtornos psiquiátricos. Os resultados sugerem que a recuperação pode levar mais tempo para algumas vítimas e, para outras, esse período pode se prolongar por tempo indeterminado.

Sudário, Almeida e Jorge (2005) entrevistaram cinco mulheres que sofreram violência sexual. Pode-se observar, no relato de uma das participantes, que ela, na data da pesquisa, ainda não havia elaborado o medo do que tinha acontecido. Segundo a vítima: “[...] O que mais me incomoda hoje são alguns flashes que eu fico tendo o tempo inteiro [...] pesadelo é o que me incomoda mais” (*Ibidem*, p. 85). Por meio do relato das participantes, fica patente que o medo é um dos sentimentos mais presentes: medo de ser contaminada pelo vírus HIV, de reencontrar o estuprador, de sair ou ficar em casa sozinha e de contar o fato aos familiares e/ou parceiros.

As pesquisas com vítimas de violência sexual apontam para a inter-relação existente entre violência sexual e transtorno do estresse pós-traumático, sendo este observado e diagnosticado, com altos índices, em mulheres vítimas de violência sexual.

Os sintomas do TEPT, como dissociação, congelamento, hipervigilância e enviesamento da atenção, apresentaram maiores índices em mulheres com histórico de violência sexual quando comparadas a mulheres sem este histórico. Há também índices que mostram a permanência dos sintomas do TEPT com o passar do tempo. Cabe lembrar que a depressão também é um dos transtornos associados à violência sexual, além da presença da inter-relação existente entre o TEPT e a depressão.

Mulheres mais velhas apresentam menores índices de psicopatologias ligadas a violência sexual do que mulheres mais jovens.

3.3 Violência sexual, transtornos alimentares e TEPT

Holzer *et al.* (2008) examinaram a influência do TEPT no desenvolvimento da sintomatologia dos transtornos alimentares, seguido de experiências sexuais traumáticas. O grupo formado por pessoas vítimas de abuso sexual infantil, estupro e ambos apresentou maiores índices de patologias relacionadas aos transtornos alimentares e evidências do TEPT quando comparado ao grupo controle. Histórias de trauma foram associadas com os transtornos alimentares e os sintomas do TEPT.

Najdowski e Ullman (2009) investigaram se, em uma população com histórico de agressão sexual ocorrido em idade adulta, haveria relação entre o TEPT e o uso abusivo de álcool. Não foram encontradas evidências de que o TEPT influi diretamente no uso abusivo de álcool ao longo do tempo e vice-versa. Os resultados evidenciaram que os efeitos do TEPT e problemas com o consumo de álcool foram mais acentuados em mulheres revitimizadas do que entre mulheres com antecedente de violência sexual ocorrido exclusivamente em idade adulta.

Em relação aos transtornos alimentares Berge *et al.* (2011), por meio de estudo qualitativo, procuraram compreender o papel que mudanças no estilo de vida familiar poderiam ocupar na dinâmica dos transtornos alimentares. Oito participantes da pesquisa declararam que o evento traumático vivido pouco tempo antes do início dos transtornos alimentares havia sido um abuso sexual ou incesto. As participantes revelaram ter começado a comer para “se livrarem dos abusos”, ou para se tornarem “desagradáveis fisicamente” ou “grandes para intimidação”. Uma das participantes relatou que seu transtorno alimentar teve início quando era mais jovem, como uma forma de saída, um modo de escapar do abuso sexual. A repetição do abuso fez com que o distúrbio se agravasse²⁶. Outra participante disse que a violência sexual

²⁶ “My eating began when I was younger, it began because I think it was an outlet for me. With the abuse that went on, it [the eating disorder] progressed and got worst.” (BERGE *et al.*, 2011)

destruiu qualquer resquício de amor-próprio quanto ao seu próprio corpo; a violência ocupou um papel significativo em seus problemas alimentares²⁷.

Nos estudos de Fischer, Stojek e Hartzell (2010), o objetivo foi examinar o efeito de uma agressão sexual nos sintomas dos transtornos alimentares presentes na época da pesquisa. Os resultados indicaram que a violência sexual recente se associou significativamente com os sintomas atuais dos transtornos alimentares.

A hipótese sobre a relação entre os transtornos alimentares e/ou abuso de álcool com a violência sexual e o TEPT, segundo Holzer *et al.* (2008), Najdowski e Ullman (2009) e Fischer *et al.* (2010), era de que os sintomas dos transtornos alimentares ou os efeitos do álcool podiam ajudar a regular, reduzir ou conviver com os efeitos negativos do TEPT ou com as emoções que as lembranças da violência sexual poderiam trazer.

O TEPT pode ser observado como mediador entre a violência sexual e os transtornos alimentares, isto é, a existência da dinâmica e os sintomas do TEPT podem contribuir para o aparecimento dos transtornos alimentares.

O próprio ato de violência sexual pode, em si, levar a transtornos alimentares, em uma tentativa de autoproteção contra um novo ato de violência. Ser magra ou gorda demais, isto é, perder a feminilidade, pode ser uma tentativa de se proteger para não ser mais objeto de desejo sexual, evitando assim um novo ataque.

3.4 Violência sexual e satisfação sexual

Na metanálise realizada por Van Berlo & Ensink (2000) sobre o funcionamento sexual de mulheres após violência sexual, no período de 1979 e 1999, a maioria dos estudos aponta que a violência sexual produziu impacto na frequência e na satisfação sexual. Mulheres vítimas de violência sexual apresentaram maior insatisfação, falta de desejo sexual e dispareunia do que aquelas que não passaram por essa experiência. Em alguns dos artigos pesquisados nesta metanálise, vítimas de violência sexual mostraram maior

²⁷ *... the assault just killed any self liking of my body that I had. It played a significant role in my eating problems.* (Ibidem).

frequência de relações sexuais, na tentativa de adquirir “controle” sobre a própria vida sexual.

Outros artigos do estudo mostraram diminuição da satisfação sexual imediatamente após o estupro, retornando aos níveis prévios após alguns meses. Contudo, mulheres que sofreram estupro revelaram-se, em geral, menos satisfeitas sexualmente do que aquelas que não apresentaram esse antecedente. Alguns estudos verificaram ainda que, mesmo após alguns anos da ocorrência do evento, uma parte expressiva das mulheres apresentava queda na satisfação sexual e no prazer nas relações. Medo do ato sexual, perda do interesse sexual, perda de prazer total ou parcial nas relações sexuais, indiferença a assuntos e atividades sexuais, ardor vaginal e dispareunia de penetração também foram observados nos estudos.

Os autores Van Berlo & Ensink (2000) acreditam que atos de penetração e de agressão física durante a violência sexual podem não ter relação com transtornos sexuais. Outros pesquisadores divergem, relatando associação da penetração e da violência física como predisponentes de problemas sexuais a longo prazo. Entretanto, alguns autores inferem que quanto mais violenta for a agressão, menos problemas sexuais a vítima terá por se sentir menos culpada. As emoções vivenciadas durante e imediatamente após a violência são fortes mediadoras da permanência das disfunções sexuais. Tais emoções, como raiva, vergonha e culpa, são geralmente autodirecionadas.

De toda forma, emoções vivenciadas, durante e imediatamente após a violência sexual, são consideradas fortes mediadoras da permanência das disfunções sexuais. Alguns fatores atuam como protetores contra o desenvolvimento de problemas sexuais, como a relação estável com um parceiro e uma vida sexualmente ativa antes da ocorrência da violência sexual. Há evidência de que o TEPT pode agir como mediador no desenvolvimento de transtornos sexuais em mulheres, com ou sem histórico de trauma sexual.

Rodrigues, Brino e Williams (2006) realizaram estudo sobre a concepção da sexualidade de adolescentes, com e sem histórico de violência sexual, observando se estes dois grupos apresentariam diferenças nas escalas de Autoestima e Inventário de Depressão. Os resultados indicaram que as adolescentes com histórico de violência sexual demonstraram medo marcante de envolvimento com pessoa do sexo oposto, medo do ato sexual em si e medo de sofrerem nova

agressão em um futuro namoro ou relacionamento. As adolescentes que sofreram violência sexual, juntamente com violência física, também apresentaram medo de ser espancadas. Quando questionadas sobre o sexo ser “bom e saudável”, as adolescentes vítimas de abuso sexual forneceram respostas vagas e responderam que evitavam pensar no assunto, que não lhes despertava interesse. Seis das oito adolescentes com este histórico acrescentaram que sexo era algo ruim, que doía e que se sentiam incomodadas ao serem tocadas por um parceiro em suas partes íntimas, pois tinham a imagem do abuso muito presente; assim, era difícil associar sexo a algo prazeroso. A experiência da violência sexual alterou seus pensamentos sobre sexualidade, levando-as a se desinteressarem pelo assunto, a sentirem dificuldade de estabelecer relações amorosas e sexuais.

Nas escalas aplicadas por Rodrigues *et al.* (2006), a média de pontuação na escala de Autoestima foi muito próxima entre os grupos com e sem histórico de violência sexual. Para o Inventário de Depressão, o grupo com histórico de violência sexual obteve escores duas vezes maiores do que o grupo de não vítimas. Com base nesses dados, os autores levantaram a hipótese de que o desinteresse por sexo também pode estar associado à depressão, pois esta pode inibir o desejo sexual. As participantes com os escores mais baixos para autoestima também obtiveram os escores mais altos para depressão. O grupo formado por adolescentes não vítimas mostrou-se disposto e aberto a experiências sexuais, com medos limitados a uma gravidez indesejada ou a sentimentos não correspondidos.

Conforme observado nas pesquisas analisadas, o TEPT pode agir como mediador no desenvolvimento de problemas sexuais, agindo em mulheres com ou sem histórico de violência sexual.

Nos casos de agressão sexual com uso de violência física, as vítimas sentem-se menos culpadas e por isso apresentam menores índices de alguns transtornos, resultados estes também partilhados por Rizvi *et al.* (2008).

No que tange ao binômio penetração e violência sexual, alguns autores não veem relação com possíveis disfunções sexuais, enquanto outros sinalizam que a penetração via violência sexual pode predispor futuros problemas sexuais. Para aprofundar a compreensão deste tópico temos a pesquisa de Jonas *et al.* (2011), atestando que os maiores índices de transtornos clínicos foram encontrados em vítimas de violência sexual com penetração.

As mulheres vítimas de violência sexual apresentaram maior insatisfação sexual, perda de prazer, medo e dor quando comparadas a mulheres não vítimas, sendo que tais sintomas podem perdurar alguns anos após a violência.

Em suma, ao compararmos mulheres com e sem histórico de violência, fica evidente que o primeiro grupo apresentou índices mais significativos do transtorno do estresse pós-traumático, depressão, transtornos alimentares, distúrbios de humor e ansiedade, além de distúrbios e insatisfação no campo sexual. Por outro lado, mulheres vítimas de violência sexual demonstraram que a relação com a própria imagem, a autoestima e as relações afetivas também são afetadas negativamente e, portanto, a qualidade de vida tende a ser reduzida.

A permanência desses transtornos, distúrbios e dificuldades nos aspectos gerais da vida é apontada nas pesquisas, sendo que para algumas mulheres a recuperação pode levar mais tempo, ou mesmo se estender durante toda a vida.

A reabilitação sexual fica evidenciada por meio de índices mais severos e permanentes das comorbidades apresentadas acima.

Estas pesquisas ampliam a compreensão da violência sexual ao demonstrarem as correlações existentes entre violência sexual, TEPT, depressão, distúrbios alimentares, satisfação sexual e aspectos emocionais.

Após reflexão sobre os itens levantados e expostos nessas pesquisas foi elaborado um objetivo específico para o presente estudo: compreender as consequências emocionais de um episódio de estupro na vida de mulheres adultas.

4 MÉTODO

4.1 Objetivo geral

Compreender as consequências emocionais de um episódio de estupro na vida de mulheres adultas.

4.2 Objetivos específicos

- Investigar os efeitos produzidos pelo estupro nos aspectos emocionais da vítima;
- Investigar a presença do transtorno do estresse pós-traumático;
- Investigar a presença de depressão;
- Investigar os níveis de autoestima;
- Investigar possíveis correlações entre dados sociodemográficos, características relativas ao estupro, vergonha e culpa com níveis de autoestima e depressão e escores para transtorno do estresse pós-traumático;
- Investigar possíveis correlações entre níveis de autoestima, níveis de depressão e escores para transtorno do estresse pós-traumático.

4.3 Participantes

A amostra do estudo foi composta por 37 mulheres, entre 18 e 49 anos, que sofreram um episódio de estupro cometido por um homem.

4.3.1 Critérios de inclusão

- Pacientes do sexo feminino, com idade entre 18 e 49 anos;
- Mulheres que sofreram um episódio de estupro, ocorrido até 30 dias antes da entrevista.

4.3.2 Critério de exclusão

- Não ter engravidado devido ao estupro;
- Não ter o diagnóstico de alguma deficiência mental.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos utilizados foram:

- *Roteiro de Entrevista Semiaberta* (Anexo A)

A Entrevista Semiaberta foi elaborada com o objetivo de ampliar e aprofundar a compreensão do impacto de um episódio de estupro na vida da vítima, sua reação emocional, como sentiu os efeitos do apoio social, possíveis medos, mudanças comportamentais e mudanças na qualidade de sua vida sexual depois do episódio.

- *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version* (PCL-C)

A equivalência semântica da versão em português da *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version* (PCL-C) foi realizada por Berger *et al.* (2004), que concedeu autorização de uso da mesma.

A escala consiste em dezessete questões, com cinco opções de resposta para cada item: Nada (1 ponto), Um pouco (2 pontos), Médio (3 pontos), Bastante (4 pontos) e Muito (5 pontos).

A avaliação das respostas, considerando o último mês, tem por objetivo rastrear a existência do Transtorno do Estresse Pós-Traumático, de acordo com a presença dos três grupos de sintomas descritos do DSM-III R: revivências (critério B), comportamento evitativo/entorpecimento emocional (critério C) e hiperexcitabilidade (critério D).

A faixa de pontuação do PCL-C varia de 17 a 85, com os valores mais elevados implicando em sintomas mais graves de TEPT. Para ser considerado provável caso de TEPT, o paciente deve apresentar uma pontuação maior ou igual a 50 pontos no total. Além disso, foi avaliada a presença ou não do Critério B (subitens de 1 a 5), do Critério C (subitens de 6 a 12) e do Critério D (subitens de 13 a 17).

A escolha desta escala justifica-se por sua ampla utilização e validação das propriedades psicométricas, tanto em sua versão original em inglês como em outros idiomas.

- *Inventário de Depressão Beck – BDI*

A escala Beck foi traduzida, validada e padronizada para a população brasileira por Cunha (2011).

Esta escala consiste em 21 itens, cada um deles com uma pontuação de 0 a 3. O escore total permite a classificação dos níveis de intensidade da depressão.

A soma total dos itens é assim distribuída: nível mínimo de 0 a 11 pontos, leve de 12 a 19, moderado de 20 a 35 e grave de 36 a 63.

Justifica-se a escolha da Escala Beck pela amplitude, utilização e grande aceitação de sua validade pela comunidade científica.

- *Escala de Autoestima de Rosenberg*

A Escala de Autoestima de Rosenberg utilizada nesta pesquisa foi adaptada e validada para a população brasileira por Dini, Quaresma e Ferreira (2004), que concederam autorização de uso da mesma.

Esta escala é formada por dez itens. Os itens de valência positiva da Autoestima são 1, 3, 4, 7 e 10, e as opções de respostas e sua pontuação são:

Concordo Plenamente (0 ponto), Concordo (1 ponto), Discordo (2 pontos) e Discordo Plenamente (3 pontos).

Os itens de valência negativa são 2, 5, 6, 8 e 9, e as opções de respostas e pontuação são: Concordo Plenamente (3 pontos), Concordo (2 pontos), Discordo (1 ponto) e Discordo Plenamente (0 ponto).

Segundo Ferreira, Santos e Maia (2012), para correção da escala somam-se, separadamente, os cinco itens com valência positiva e os cinco itens com valência negativa. Como resultado final obtém-se a diferença entre esses dois totais, que podem variar de -15 a +15. Os intervalos de pontuação são assim classificados: de -15 a -5 = baixa; de -5 a +5 = moderada; de 5 a 15 = alta.

A escolha desta escala justifica-se por sua ampla utilização e validação das propriedades psicométricas, em sua versão original em inglês e sua validação no idioma português, além da ampla aceitação no mundo científico.

- *Prontuário Médico*

Foram consultados os prontuários médicos para verificar se as pacientes que estavam com consultas médicas ginecológicas agendadas encaixavam-se no critério de inclusão desta pesquisa.

4.5 Local de coleta dos dados

A amostra foi composta por mulheres que se encontravam em tratamento médico no Núcleo de Violência Sexual do Hospital Pérola Byington, na cidade de São Paulo. A entrevista foi realizada em até 30 dias após o episódio de estupro, coincidindo com o dia da primeira consulta médica.

O Hospital Pérola Byington funciona da seguinte forma: no caso da vítima ter sido direcionada por uma delegacia, ela é levada ao Instituto Médico Legal, localizado dentro do hospital. Independente de sua entrada, acompanhada por policiais ou sozinha, ela é conduzida ao Pronto Atendimento para receber a medicação contraceptiva e para DSTs e Hepatite B, além dos primeiros sete dias da

profilaxia antirretroviral para o HIV. Após uma semana, a paciente é instruída a voltar ao hospital para buscar o restante da medicação para profilaxia antirretroviral para o HIV. A vítima passa também pelo atendimento com o Serviço Social, que colhe informações sobre a violência, por meio de entrevista e relatos da ocorrência. Neste atendimento é entregue à paciente a ficha relativa ao atendimento ginecológico, com a data da primeira consulta médica agendada e a data da consulta com o setor de psicologia.

A paciente tem direito a um mínimo de quatro consultas médicas, divididas teoricamente da seguinte maneira: a primeira consulta, como especificado acima; a segunda, após seis semanas do ato de violência; a terceira, após três meses do ato de violência; e a quarta consulta, no sexto mês após a ocorrência da violência sexual. Dependendo do caso, se houver necessidade, podem ser marcadas mais ou menos consultas para o período de seis meses de atendimento à paciente.

4.6 Procedimentos

4.6.1 Seleção da amostra

Antes de se dirigir à sala de espera onde as mulheres vítimas de violência sexual aguardavam pela consulta médica, a pesquisadora fazia a seleção das possíveis participantes da amostra por meio dos critérios de inclusão observados no prontuário médico. Já na sala de espera, a pesquisadora se apresentava para as pacientes pré-selecionadas e as convidava para participarem da pesquisa.

Em uma sala fechada cedida pelo hospital, antes do início da entrevista eram explicados às participantes os objetivos da pesquisa. Além disso, era-lhes esclarecido que o encontro se desenvolveria em forma de conversa, na qual poderiam falar sobre o que desejassem, sendo também informado que poderiam responder somente às perguntas que desejassem, e que teriam liberdade de desistir de sua participação a qualquer momento.

Todas as participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), cujo teor lhes foi devidamente explicado. A entrevista tinha início mediante assinatura do termo.

4.6.2 Aplicação dos instrumentos

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, com prévia autorização das participantes. O tempo previsto para aplicação de todos os instrumentos foi de cerca de uma hora e meia (1h30min). Cabe esclarecer que quando houve necessidade, por parte de uma participante, de realizar os procedimentos da pesquisa em um tempo maior, isto foi concedido.

Foi explicado a cada participante que a pesquisa consistia em compreender os efeitos emocionais produzidos pelo estupro. Para tanto, seria aplicada uma série de instrumentos que tinha por objetivo melhor avaliar suas condições naquele momento.

Primeiramente foi feita a entrevista com roteiro semiaberto. Em seguida, foram aplicadas, nesta ordem, a Escala *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version* (PCL-C), o Inventário de Depressão Beck (BDI) e a Escala de Autoestima de Rosenberg.

Cabe registrar que após a entrevista as participantes foram informadas de que poderiam ter acesso a uma entrevista devolutiva após a conclusão da pesquisa. Na mesma oportunidade, foi distribuída uma ficha com dados e informações da pesquisadora (telefone e endereço comercial), para fins de agendamento da entrevista devolutiva.

4.6.3 Procedimentos éticos

Como a entrevista teve como tema a experiência do estupro sofrido, parte-se do princípio de que este é um assunto sensível e delicado; assim, todo o cuidado necessário foi tomado pela pesquisadora. Para tanto, esta analisava o estado

emocional da participante antes e durante a entrevista, procurando mensurar a extensão do seu abalo a fim de avaliar a viabilidade de prosseguir com a entrevista ou se, para fins de proteção ao emocional da participante, deveria ser recomendada a sua interrupção. Ao final de todos os procedimentos, foi dispensado um determinado tempo para a elaboração de um fechamento para a entrevista.

Vale ressaltar que a entrevistadora estava em processo analítico pessoal, como uma forma de trabalhar os possíveis efeitos que essa dinâmica poderia gerar, com vistas à manutenção da disponibilidade psíquica necessária para proporcionar um bom *rapport* à entrevistada durante a interação.

O projeto desta pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil – nº CAAE 05072612.1.0000.5482 – (ANEXO C) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Os devidos cuidados éticos foram seguidos, em consonância com a Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Foi assinado o Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável, comprometendo-se a pesquisadora a respeitar e garantir a autonomia, beneficência, justiça, privacidade e confidencialidade dentro do estudo.

4.6.4 Análise dos dados

Os dados coletados na pesquisa foram avaliados pelos métodos quantitativo e qualitativo.

A análise dos dados quantitativos foi realizada por meio de estatísticas descritivas para todas as variáveis, visando a caracterização geral das participantes. Os resultados são exibidos em forma de tabelas e apresentados em frequências absoluta e relativa. Tendo em vista a normalidade dos dados (Teste de Shapiro-Wilk, $p > 0,05$), variáveis quantitativas são apresentadas como média e desvio-padrão, quando indicado; e qualitativas, em número absoluto e porcentagem. O Teste do Qui-quadrado foi empregado para investigar a associação dos principais fatores com os desfechos. Em todas as análises foi estabelecido o nível de significância de 5%.

A digitação dos dados foi feita no programa *Excel* e a análise, no pacote estatístico *Stata* 11.1.

A análise qualitativa dos dados foi feita por meio da leitura da transcrição das 37 entrevistas. A partir desse material, foi observado que determinados temas eram repetidos várias vezes por diversas participantes. Os temas foram organizados em categorias de análise, que correspondem aos assuntos presentes nos discursos das entrevistadas.

5 RESULTADOS

Os resultados foram divididos em duas partes. A primeira parte corresponde aos dados descritos de forma quantitativa, e foi elaborada a partir da análise estatística dos dados recolhidos nas entrevistas. A segunda parte teve como base os resultados qualitativos, e foi composta pela leitura e observação da transcrição das entrevistas.

5.1 Resultados quantitativos

Os dados foram coletados na cidade de São Paulo, entre outubro de 2012 e março de 2013.

Os resultados da coleta de dados serão apresentados abaixo, em tabelas que correspondem à caracterização da amostra por meio dos dados sociodemográficos, clínicos e comportamentais.

Em seguida, serão exibidas as tabelas com os resultados das correlações estatísticas realizadas entre os dados sociodemográficos, as características específicas do estupro, os sentimentos de vergonha e culpa, os níveis de autoestima e depressão e os escores para transtorno do estresse pós-traumático. Além das correlações entre as três escalas aplicadas.

5.1.1 Caracterização da amostra^{28, 29}

5.1.1.1 Dados sociodemográficos, clínicos e comportamentais

Tabela 1: Distribuição das participantes segundo características sociodemográficas

Características	n*	%*
Idade (anos)		
<= 25	18	48,7
>25	19	51,3
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto (1º grau)	3	8,1
Ensino fundamental completo	1	2,7
Ensino médio incompleto (2º grau)	3	8,1
Ensino médio completo	17	46
Superior incompleto	6	16,2
Superior completo	7	18,9
Cor/Etnia		
Branca	22	59,5
Parda	11	29,7
Preta	4	10,8
Indígena	0	0
Amarela	0	0
Estado civil		
Solteira	23	62,2
União estável/mora com o companheiro	1	2,7
Casada	7	18,9
Divorciada/separada/viúva	6	16,2
Número de filhos		
Nenhum	20	54
Um filho ou mais	17	46
Religião		
Sem religião	5	13,5
Católica	13	35,1
Evangélica	13	35,1
Espírita	4	10,8
Budista	2	5,4
Praticante na religião		
Praticante	22	59,5
Não praticante	15	40,5
Renda familiar mensal		
Até R\$620,00 (até um salário)	5	13,5
De R\$621,00 a R\$1.240,00 (de um a dois salários)	19	51,4
De R\$1.241,00 a R\$2.480,00	6	16,2
Acima de R\$2.481,00	7	18,9

Fonte: elaborado pela autora.

²⁸ Os percentuais presentes nas tabelas levaram em conta um universo de 37 mulheres entrevistadas (n = 37).

²⁹ Todas as tabelas foram elaboradas pela pesquisadora.

Na tabela 1 verifica-se que a maioria da amostra foi composta por 51,3% (n=19) de mulheres acima de 25 anos. A idade variou entre 18 e 49 anos, com uma média de 28 anos. Das participantes, 46% (n=17) tinham ensino médio completo, 59,5% (n=22) se consideravam da cor branca, 62,2% (n=23) estavam solteiras no momento da entrevista e 54% (n=20) não tinham filhos.

No que se refere à religião, 35,1% (n=13) eram católicas e 35,1% (n=13) afirmaram ser evangélicas, enquanto 59,5% (n=22) se declararam praticantes de alguma religião. A maior concentração de renda ficou entre R\$621,00 e R\$1.240,00, com 51,4% (n=19) das entrevistadas situadas dentro dessa faixa de renda familiar mensal.

Tabela 2: Distribuição das participantes segundo características específicas do estupro

Características	n	%
Autor do estupro		
Desconhecido	29	78,4
Conhecido	8	21,6
Quantidade de autores		
Não sabe	1	2,7
Um autor	30	81,1
Dois autores	4	10,8
Três autores	1	2,7
Quatro autores	1	2,7
Tipo de violência sexual		
Vaginal	10	27
Vaginal e anal	4	10,8
Oral	6	16,2
Anal	1	2,7
Oral e vaginal	4	10,8
Oral, vaginal e anal	7	18,9
Não sabe/não lembra	5	13,5
Uso de arma branca ou de fogo		
Sim	25	67,6
Não	12	32,4
Sofreu ameaça de morte		
Sim	27	73
Não	10	27
Sofreu ameaça de retaliação		
Sim	15	40,5
Não	22	59,5
Outro tipo de violência física		
Sim	16	43,2
Não	21	56,8

Tentativa de reação ao estupro (negociação)		
Sim	25	67,6
Não	12	32,4
Passou por situação parecida na infância ou adolescência (revitimização)		
Sim	9	24,3
Não	28	75,7

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 2 pode-se observar que 78,4% (n=29) dos estupros foram realizados por autor desconhecido, em 81,1% dos casos (n=30) por um único autor, e em 18,9% envolvendo violência sexual oral, vaginal e anal. O tipo de violência sexual não sabe ou não lembra corresponde aos casos onde as vítimas declararam que estavam sob o efeito de alguma substância química que as fez perder a consciência dos fatos.

Arma branca ou de fogo foi utilizada em 67,6% (n=25) das ocorrências. Houve ameaça de morte em 73% (n=27) dos casos pesquisados; 59,5% (n=22) das entrevistadas disseram que não houve ameaça de retaliação, e em 56,8% (n=21) dos casos a vítima não sofreu outro tipo de violência física (tapas, empurrões e socos).

Das 37 mulheres, 67,6% (n=25) afirmaram haver esboçado alguma tentativa de reação para evitar o estupro, como conversar, oferecer dinheiro ou algum objeto de valor, ou pedir e/ou implorar para que o autor não o praticasse.

Da amostra, 24,3% (n=9) declararam ter sofrido tentativa ou situação de abuso sexual na infância ou adolescência. Destas nove participantes, somente uma havia sofrido um estupro, praticado por um desconhecido, anterior ao episódio atual.

Tabela 3: Distribuição das participantes segundo variáveis relativas a mudanças comportamentais

Características	n	%*
Houve afastamento do trabalho/escola ou outros compromissos por causa do estupro		
Sim	27	73
Não	3	8,1
Pediu demissão	1	2,7
Foi mandada embora	1	2,7
Outros	5	13,5
Houve alguma mudança na alimentação depois do estupro		
Aumentou	3	8,1
Diminuiu	7	18,9
Continuou igual	6	16,2
Sem apetite	19	51,4
Começou a forçar o vômito de propósito	0	0
Começou a não comer de propósito	0	0
Outro	2	5,4
Houve mudança no ânimo, na vontade de viver depois do estupro		
Aumentou	4	10,8
Diminuiu	24	64,9
Continuou igual	6	16,2
Mais ou menos	2	5,4
Tentou se suicidar	1	2,7
Houve mudança no uso de bebidas alcoólicas depois do estupro		
Aumentou	1	2,7
Diminuiu	9	24,3
Continuou igual	5	13,5
Começou a beber	0	0
Continua não bebendo	22	59,5
Houve alguma mudança no hábito de fumar		
Aumentou	3	8,1
Diminuiu	1	2,7
Continuou igual	1	2,7
Começou a fumar	1	2,7
Continua não fumando	31	83,8
Houve alguma mudança no uso de alguma droga ilícita		
Aumentou	0	0
Diminuiu	1	2,7
Continuou igual	1	2,7
Começou a usar	0	0
Continua não usando	35	94,6
Outro	0	0
Houve alguma mudança com relação a atividades físicas		
Aumentou	1	2,7
Diminuiu	12	32,4
Continuou igual	4	40,8
Começou a fazer	0	0
Continua não fazendo	20	54,1
Outro	0	0

Houve alguma mudança no sono – qualidade do sono		
Aumentou	3	8,1
Diminuiu	16	43,2
Continuou igual	2	5,4
Insônia	16	43,2
Percebeu mudanças no relacionamento com pessoas da família		
Sim – mudanças negativas	18	48,7
Não	7	18,9
Sim – mudanças positivas	12	32,4
Percebeu mudanças no relacionamento com os amigos		
Sim – mudanças negativas	26	70,3
Não	9	24,3
Sim – mudanças positivas	2	5,4
Percebeu mudanças no relacionamento com pessoas do trabalho/escola		
Sim – mudanças negativas	9	24,3
Não	5	13,5
Sim – mudanças positivas	3	8,1
Não voltou a trabalhar/não trabalha	20	54,1
Opinião própria mudou depois do estupro		
Sim – mudou negativamente	25	67,6
Não	6	16,2
Sim – mudou positivamente	5	13,5
Não sabe	1	2,7
Opinião sobre o próprio corpo mudou depois do estupro		
Sim – mudou negativamente	29	78,4
Não	6	16,2
Sim – mudou positivamente	1	2,7
Não sabe	1	2,7

Fonte: elaborado pela autora.

A tabela 3 mostra que para a maioria não houve mudanças após o estupro em relação aos seguintes comportamentos: 59,5% (n=22) continuaram não bebendo, 83,8% (n=31) continuaram não fumando, 94,6% (n=35) continuaram não usando nenhuma droga ilícita e 54,1% (n=20) continuaram não fazendo atividade física.

A maior parte das entrevistadas (51,4%, n=19) relatou falta de apetite, e 18,9% (n=7) diminuíram a quantidade de alimentação. Cabe ressaltar que a profilaxia antirretroviral para o HIV pode ter interferido nessa alteração de alimentação, pois muitas participantes reclamavam dos efeitos colaterais da medicação, tais como forte enjoo e vontade de vomitar.

Em relação à mudança de ânimo e/ou vontade de viver, 64,9% (n=22) relataram ter havido redução, com falta de vontade de viver e falta de sentido na

vida após a ocorrência do evento, enquanto uma entrevistada (2,7%) declarou haver tentado suicídio após sofrer o estupro. No que tange ao aumento do ânimo e/ou da vontade de viver, 10,8% (n=4) disseram estar agradecidas por continuarem vivas, passando a apreciar mais a vida.

Mudanças relacionadas ao sono foram descritas por 43,2% (n=16) das entrevistadas, que passaram a apresentar insônia; 43,2% (n=16) relataram que a qualidade do sono diminuiu após o estupro. Grande parte reportou a ocorrência de muitos pesadelos, e que o ato de fechar os olhos e ficar em silêncio, momentos antes de dormir, era propício à emergência das imagens do evento em seus pensamentos, dificultando-lhes assim conciliarem o sono.

As mudanças negativas no relacionamento familiar foram descritas por 48,7% (n=18), sendo que 70,3% (n=26) afirmaram que também houve alterações negativas no relacionamento com os amigos. Elas descreveram estas mudanças negativas como um afastamento, uma falta de vontade de ficarem próximas das pessoas, um desejo de ficarem sozinhas, além do medo das perguntas sobre o evento ou da obrigação de terem que contar repetidamente a experiência vivenciada.

As mudanças positivas relatadas foram uma maior aproximação e um sentimento de acolhimento decorrentes da reação positiva das pessoas e do apoio oferecido. Como a maioria das entrevistadas (54,1%, n=20) não voltara a trabalhar ou não estava trabalhando anteriormente, não souberam responder se havia ocorrido alguma mudança no relacionamento com as pessoas do trabalho.

Com relação à opinião sobre si mesmas, 67,6% (n=25) reportaram mudanças negativas, sendo que 78,4% (n=29) apresentaram alterações negativas em relação à opinião sobre o próprio corpo – como por exemplo sentirem-se sujas, com nojo e raiva de si mesmas. No que tange às mudanças de opinião positivas sobre si próprias, 13,5% (n=5) disseram que não sabiam que eram tão fortes para lidar com a situação.

Tabela 4: Distribuição das participantes segundo possíveis consequências advindas do estupro

Característica	n	%*
Ficou com medo de ter contraído uma DST		
Não	3	8,1
Sim	34	91,9
Ficou com medo de ter engravidado		
Não	14	37,9
Sim	9	24,3
Não - menstruação veio	10	27
Não - fez laqueadura	3	8,1
Não - toma pílula	1	2,7
Ficou com medo de ter contraído HIV		
Não	2	5,4
Sim	35	94,6
Ficou com medo da reação do parceiro		
Não	3	8,1
Sim	21	56,7
Não tem parceiro	13	35,14
Ficou com medo da reação familiar		
Não	8	21,6
Sim	29	78,4
Teme a reação da sociedade		
Não	12	32,4
Sim	25	67,6
Teme entrar em contato com o agressor novamente		
Não	3	8,1
Sim	34	91,9
Teme a impunidade do agressor		
Não	5	13,5
Sim	32	86,5
Ficou com medo de que as pessoas não acreditassem nela		
Não	17	46
Sim	20	54
Teme ser estuprada novamente		
Não	3	8,1
Sim	34	91,9
Teme que pessoas próximas a ela sejam estupradas		
Não	3	8,1
Sim	34	91,9
Teme desenvolver uma doença psiquiátrica		
Não	7	18,9
Sim	30	81,1
Teme não se recuperar		
Não	9	24,3
Sim	28	75,7

Teme ficar sozinha		
Não	7	18,9
Sim	30	81,1
Teme andar na rua sozinha		
Não	0	0
Sim	37	100
A ocorrência do abuso mudou os planos para o futuro		
Sim - mudou negativamente	27	73
Não	7	18,9
Sim - mudou positivamente	3	8,1
Sente vergonha do que aconteceu		
Sim	33	89,2
Não	4	10,8
Sente-se culpada pelo que aconteceu		
Sim	18	48,7
Não	19	51,3
Gostaria de ter feito algo diferente com relação ao estupro sofrido		
Sim	30	81,1
Não	7	18,9

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 4 pode-se observar que 94,6% (n=35) tiveram medo de ter contraído HIV, e que 91,9% (n=34) recearam ter contraído alguma DST. Das entrevistadas, 37,9% (n=14) relataram não ter ficado com medo de engravidar e 24,3% (n=9) temeram ter engravidado em decorrência do estupro.

Verificou-se que 56,7% (n=21) tiveram receio da reação do parceiro, 78,4% (n=29) temeram a reação familiar e 54% (n=20) tiveram medo de que as pessoas não acreditassem nelas. Das entrevistadas, 67,6% (n=25) relataram ainda sentir receio do julgamento da sociedade.

Dentre as participantes, 81,1% (n=30) reportaram o medo de desenvolver uma doença psiquiátrica em decorrência do estupro, enquanto 75,7% (n=28) recearam não se recuperar dessa experiência.

Todas enfatizaram o medo de andar sozinhas na rua após o estupro, e 81,1% (n=30) reportaram o receio de ficar sozinhas. As entrevistadas que temem que o agressor fique impune correspondem a 86,5% (n=32) da amostra. Em 91,9% (n=34) dos casos, elas têm medo de que o evento aconteça novamente, de entrarem em contato com o agressor e de que uma pessoa próxima a elas seja vítima de violência semelhante.

Para 73% (n=27) o estupro provocou um impacto negativo com relação aos planos para o futuro. Estas mulheres disseram não pensar mais no futuro, que seus planos haviam sido suspensos ou que estavam sem vontade de executar o que haviam anteriormente planejado.

Para 89,2% (n=33) o evento causou vergonha. Ficaram constrangidas por serem vítimas de um episódio de estupro. Disseram sentir vergonha dos olhares alheios e de possíveis culpabilizações ou julgamentos; também sentiram vergonha de seus companheiros.

Nesta amostra, nenhuma participante tinha alta autoestima, a maioria sentia-se envergonhada pelo ocorrido, praticamente metade da amostra se sentia culpada (48,7%, n=18) e 81,1% (n=30) diziam que deveriam ou gostariam de ter tido uma reação diferente frente à situação.

Tabela 5: Distribuição das participantes segundo variáveis relativas à vida sexual

Características	n	%*
Voltou a ter vida sexual ativa depois do estupro		
Sim	9	24,3
Não	28	75,7
Com quem voltou a ter uma vida sexual ativa		
Mesmo(a) parceiro(a) de antes do abuso	9	100
Outro(a) parceiro(a)	0	0
Quanto tempo depois do estupro		
Um dia	1	11,1
Sete dias	1	11,1
Nove dias	1	11,1
Dez dias	2	22,2
Treze dias	1	11,1
Não soube responder	3	33,3
Como foi a relação sexual		
Satisfatória	2	22,2
Insatisfatória	0	0
Diferente	4	44,4
Ruim	2	22,2
Não teve prazer	1	11,1
Como está o desejo sexual depois do estupro		
Aumentou	0	0
Diminuiu	4	44,4
Continua igual	4	44,4
Diferente	1	11,1

Como está o prazer sexual depois do estupro

Aumentou	0	0
Diminuiu	2	22,2
Continua igual	5	55,5
Diferente	1	11,1
Não tem mais prazer	1	11,1

Fonte: elaborado pela autora.

Em relação à retomada da vida sexual, todas as participantes (24,3%, n=9) que voltaram a ter relações sexuais o fizeram com o mesmo parceiro de antes do estupro.

Para 44,4% (n=4) a relação sexual foi diferente de antes do estupro, satisfatória para 22,2% (n=2) e ruim para 22,2% (n=2). Em relação ao desejo sexual após o evento, 44,4% (n=4) afirmaram que permaneceu igual, e 44,4% (n=4) responderam ter havido uma redução. O prazer sexual não sofreu alteração para 55,5% (n=5) das entrevistadas que retornaram à atividade sexual, enquanto para 22,2% (n=2) o prazer diminuiu de intensidade.

Das 37 participantes, duas entrevistadas relataram que eram virgens antes do estupro.

Tabela 6: Distribuição das participantes segundo níveis de autoestima

Características	n	%*
Autoestima		
Baixa	4	10,8
Moderada	33	89,2
Alta	0	0

Fonte: elaborado pela autora.

Com relação aos escores de autoestima, 10,8% (n=4) apresentaram nível baixo de autoestima, enquanto 89,2% (n=33) obtiveram índice moderado. Cabe ressaltar que nenhuma das participantes atingiu escore de alta autoestima.

Tabela 7: Distribuição das participantes segundo níveis de depressão

Características	n	%*
Diagnóstico de depressão		
Mínimo (0 – 11)	3	8,1
Leve (12 – 19)	5	13,5
Moderado (20 – 35)	23	62,2
Grave (36 – 63)	6	16,2

Fonte: elaborado pela autora.

O nível mínimo de depressão foi composto por 8,1% (n=3) das participantes; o nível leve obteve 13,5% (n=5); 62,2% (n=23) tiveram escore moderado; e 16,2% (n=6) apresentaram grave nível de depressão.

Tabela 8: Distribuição das participantes segundo escores do transtorno do estresse pós-traumático

Características	n	%*
Transtorno do estresse pós-traumático		
Escore <= 50	4	10,8
Escore > 50	33	89,2
Presença de sintoma Revivências - critério B	37	100
Presença de sintoma Comportamento/Entorpecimento emocional - critério C	36	97,3
Presença de sintoma Hiperexcitabilidade - critério D	37	100

Fonte: elaborado pela autora.

As vítimas que apresentaram escores igual ou acima de 50 pontos, pontuação para um possível diagnóstico do TEPT, corresponderam a 89,2% (n=33) das participantes, enquanto 10,8% (n=4) obtiveram pontuação igual ou abaixo de 49 pontos. O ponto de corte da escala, segundo Berger *et al.* (2004), é de 50 pontos ou mais para possíveis casos de transtorno do estresse pós-traumático.

Todas as participantes que obtiveram escore acima de 50 pontos para TEPT preencheram o requisito dos três sintomas do transtorno avaliados pela escala revivências (critérios B), comportamento/entorpecimento emocional (critério C) e hiperexcitabilidade (critério D).

Uma participante com escore abaixo de 50 pontos não preencheu os requisitos para a presença do sintoma de comportamento/entorpecimento emocional

(critério C). A análise qualitativa desta participante pode ser observada na análise de duas entrevistadas, como a Entrevistada C.

5.1.1.2 Correlações estatísticas³⁰

Tabela 9: Correlação entre características sociodemográficas e autoestima

Variáveis	Autoestima		p
	Baixa (n=4) n (%)	Moderada (n=33) n (%)	
faixa etária			
<= 25 anos	1 (5,6)	17 (94,4)	0,316
> 25 anos	3 (15,8)	16 (84,2)	
Escolaridade			
ensino fundamental	0 (0)	4 (100,0)	0,677
ensino médio	2 (10,0)	18 (90,0)	
ensino superior	2 (15,4)	11 (84,6)	
Cor/etnia			
Branca	2 (9,1)	20 (90,9)	0,556
Parda	2 (18,2)	9 (81,8)	
Preta	0 (0)	4 (100,0)	
União estável ou casada			
Sim	0 (0)	8 (100,0)	0,266
Não	4 (13,8)	25 (86,2)	
Número de filhos			
Nenhum	3 (15,0)	17 (85,0)	0,373
Um filho ou mais	1 (5,9)	16 (94,1)	
Religião			
Não tem	0 (0)	5 (100,0)	0,403
Tem	4 (12,5)	28 (87,5)	
Praticante na religião			
Praticante	2 (9,1)	20 (90,9)	0,683
Não praticante	2 (13,3)	13 (86,7)	

³⁰ Nas tabelas 9 a 17, p: teste qui-quadrado.

Renda Familiar

Até R\$620,00	0 (0)	5 (100,0)	0,823
De R\$621,00 a R\$1.240,00	2 (10,5)	17 (89,5)	
De R\$1.241,00 a R\$2.480,00	1 (16,7)	5 (83,3)	
Acima de R\$2.481,00	1 (14,3)	6 (85,7)	

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 9 pode-se notar que os dados sociodemográficos não tiveram influência estatística significativa ($p > 0,05$) sobre a autoestima. Dessa forma, nenhum dado sociodemográfico correlacionado com os níveis de autoestima revelou-se como um fator de proteção ou de risco.

Tabela 10: Correlação entre características específicas do estupro e autoestima

Variáveis	Autoestima		p
	Baixa (n=4) n (%)	Moderada (n=33) n (%)	
Autor do abuso			
Desconhecido	2 (6,9)	27 (93,1)	0,144
Conhecido	2 (25,0)	6 (75,0)	
Quantidade de autores			
Não sabe	0 (0)	1 (100,0)	0,903
Um autor	4 (13,3)	26 (86,7)	
Dois autores	0 (0)	4 (10,0)	
Três autores	0 (0)	1 (100,0)	
Quatro autores	0 (0)	1 (100,0)	
Tipo de violência sexual			
Vaginal	2 (20,0)	8 (80,0)	0,825
Vaginal e anal	0 (0)	4 (100,0)	
Oral	1 (16,7)	5 (83,3)	
Anal	0 (0)	1 (100,0)	
Oral e vaginal	0 (0)	4 (100,0)	
Oral, vaginal e anal	1 (14,3)	6 (85,7)	
Não sabe/não lembra	0 (0)	5 (100,0)	
Uso de arma branca ou de fogo			
Sim	2 (8,0)	23 (92,0)	0,427
Não	2 (16,7)	10 (83,3)	

Sofreu ameaça de morte			
Sim	3 (11,1)	24 (88,9)	0,923
Não	1 (10,0)	9 (90,0)	
Sofreu ameaça de retaliação			
Sim	3 (20,0)	12 (80,0)	0,137
Não	1 (4,6)	21 (95,4)	
Outro tipo de violência física			
Sim	2 (12,5)	14 (87,5)	0,773
Não	2 (9,5)	19 (90,5)	

Fonte: elaborado pela autora.

De acordo com a tabela 10, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre as variáveis relativas a estupro e autoestima.

Características do tipo de estupro, como autor ou autores, uso ou não de arma, ameaça ou não de morte, retaliação e uso ou não de força física não apresentaram correlações estatísticas significativas em relação aos níveis de autoestima; portanto, pode-se deduzir que, independente das circunstâncias em que o estupro ocorreu, níveis moderados de autoestima estiveram presentes na maioria da amostra.

Tabela 11: Correlação entre vergonha, culpa e autoestima

Variáveis	Autoestima		p
	Baixa (n=4) n (%)	Moderada (n=33) n (%)	
Sente vergonha			
Sim	3 (9,1)	30 (90,9)	0,333
Não	1 (25,0)	3 (75,0)	
Sente-se culpada			
Sim	2 (11,1)	16 (88,9)	0,954
Não	2 (10,5)	17 (89,5)	

Fonte: elaborado pela autora.

Os sentimentos de vergonha e culpa não apresentaram correlação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) com os níveis de autoestima.

Tabela 12: Correlação entre características sociodemográficas e níveis de depressão

Variáveis	Depressão			p
	Mínima ou leve (n= 8) n (%)	Moderada (n= 23) n (%)	Grave (n= 6) n (%)	
faixa etária				
<= 25 anos	5 (27,8)	10 (55,6)	3 (16,6)	0,649
> 25 anos	3 (15,8)	13 (68,4)	3 (15,8)	
Escolaridade				
ensino fundamental	0 (0)	3 (75,0)	1 (25,0)	0,513
ensino médio	4 (20,0)	14 (70,0)	2 (10,0)	
ensino superior	4 (30,8)	6 (46,2)	3 (23,0)	
Cor/etnia				
Branca	6 (27,3)	14 (63,6)	2 (9,1)	0,244
Parda	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	
Preta	1 (25,0)	3 (75,0)	0 (0)	
União estável ou casada				
Sim	2 (25,0)	5 (62,5)	1 (12,5)	0,932
Não	6 (20,7)	18 (62,1)	5 (17,2)	
Número de filhos				
Nenhum	6 (30,0)	11 (55,0)	3 (15,0)	0,404
Um filho ou mais	2 (11,8)	12 (70,6)	3 (17,6)	
Religião				
Não tem	1 (20,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	0,969
Tem	7 (21,9)	20 (62,5)	5 (15,6)	
Praticante na religião				
Praticante	6 (27,3)	13 (59,1)	3 (13,6)	0,575
Não praticante	2 (13,3)	10 (66,7)	3 (20,0)	
Renda Familiar				
Até R\$620,00	1 (20,0)	4 (80,0)	0 (0)	0,665
De R\$621,00 a R\$1.240,00	4 (21,1)	11 (57,9)	4 (21,0)	
De R\$1.241,00 a R\$2.480,00	1 (16,7)	3 (50,0)	2 (33,3)	
Acima de R\$2.481,00	2 (28,6)	5 (71,4)	0 (0)	

Fonte: elaborado pela autora.

Como demonstra a tabela 12, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre as variáveis sociodemográficas e a depressão. Os níveis de depressão mínima ($n=3$) e leve ($n=5$) foram agrupados para fins estatísticos.

A maioria da amostra (62,2%, $n=23$) apresentou nível moderado de depressão, independentemente das variáveis sociodemográficas. Nenhum fator sociodemográfico se apresentou como fator de proteção ou de risco para depressão.

Tabela 13: Correlação entre características específicas do estupro e níveis de depressão

Variáveis	Depressão			p
	Mínima ou leve ($n= 8$) n (%)	Moderada ($n= 23$) n (%)	Grave ($n= 6$) n (%)	
Autor do abuso				
Desconhecido	7 (24,1)	17 (58,6)	5 (17,2)	0,687
Conhecido	1 (12,5)	6 (75,0)	1 (12,5)	
Quantidade de autores				
Não sabe	0 (0)	1 (100,0)	0 (0)	0,901
Um autor	8 (26,7)	17 (56,6)	5 (16,7)	
Dois autores	0 (0)	3 (75,0)	1 (25,0)	
Três autores	0 (0)	1 (100,0)	0 (0)	
Quatro autores	0 (0)	1 (100,0)	0 (0)	
Tipo de violência sexual				
Vaginal	2 (20,0)	7 (70,0)	1 (10,0)	0,465
Vaginal e anal	1 (25,0)	1 (25,0)	2 (50,0)	
Oral	2 (33,3)	3 (50,0)	1 (16,7)	
Anal	1 (100,0)	0 (0)	0 (0)	
Oral e vaginal	1 (25,0)	2 (50,0)	1 (25,0)	
Oral, vaginal e anal	0 (0)	6 (85,7)	1 (14,3)	
Não sabe/não lembra	1 (20,0)	4 (80,0)	0 (0)	
Uso de arma branca ou de fogo				
Sim	7 (28,0)	14 (56,0)	4 (16,0)	0,382
Não	1 (8,3)	9 (75,0)	2 (16,7)	

Sofreu ameaça de morte				
Sim	7 (25,9)	14 (51,9)	6 (22,2)	0,091
Não	1 (10,0)	9 (90,0)	0 (0)	
Sofreu ameaça de retaliação				
Sim	2 (13,3)	10 (66,7)	3 (20,0)	0,575
Não	6 (27,3)	13 (59,1)	3 (13,6)	
Uso da força e violência (apanhou)				
Sim	2 (12,5)	11 (68,8)	3 (18,7)	0,498
Não	6 (28,6)	12 (57,1)	3 (14,3)	

Fonte: elaborado pela autora.

De acordo com a tabela 13, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre as características relativas ao estupro e níveis de depressão. Não foi observado nenhum fator de proteção ou risco para a depressão nesta correlação.

Contudo, podemos observar que há uma tendência ($p = 0,91$) de prevalência maior de depressão grave entre as participantes que sofreram ameaça de morte (22,2%, $n = 6$) quando comparadas àquelas que não sofreram ameaça (0,0%, $n = 0$).

Tabela 14 : Correlação entre vergonha, culpa e níveis de depressão

Variáveis	Depressão			p
	Mínima ou leve (n= 8) n (%)	Moderada (n= 23) n (%)	Grave (n= 6) n (%)	
Sente vergonha				
Sim	7 (21,2)	20 (60,6)	6 (18,2)	0,647
Não	1 (25,0)	3 (75,0)	0 (0)	
Sente-se culpada				
Sim	4 (22,2)	10 (55,6)	4 (22,2)	0,597
Não	4 (21,1)	13 (68,4)	2 (10,5)	

Fonte: elaborado pela autora.

A tabela 14 evidencia que não foram encontradas correlações estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre culpa, vergonha e níveis de depressão.

Tabela 15: Correlação entre características sociodemográficas e escores do transtorno do estresse pós-traumático

Variáveis	TEPT		p
	Escore \leq 50 (n= 4) n (%)	Escore $>$ 50 (n= 33) n (%)	
faixa etária			
\leq 25 anos	1 (5,6)	17 (94,4)	0,316
$>$ 25 anos	3 (15,8)	16 (84,2)	
Escolaridade			
ensino fundamental	0 (0)	4 (100,0)	0,677
ensino médio	2 (10,0)	18 (90,0)	
ensino superior	2 (15,4)	11 (84,6)	
Cor/etnia			
Branca	3 (13,6)	19 (86,4)	0,309
Parda	0 (0)	11 (100,0)	
Preta	1 (25,0)	3 (75,0)	
União estável ou casada			
Sim	2 (25,0)	6 (75,0)	0,144
Não	2 (6,9)	27 (93,1)	
Número de filhos			
Nenhum	3 (15,0)	17 (85,0)	0,373
Um filho ou mais	1 (5,9)	16 (94,1)	
Religião			
Não tem	0 (0)	5 (100,0)	0,403
Tem	4 (12,5)	28 (87,5)	
Praticante na religião			
Praticante	3 (13,6)	19 (86,4)	0,503
Não praticante	1 (6,7)	14 (93,3)	
Renda Familiar			
Até R\$620,00	0 (0)	5 (100,0)	0,305
De R\$621,00 a R\$1.240,00	2 (10,5)	17 (89,5)	
De R\$1.241,00 a R\$2.480,00	0 (0)	6 (100,0)	
Acima de R\$2.481,00	2 (28,6)	5 (71,4)	

Fonte: elaborado pela autora.

Com base na tabela 15, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre as características sociodemográficas e os escores do TEPT.

A média dos escores brutos da escala *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C)* foi de 65,5 pontos, com desvio padrão de $\pm 10,75$.

Tabela 16: Correlação entre características específicas do estupro e escores do transtorno do estresse pós-traumático

Variáveis	TEPT		
	Não apresenta (n= 4) n (%)	Apresenta (n= 33) n (%)	p
Autor do abuso			
Desconhecido	4 (13,8)	25 (86,2)	0,266
Conhecido	0 (0)	8 (100,0)	
Quantidade de autores			
Não sabe	0 (0)	1 (100,0)	0,903
Um autor	4 (13,3)	26 (86,7)	
Dois autores	0 (0)	4 (100,0)	
Três autores	0 (0)	1 (100,0)	
Quatro autores	0 (0)	1 (100,0)	
Tipo de violência sexual			
Vaginal	0 (0)	10 (100,0)	0,046
Vaginal e anal	1 (25,0)	3 (75,0)	
Oral	1 (16,7)	5 (83,3)	
Anal	1 (100,0)	0 (0)	
Oral e vaginal	1 (25,0)	3 (75,0)	
Oral, vaginal e anal	0 (0)	7 (100,0)	
Não sabe/não lembra	0 (0)	5 (100,0)	
Uso de arma branca ou de fogo			
Sim	4 (16,0)	21 (84,0)	0,142
Não	0 (0)	12 (100,0)	

Sofreu ameaça de morte			
Sim	4 (14,8)	23 (85,2)	0,197
Não	0 (0)	10 (100,0)	
Sofreu ameaça de retaliação			
Sim	3 (20,0)	12 (80,0)	0,137
Não	1 (4,6)	21 (95,4)	
Uso da força e violência (apanhou)			
Sim	0 (0)	16 (100,0)	0,065
Não	4 (19,1)	17 (80,9)	

Fonte: elaborado pela autora.

Com base na tabela 16, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre as características relativas ao estupro e escores para TEPT. Qualquer tipo de violência sexual foi associada ao desenvolvimento do TEPT.

Até mesmo as participantes que não lembravam ou não sabiam o tipo de violência sexual sofrida apresentaram escore acima de 50 pontos para TEPT; portanto, não ter memória do evento não as protegeu de apresentarem sintomatologia correspondente ao transtorno.

Tabela 17: Correlação entre vergonha e culpa e escores do transtorno do estresse pós-traumático

Variáveis	TEPT		p
	Não apresenta (n= 4) n (%)	Apresenta (n= 33) n (%)	
Sente vergonha			
Sim	4 (12,1)	29 (87,9)	0,461
Não	0 (0)	4 (100,0)	
Sente-se culpada			
Sim	3 (16,7)	15 (83,3)	0,264
Não	1 (5,3)	18 (94,7)	

Fonte: elaborado pela autora.

Como mostra a tabela 17, não houve correlações estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre vergonha e culpa e os escores para o transtorno do estresse pós-traumático.

Tabela 18: Correlação entre níveis de autoestima e o transtorno do estresse pós-traumático

Autoestima	TEPT		
	Não apresenta n (%)	Apresenta n (%)	Total n (%)
Baixa	0 (0)	4 (12,1)	4 (10,8)
Moderada	4 (100)	29 (87,9)	33 (89,2)
Total	4 (100,0)	33 (100,0)	37(100,0)

Fonte: elaborado pela autora.

* $p = 0,461$

**teste exato de Fischer = 0,620

Como se pode observar na tabela 18, não houve diferença estatística significativa na frequência do transtorno do estresse pós-traumático entre mulheres com baixa autoestima.

Tabela 19: Correlação entre níveis de depressão e o transtorno do estresse pós-traumático

Depressão	TEPT		
	Não apresenta n (%)	Apresenta n (%)	Total n (%)
Mínima ou leve	3 (75,0)	5 (18,2)	8 (16,2)
Moderada	1 (25,0)	22 (66,7)	23(62,2)
Grave	0 (0)	6 (15,1)	6 (21,6)
Total	4 (100,0)	33 (100,0)	37(100,0)

Fonte: elaborado pela autora.

* $p = 0,022$

**teste exato de Fischer= 0,042

As mulheres que apresentaram escores para o transtorno do estresse pós-traumático mostraram maior frequência de depressão moderada e grave.

Tabela 20: Correlação entre níveis de autoestima e níveis de depressão

Depressão	Autoestima		
	Baixa n (%)	Moderada n (%)	Total n (%)
Mínima ou leve	0 (0)	8 (24,2)	8 (21,6)
Moderada	3 (75,0)	20 (60,7)	23(62,2)
Grave	1 (25,0)	5 (15,1)	6 (16,2)
Total	4 (100,0)	33 (100,0)	37(100,0)

Fonte: elaborado pela autora.

*p= 0,522

**teste exato de Fischer= 0,602

A tabela 20 indica que a frequência de depressão moderada e grave não apresentou diferença estatística significativa em relação aos níveis de autoestima.

5.2 Resultados qualitativos

Foram levantadas 23 categorias de análise, com base nos relatos feitos durante as entrevistas. O material utilizado foi a transcrição de todas as entrevistas. A seguir podemos observar as falas das entrevistadas, que serão apresentadas pela abreviação “Ent.”, de acordo com cada categoria:

5.2.1 Categoria: Revitimização

Nesta categoria estão incluídos os relatos das nove participantes vítimas de uma tentativa, abuso sexual ou estupro anterior ao episódio atual.

Ent. 15: *Essa não é a primeira vez que eu sou assaltada, e da primeira vez que eu fui assaltada aos 17 anos, eu fui estuprada. Eu estou muito triste em pensar nisso, sabe, tipo, muito tempo sem falar nessa coisa. ... Eu passei vinte anos da minha vida falando que isso não ia acontecer comigo de novo, que eu morreria, eu não imaginaria alguém fazer isso comigo de novo, e é isso, quando você está numa situação dessa só o teu instinto que vale, entendeu, você não pensa, você só quer sobreviver.*

Ent. 16: *Quando eu tinha 12 anos um cara tentou me pegar. Tipo assim, ele só conseguiu, como que eu posso dizer, eu acho, é chupar o corpo da gente e na vagina. Porque tenho isso na minha cabeça até hoje.*

Ent. 17: *Isso eu nunca contei para ninguém, assim, nunca ninguém da minha família, só que isso me fez muito mal, porque eu cresci, assim: “eu nunca vou me relacionar com homem nenhum”. Mas aí eu criei um mundo meu, para mim, eu não queria mais me relacionar com homem nenhum, nem nada, tipo, não conseguia me abrir com ninguém, sempre fiquei na minha, faço minhas coisas, tudo para mim, assim, quero mostrar para as pessoas que eu estou feliz, que eu estou bem, vivo dando risada, mas por dentro eu não consigo desabafar.... Mas isso para mim parece que é uma coisa que me persegue. Então, não é, na minha vida, infelizmente sempre teve isso, primeiro foi o primeiro cara, depois o marido da minha tia, depois eu conheci o meu pai, quando foi ver este cara agora.*

Ent. 33: *Eu acho que eu tinha uns cinco, seis anos. Era o melhor amigo do meu irmão. Lembrei vagamente do que aconteceu nessa época agora, pensei assim, putz, de novo? E de novo não lembrar!*

Somente uma participante sofreu dois estupros cometidos por um desconhecido. Ao serem questionadas sobre a revivência da violência sexual, algumas disseram que o estupro atual as havia remetido à experiência e à dor ocasionadas pelo primeiro abuso. A maneira de vivenciar e refletir sobre o evento atual é impactada pela primeira experiência. O discurso das participantes, ao longo da entrevista, expõe este fato, pois em alguns momentos comparam mudanças comportamentais atuais às da época do primeiro abuso ou estupro.

Dentre as mulheres integrantes desta categoria, todas responderam que sentiam vergonha do ocorrido e seis declararam que se sentiam culpadas. Somente uma entrevistada ficou com nível baixo de autoestima (a análise qualitativa desta participante pode ser observada na análise de duas entrevistadas, como a entrevistada B), o restante obteve escore moderado para autoestima.

Em relação aos níveis de depressão, duas ficaram com nível leve, quatro com nível moderado e três com nível grave. Os escores para o TEPT variaram entre 44 pontos (o segundo menor escore da amostra) à 83 pontos (o mais alto índice de TEPT). As mulheres revitimizadas apresentaram escores relativos às escalas em conformidade com o restante da amostra, vítima do episódio atual.

5.2.2 Categoria: Reações durante o evento

Esta categoria inclui falas relacionadas às reações, emoções, pensamentos e medos que as participantes dizem ter tido/ sentido durante o evento.

- Ent. 4:** *Eu entrei praticamente num acordo com ele, eu ficava quietinha fazendo tudo que ele queria, para ele não me matar, porque se eu não ficasse quieta ou tentasse fugir, ele ia me matar.*
- Ent. 5:** *Comecei a falar: “Não faz isso comigo, não, que eu tenho filho para criar, estou indo para o meu trabalho”. Aí ele pegou e falou: “Só quero só gozar e pronto.*
- Ent. 9:** *Só que na hora, sabe, o seu instinto de se defender e você tenta agredir a pessoa com... , sei lá. Do jeito que eu pude, tanto é que ele apanhou bastante. É verdade, porque mordi muito ele, bati muito nele.*
- Ent. 10:** *Aí dentro do quarto ele só me batia. Me enforcava, puxava meu cabelo. Aí quando eu ia falar para ele que ele um monstro, que ele era psicopata, aí ele vinha e me batia mais, entendeu. Eu não estava em sã consciência, tava drogada.*
- Ent. 13:** *Porque é horrível você ser forçada por uma pessoa e fazer as coisas sem querer. Porque o meu pensamento era no meu filho, n’ mim, também, de ele querer me matar, fazer as coisas comigo e me matar. Eu tive que fazer o jogo dele.*
- Ent. 14:** *Antes de ele fazer qualquer coisa eu comecei a... a argumentar com ele, eu falei: “Olha, o senhor já pegou o que o senhor queria, tem 500 reais na minha conta, vai lá, compra presente de Natal para a sua família, vai embora, o senhor já conseguiu o que senhor queria”.*
- Ent. 18:** *Não lembro de ter tomado muito, eu sei que eu perdi o controle do meu corpo, não lembro a maior parte do que aconteceu. Lembro só de ter acordado no chuveiro sem roupa, deitada no chão, só consegui levantar para vomitar.*
- Ent. 22:** *Se ele tivesse de me machucar, que me machucasse, mas que eu estivesse viva. Naquele momento eu só lembrava dos meus filhos e do meu marido.*
- Ent. 23:** *Não, primeiro eu tentei, eu ia começar a falar se ele quisesse os meus documentos, as minhas coisas, podia levar, mas não, a hora que ele tirou a arma e colocou no meu ouvido, aí eu não tive mais reação de lutar.*
- Ent. 28:** *Eu bati tanto nele, eu lutei tanto, que ele não conseguiu ir além do limite, não conseguia ir muito profundo, entendeu?*
- Ent. 29:** *Na hora que ele falou que ou eu fazia ou ele me matava, na minha mente veio a minha filha, não é. Porque se não fosse ela, não teria assim, deixado, assim, sabe, eu teria, eu teria tentado evitar.*
- Ent. 36:** *Eu estava em choque, eu não conseguia me mexer. É como se a gente saísse do corpo, que assim, eu não consegui me mexer direito. Não sentia nada, não sentia absolutamente nada.*

Algumas participantes relataram que tentaram evitar que o estupro ocorresse, conversando com o agressor em uma tentativa de convencê-lo a não praticar o ato oferecendo-lhe dinheiro e/ou objetos de valor. Houve também mulheres que bateram e xingaram o agressor. Outras disseram que em um primeiro momento tentaram negociar, mas ao verem a arma e se sentirem ameaçadas de morte permaneceram então imóveis.

Houve também participantes que declararam ter ficado sem ação desde o início do evento. Muitas disseram que na hora sentiram muito medo de morrer, enquanto outras – mesmo amedrontadas – relataram não ter sentido absolutamente nada, descrevendo o fato como se estivessem anestesiadas, ou seja, cindidas das sensações corporais.

5.2.3 Categoria: Reações logo após o evento

Nesta categoria pode-se observar as falas que caracterizam as reações das vítimas após o término do evento – o que fizeram, pensaram ou como conseguiram reagir nos momentos seguintes ao estupro.

Ent. 2: *Nem chorar eu conseguia, eu não conseguia, eu estava, tipo assim, parou. Ficava olhando, olhava para um lado, olhava para o outro e falava: “Meu Deus, o que é isso?”... “Aí eu encostei a porta, tirei a roupa e entrei no banheiro para tomar um banho. Onde a primeira vez eu me vi sentada no box do banheiro, e a água caindo sem parar e tentando lavar o meu corpo.*

Ent. 4: *De lá (lugar onde aconteceu o estupro) eu fui para o serviço, ainda, e quando eu cheguei no serviço ainda eu tomei um banho, Depois peguei um taxi e fui para casa.*

Ent. 5: *Aí eu fui para o meu trabalho. Fiquei em choque porque aconteceu isso comigo.*

Ent. 9: *Eu sei que eu andei, ainda, algum tempo, e tinha começado a sangrar um pouco. Bom, com vergonha, chorando, sabe, aquele desespero todo, eu sei que andando eu vi um rapaz mexendo na horta, foi onde eu pedi ajuda.*

Ent. 13: *No entanto, que depois que ele foi embora, eu estava me sentindo um nojo. Estava me sentindo suja.*

Ent. 14: *Foi quando não tinha mais perguntas (na delegacia), não tinha nada, estava só eu, eu ficava pensando no que seria dali para a frente. Eu estava em outro mundo, sabe, não estava mais aqui.*

- Ent. 16:** *Aí ele saiu e eu não vi mais, eu coloquei a calça e saí chorando, desci para a parte que eu trabalhava e fiquei lá até de manhã.*
- Ent. 23:** *Cheguei em casa, aí cheguei em casa desesperada, aí eles acharam que eu tinha só sido roubada, eu falei para a minha irmã que não. Aí do jeito que eu estava eu fui para a delegacia e depois da delegacia eles me mandaram para o IML.*
- Ent. 24:** *Eu fui embora, nem olhei para trás. Aí cheguei em casa desesperada, na hora eu não chorei, eu só tremia, tremia, tremia, quando eu cheguei em casa que aí eu desabei. Eu só queria tomar um banho, cheguei em casa, tomei um banho e fui para a delegacia.” ...”O banho deu uma melhorada, um alívio entre aspas.*
- Ent. 27:** *Ai, eu cheguei em casa, joguei a roupa no lixo e fui tomar um banho. Estava nojenta, estava suja, e aqui estava com coceira, toda gozada, eu estava desesperada, fui tomar banho, lavar o cabelo, tomei banho, tomei banho, tomei banho, aí depois eu fiquei em casa deitada.*
- Ent. 29:** *Ele saiu correndo, eu ainda fiquei coisa de uns 20 segundos, assim, parada, perdida, você sabe, sem atitude. Fui para minha casa. Eu subi correndo, aí a minha irmã estava em casa, a minha irmã falou: “O que foi?”, eu lembro que foi ela a primeira pessoa que eu falei o que tinha acontecido.*
- Ent. 31:** *Eu fiquei... é, eu não conseguia, eu não conseguia, eu não conseguia pensar em nada. Eu fiquei um bom tempo, assim, eu não sabia, parecia que aquilo não tinha acontecido comigo, eu estava assim... eu ficava sentindo o cheiro, assim, tipo, eu não sabia o que fazer. E depois de um bom tempo que eu resolvi ir na delegacia.*

Muitas entrevistadas referiram-se aos momentos pós-estupro como de choque. Não sabiam o que fazer ou não esboçaram reação, como se estivessem anestesiadas e sem completa consciência do que lhes havia acontecido. Em decorrência disso, um grupo contou que após o estupro seguiu para o trabalho, isto é, estas mulheres continuaram o caminho que vinham fazendo antes do evento. Algumas disseram que depois de um tempo conseguiram ter alguma reação ou decidir o que iriam fazer: contar para alguém, pedir ajuda ou procurar algum serviço especializado. Até este momento permaneceram paradas, deitadas, ou foram levadas por familiares a uma delegacia ou hospital.

Ao deixarem o local onde se deu o evento, muitas pediram ajuda a quem passava na rua. Algumas relataram o ocorrido aos seus familiares assim que os encontraram pela primeira vez, enquanto outras demoraram algum tempo, horas, dias ou não contaram o que lhes havia acontecido. Houve participantes que disseram ter sido assaltadas, porém não violentadas sexualmente.

O sentimento de vergonha, de se sentirem “nojentas” ou sujas pode ter se iniciado neste momento. O banho foi descrito como uma das primeiras reações para

um grupo de participantes, trazendo-lhes um certo – mais não completo – alívio, como se a “sujeira” ainda permanecesse mesmo após o banho.

5.2.4 Categoria: Reações e observações em relação ao atendimento na delegacia

Nesta categoria incluem-se falas sobre como foi e como se sentiram na delegacia ao registrarem o boletim de ocorrência.

Ent. 2: Olha eu tiro o meu chapéu, delegado honesto.

Ent. 4: Nossa, eles me acolheram super bem, muito bem, mesmo.

Ent. 6: Ah, eu fui bem recebida, depois do caso contado, eu fui bem recebida. Porque antes disso, eles me deixaram mais de lado.

Ent. 10: Fiquei com vergonha. Me ajudaram. Ficaram sensibilizados com a minha situação. Me deram todo o apoio lá.

Ent. 11: Eu sei lá, eu fiquei com muita raiva, porque a escritã olhou para mim com um olhar que parecia que eu estava mentindo, entendeu, e para o que eu ia mentir por uma coisa dessa? Não tem lógica, eu fiquei nervosa e falei assim: “Você deve estar pensando que eu estou mentindo porque eu demorei muito tempo pra fazer o B.O., mas você acha que é fácil eu olhar para os meus pais e falar uma coisa dessa? Não é fácil, não sei qual vai ser a reação deles, eu não sei o que vai passar na cabeça deles, não é assim. Eu demorei um pouco, sim, porque eu estava com medo de falar para os meus pais”.

Ent. 12: Ah, mal a gente fica, não é, porque a gente fica chocada, fica bem mal. Agora, eu pensava que ia ser uma coisa rápida, mas, não é. Eu pensava assim, de eu chegar lá e eles me levar lá na casa para pegar ele (o autor do estupro) e levar ele para a delegacia, mas não foi! Diz que não foi flagrante, então tem que esperar.

Ent. 13: Não, foi demorado, mas foi bem atencioso, assim. Inclusive eles estão se empenhando muito, na segunda feira eu fui lá, eles me levaram para Diadema para reconhecer olho e nariz, que foi o que a gente viu dele, ele estava de capacete o tempo inteiro.... Isso dá conforto, eu acho, não é?

Ent. 16: Não fizeram nada. Como se o que tava falando era a mesma coisa que se o meu carro tivesse sido roubado. Nem me olharam. E uma mulher ficou me olhando de lado. Horrível.

Ent. 19: Ah, constrangida por ter que falar tudo nos mínimos detalhes, como aconteceu, eu estava muito abalada no dia.

Ent. 24: A gente se sente mal porque praticamente é como se ninguém tivesse se importando com a sua situação, porque você está ali num momento de desespero,

você espera no mínimo que eles vão tomar alguma providência, não é, pensei que iam mandar um carro verificar se tinha alguém lá ainda.

Ent. 28: *Eu me senti com medo de todo mundo. Eu não queria que ninguém me encostasse. Mas todos foram legais.*

Ent. 29: *Eu fiquei meio constrangida, com as perguntas deles, assim. Eu não sabia, principalmente quando o delegado queria saber como foi, onde foi, aí eu não encontrava as palavras certas para falar. Eu fico, ainda, não é, meio constrangida de falar, assim. Porque falar para homem é mais difícil, também, não é?*

Ent. 37: *Nossa, completamente rejeitada. Assim, eu tive que falar, bom, eu vou ser muito sincera, mas eu tive que falar em público o que aconteceu comigo.... fora o descaso ao preencher o boletim, informações pela metade. Quero processar a escritã. Já não basta o que aconteceu e ainda ter que enfrentar mais isso?*

Para algumas participantes o atendimento na delegacia foi bom, sentiram-se acolhidas e respeitadas, e o fato dos policiais estarem cumprindo seu papel lhes proporcionou conforto. Elogiaram o atendimento recebido e ficaram com uma imagem positiva do serviço recebido.

Um outro grupo, porém, reclamou das delegacias, justificando que se sentiram mal pela demora no atendimento, pelo descaso observado, pela vergonha e constrangimento de contarem o que havia acontecido, por vezes na frente de outras pessoas; em algumas situações sentiram-se julgadas ou condenadas por quem as ouvia, fossem escrivães ou delegados, além de sentirem medo de toda a situação. Algumas contaram que não sentiram nenhum empenho por parte dos policiais em ajudar na resolução do crime, ou que para eles o que lhes havia acontecido podia ser comparado a uma queixa de roubo de carro, sem nenhuma preocupação em acolhê-las de forma mais humana. Duas entrevistadas, ao procurarem a delegacia, foram mandadas para casa pois o expediente estava encerrado.

Para algumas vítimas, o fato de ter que falar sobre a agressão com um homem envolveu maior constrangimento. Contudo, foi também reportado por algumas vítimas que as mulheres que trabalhavam nesses órgãos não foram sensíveis ao que lhes havia acontecido.

A pesquisadora pôde sentir o tom de revolta demonstrado por algumas entrevistadas ao relatarem sua ida às delegacias. Algumas deixaram claro seus sentimentos pelo tom de voz, lágrimas e frustração, por terem se sentido mais uma vez humilhadas e violentadas.

5.2.5 Categoria: Sensações e sentimentos relativos ao exame de corpo de delito

Esta categoria engloba a descrição sobre o atendimento recebido no Instituto Médico Legal e sentimentos durante a realização do exame de corpo delito.

- Ent. 2:** *É meio constrangedor de qualquer forma, mas assim, ela (a médica do I.M.L) tentou fazer de uma forma com que eu me sentisse bem. Ela falou para mim assim: ‘Olha, a gente está aqui só para te ajudar’, ela o tempo inteiro falou tudo que ia fazer, avisando, foi falando, o tempo inteiro eu me senti acolhida, em todos os lugares por onde eu passei.*
- Ent. 4:** *As meninas conversaram, eu estava chorando, elas começaram a conversar, falaram: “Não chora não, vai dar tudo certo”, sabe, já dando um ânimo, porque a minha mãe não está aqui.*
- Ent. 6:** *Me senti um pouco apreensiva por causa dos exames. A gente não se sente tão bem, porque é um exame bem ... mas é coisa que infelizmente eu estou tendo que passar, não é?*
- Ent. 7:** *Sim, eu fui bem tratada, apesar de ser um exame bem constrangedor, assim, as posições, tudo, é bem constrangedora, mas não tem do que reclamar.*
- Ent. 9:** *É porque você já está, assim, tudo aconteceu naquele dia, há pouco tempo, então assim, a única coisa que eu queria naquela hora era ir para a minha casa tomar um banho. Estava me sentindo imunda, estava me sentindo suja, então, de repente mesmo você sabendo que é um medico que está ali, que vai te ajudar, você não quer que ninguém te toque. Entende?*
- Ent. 10:** *Fiquei com vergonha de fazer o exame.*
- Ent. 11:** *Eu me senti constrangida. Com vergonha, fiquei morrendo de vergonha, morrendo de vergonha.*
- Ent. 12:** *O povo nem olhou direito para mim. Ficaram conversando de risadinha. Eu odiei, me senti mal, julgada. E nem sei para que que serve isso tudo.*
- Ent. 14:** *Ah, o exame é meio estranho, mas era necessário, não é. Eu sabia que fazendo aquilo, poderia ter evitado uma coisa ruim, não é. Eu fiz.*
- Ent. 18:** *Me senti constrangida. E as médicas que fizeram o exame, nem falaram direito comigo, ficaram conversando entre elas. Sei lá, eu achei que foi meu insensível da parte delas.*
- Ent. 19:** *Ah, normal, eu achei que fosse necessário, por isso que eu fiz.*
- Ent. 21:** *Um sentimento de, não sei, uma mistura, raiva e vergonha.*

Ent. 24: Olha, eu achei o exame normal, igual uma mulher faz em qualquer ginecologista, você está entendendo, mas foi desagradável por motivo disso, de saber que é um médico que está atendendo ali e o médico sabe que você foi violentada.

Ent. 27: Fiquei constrangida de ter que tirar a roupa mais uma vez, não é. Foi ruim eu ter que tirar a roupa mais uma vez, me deu um mal estar a hora que eu estava tendo que tirar a roupa.

Ent. 28: Senti um nojo. Não sei, a perna aberta, achei estranho.

Algumas entrevistadas reclamaram da demora no atendimento, enquanto outras consideraram a equipe insensível, não receberam informações sobre o exame e alegaram não ter lhes sido dada nenhuma atenção, principalmente em um momento em que se encontravam fragilizadas. Outras participantes disseram que se sentiram julgadas e discriminadas por alguns membros da equipe do Instituto Médico Legal.

Um outro grupo relatou que o atendimento recebido foi bom, mas que o exame em si é constrangedor, como por exemplo, serem tocadas novamente por um estranho, submeterem-se a ficar em certas posições e serem obrigadas a tirar a roupa. A tudo isso soma-se o fato de não terem tomado um banho antes (o que é bom para o exame), o que as leva a se sentirem ainda mais desconfortáveis, pois se veem sujas e têm nojo da situação. Para algumas mulheres, o fato de a equipe do I.M.L. saber que estavam lá porque haviam sido violentadas sexualmente as deixou ainda mais constrangidas ou envergonhadas. Outras acrescentaram ainda que tiveram medo do exame.

As explicações do que seria feito e a crença de que o resultado do exame poderia ajudar na solução do crime foram descritas positivamente, visto que trouxeram alívio para o desconforto causado pelo exame. Elogios à equipe que se mostrou atenciosa e paciente com as vítimas que estavam nervosas também foram observados nos discursos.

5.2.6 Categoria: Acolhimento e apoio familiar e social

O apoio familiar e social dado às participantes após o evento é aqui descrito, com foco voltado aos efeitos desse apoio sobre as entrevistadas.

- Ent. 2:** *Ele (namorado), Graças a Deus, assim, ele tem respeitado, em momento algum tentou nada, até para a gente se beijar mesmo, o primeiro beijo, mesmo, que aconteceu, foi uma semana depois. Foi bom, onde assim eu consegui sentir o respeito dele, o carinho dele.*
- Ent. 3:** *Me senti bem, porque a reação deles (amigos) eu me senti bem, porque eles estavam comigo, eu não estava sozinha.*
- Ent. 6:** *Eu e minha família estamos mais juntos depois que isso aconteceu.*
- Ent. 7:** *Eu me senti acolhida, porque eu sei que acontece isso e fica por isso mesmo, mas eu me senti acolhida por todos terem ido atrás, terem me dado apoio, terem me dado força, então isso ajudou muito.*
- Ent. 10:** *Pelo fato da minha família estar me apoiando bastante não tenho mais aquela vontade de matar como antes. Antes tinha um mau relacionamento com meus pais, assim, um dos motivos da minha depressão é esse, entendeu, mas agora, depois disso, a minha família está mais unida.*
- Ent. 11:** *Eu me senti tirando um tijolo do meio das costas quando eu contei para minha mãe. Parecia que a carga tinha diminuído um pouco. Parecia que a minha mente, ou o meu jeito ficou um pouco mais leve, eu me senti muito mais leve, ela estava sabendo, eu me senti como eu estava protegida, como eu estava segura, como eu me sinto hoje.*
- Ent. 14:** *Foi bom, porque não tinha um bom relacionamento, assim, com outros, com outras pessoas da família e se aproximaram mais. Está ajudando a superar.*
- Ent. 15:** *Dessa vez eu contei para todo mundo, eu dividi com a minha família, dividi com os meus amigos, duas vezes não dá para aguentar sozinha... Me sinto confortada, não é, eu não estou sozinha, eu divido, mesmo, o peso está dividido, não está só comigo, eu não estou enterrada nisso. E me permite continuar andando, assim, é o que eu acho.*
- Ent. 17:** *E agora, não, agora chega e aí os meus tios vêm, me dá um beijo, abraça e pergunta como que eu estou, já puxam assunto, então parece que até melhorou em questão de afeto.*
- Ent. 19:** *No começo para mim eu queria morrer, que não ia ter jeito, que ele ia querer me matar se eu saísse na rua, mas agora, não, agora eu estou melhor, com a ajuda dos meus amigos, do namorado, dos meus pais, então eu estou melhor, mas no começo para mim era o fim da minha vida.*
- Ent. 23:** *Eu acho que às vezes essas coisas acontecem para mostrar também para a gente que tem pessoas em volta de você, que realmente gostam de você.*
- Ent. 26:** *Minha família está respeitando meu silêncio, não ficam me forçando a ficar falando sobre o que aconteceu, isso é bom pra mim.*
- Ent. 27:** *Está sendo importante essa proteção de todo mundo. Me faz bem, muito bem.*
- Ent. 28:** *As pessoas, os meus amigos, e a minha família, estão me ajudando muito, tentando esquecer, sabe, me distrair, até que eles estão conseguindo.*

Ent. 31: *Mas ele (pai) me deu um abraço, um puta de um abraço e falou que ele ia estar do meu lado, que eu não precisava falar nada se eu não quisesse, mas que ele ia estar do meu lado.*

Ent. 32: *Mais aliviada ainda, sabe. Não aliviada totalmente, mas bem mais aliviada.*

Ent. 36: *Mais confortável, sabe assim, quando você sente, tipo assim, um aconchego da pessoa estar ali com você sempre, porque ele (namorado) não me discriminou em nenhum momento, em nenhum momento.*

Ent. 37: *Me senti acolhida por ele (primo). Faz bem para a alma.*

O apoio familiar e social foi descrito como muito importante. A reação positiva dos maridos, namorados e familiares ganhou destaque no bem-estar das entrevistadas. Ao receberem apoio se sentiram acolhidas, consoladas, seguras de que não estavam sozinhas, que tinham companhia e não se sentiram rejeitadas, condenadas ou julgadas. Contar com alguém que as escutasse trouxe-lhes calma, além de poderem dividir e desabafar sobre o que estavam sentindo. Para algumas participantes, a união familiar e o afeto fortaleceram-se ainda mais ao seu redor.

O apoio não ficou restrito à família, pois as reações dos amigos e colegas no ambiente de trabalho também foram pontuadas como positivas por algumas entrevistadas. A atenção e o carinho recebidos foram descritos como uma forma de alívio, distraíndo-as quanto aos constantes pensamentos relativos à violência.

A reação dos namorados ou maridos de não forçarem nenhum contato mais íntimo e ao mesmo tempo as tratarem da mesma forma fez com que se sentissem ainda desejadas e amadas por seus companheiros.

5.2.7 Categoria: Sofrimento familiar e falta de acolhimento

Seguem os relatos sobre algumas reações familiares descritas como negativas, e o modo como a falta de apoio familiar e social afetou as participantes.

Ent. 2: *No momento eu vejo tristeza no olhar deles (familiares), em todos eles.*

Ent. 4: *Mas assim, eu estou bem, tipo, pelo menos eu finjo estar bem pela minha família, entendeu, não quero ver eles sofrerem por mim.*

Ent. 5: *A minha mãe não sabe o que aconteceu. Porque ela é muito nervosa, doente. Se eu contar ela vai ficar nervosa lá e eu vou ficar mais nervosa aqui. Eu queria estar*

perto dela, queria o abraço dela, eu queria o apoio dela, mas eu não conto, ela ia adoecer.

Ent. 6: *Isso mexeu com a cabeça dos meus irmãos, daí eu me sinto mal, porque eu não quero que nada aconteça com eles.*

Ent. 9: *Caso do meu filho, eu não pude falar, não é, ele está assim, entrando na adolescência, 13 anos, não contei.*

Ent. 11: *(namorado) Me fez mal, porque eu me senti como se eu estivesse sozinha, eu me senti sozinha, porque os meus pais não sabiam, a única pessoa que sabia era ele e eu precisava do apoio dele, e ele me virou as costas. Ele se afastou um pouco.*

Ent. 13: *Me fez mal, fez mal para a família toda, acabou com a família, todo mundo ficou arrasado.*

Ent. 14: *Mas não estão mais com essa preocupação de antes, no momento que eu mais preciso, eles sumiram, assim, isso me deixa lá embaixo.*

Ent. 16: *Ah, não sei, porque ele (noivo) ficou tão triste, chorou bastante. Aí eu acho que foi de decepção.*

Ent. 18: *Eu não sei, a (reação) do meu pai, acho que faz um pouquinho de mal, porque ele fica meio neurótico, quer que eu fique com ele agora, ele tirou folga, pegou folga do quartel para poder ficar na casa dele e ele gosta de falar, então, atrapalha, sei lá, parece que fica enchendo a minha cabeça.*

Ent. 19: *O meu pai é meio zen, eu não sei, ele tem problema, ele é meio sedentário, aposentado, eu não sei, eu fiquei muito chocada com a reação dele, me fez muito mal, porque ele me viu, aí ele falou assim: "Isshh..." e deitou. Aí eu não sei se eu chorava pela reação do meu pai ou pelo o que aconteceu.*

Ent. 22: *Nas palavra que o meu marido me falava, eu achava, eu sentia que ele achava isso, ele falava que eu não tinha nenhum machucado, porque eu não tinha reagido, porque que eu não tinha pegado no volante do carro e não tinha rodado para poder o cara bater o carro, ele falou tudo isso, então eu me senti, assim, como se ele não estivesse acreditando, estava me julgando."*

Ent. 23: *Eu ainda fiquei mais chateada com meu pai, porque a minha mãe disse que foi comentar com ele e ele falou que era para ela calar a boca, que ele não quer saber de nada do que aconteceu. Eu acho que isso acabou com a minha vida, me senti muito mal, não sei se tenho mais pai.*

Ent. 24: *Aí a minha mãe ficou desesperada, aí começou a briga comigo, eu falei: "A senhora vai brigar comigo numa hora dessa?"... Eu esperava ela (mãe) me acolher, ela me abraçar. Eu me senti mal com isso.*

Ent. 25: *Eu não contei para ninguém da minha família, minha família é muito rígida, se eles souberem eles todos vão ficar com muito nojo de mim.*

Ent. 31: *Fiquei, dela (mãe) ficar olhando com uma cara meio, assim, de dó, não sei dizer. E aquilo me deixa mal, assim, porque tipo, eu estou muito mal, eu queria, sei lá, que eles (familiares) fossem um pouquinho mais forte, que eu estou precisando muito deles. Eu já estou ruim, já estou chorando, aí a pessoa fica assim comigo, eu acho que é pior, não sei.*

Ent. 37: Me senti uma criminosa, como se eu tivesse feito isso comigo mesma.

Reações familiares inesperadas ou muito exageradas, ou mesmo passivas, e o seu oposto, isto é, manifestações de raiva ou o desejo por parte de alguns membros de matar o autor do crime, foram apontadas por algumas participantes como fontes de decepção, tristeza ou preocupação. Outro dado levantado foi o desconforto sentido pelas vítimas ao verem como suas famílias sofreram com o que lhes aconteceu. A violência sexual também pode repercutir negativamente tanto na família quanto na rede social, pois seus efeitos não ficam restritos somente à vítima.

Verificou-se que em determinados momentos algumas entrevistadas tentaram poupar a família do mal-estar ou desconforto que a situação provocou em todos os envolvidos, não desejando que os outros sofressem pelo que lhes acontecera. Os comportamentos adotados nesse sentido foram fingir que estava tudo bem, não demonstrar que estavam mal ou disfarçar o que sentiam, o que pode tê-las levado a mentir para si mesmas ou a ficar sem apoio.

Alguns familiares não chegaram a saber do acontecido porque as vítimas acreditavam que isso não lhes faria bem, como uma mãe que ficaria muito nervosa ou um filho que se revoltaria.

Para algumas entrevistadas, as reações eram sentidas como acusações, como se fossem julgadas como responsáveis pelo ocorrido, ou porque deveriam ter reagido mais energicamente contra o crime ou terem tido uma reação diferente da que tiveram na hora do evento. Em alguns casos, as vítimas não se sentiram acolhidas devido a decisões tomadas; pelo contrário, foi como se estivessem sendo acusadas pelo “erro” de, por exemplo, terem escolhido determinado caminho que teria “favorecido” ou “facilitado” a agressão.

5.2.8 Categoria: Receio do julgamento alheio

Abaixo estão listadas as falas das entrevistadas sobre como acreditam e fantasiam que são olhadas por outras pessoas. Algumas creem que podem ser julgadas e condenadas negativamente pelo que lhe ocorreu, e que são dignas de dó ou pena.

- Ent. 2:** *Olha, uma pessoa que talvez não me conheça, talvez pensaria que eu tivesse ido para cima do carro e dado bola. A pessoa que me conhece, eu acho que ela sentiria dó da situação.*
- Ent. 3:** *Assim, uma pessoa, que eu sei que as pessoas ainda vai ficar com receio, se ouvir essas coisas, de um dia eu chegar para o meu parceiro e dizer que eu fui, não sei o que vai acontecer junto dele. Ele vai me excluir, entendeu, não vai me querer, vai pensar que eu estou doente, estou com uma doença.*
- Ent. 4:** *Eu acho que as pessoas passam a olhar com outro jeito, olham com outra visão da pessoa, sabe? Sei lá, uma visão de nojo, uma coisa assim.*
- Ent. 6:** *Geraria fofoca, iriam me apontar. É assim, as pessoas apontam: “Ah, foi estuprada, não sei o que”, é que nem quando aconteceu comigo, vieram me falar: “Porque você não gritou, porque você não saiu correndo?”, mas quem sabe é só quem está passando, entendeu, as pessoas : “Ah, você também é mole, porque você não gritou, porque não- sei- o- que...”, o cara estava armado, eu ia gritar, sair correndo dali para ele me dar um tiro? Eu falei: “Gente, eu tenho duas filhas”.*
- Ent. 7:** *Ah, é difícil saber o que pensam, mas eu acho, assim, que a partir desse momento as pessoas olham para mim com olhar de pena.*
- Ent. 10:** *Acho que sentiriam dó, pena, não sei.*
- Ent. 13:** *É, mas o meu pai tem uma cabeça de um homem de 67 anos, entendeu e tem muito homem que acha que a mulher é culpada por estupro, entendeu.*
- Ent. 16:** *É assim, porque como eu tinha conversado com a minha chefe, ela falou assim, que eu tinha dado porque eu quis. Aí me incomoda bastante isso. Por ter, tipo assim, eu penso assim, que está falando que a gente saiu porque quis com o rapaz, aí só acaba magoando, machucando.*
- Ent. 17:** *Ah, eu acho que ficariam com pena, fariam: “Ah, aquela menina ali...” ou com curiosidade, mesmo, não é, não com pena. “Ah, aquela menina ali...”, eu imagino que seria assim, “foi estuprada...”, mas com talvez com pena, talvez isso... Por enquanto eu não estou com vontade de voltar a trabalhar, todo mundo sabe, vai ser constrangedor, vão ficar comentando.*
- Ent. 18:** *Não sei, que eu sou fraca, porque eu não tive reação, porque eu não consegui me defender.*
- Ent. 21:** *Eu acho que as pessoas vão me olhar diferente. Não sei como, como se eu gostasse daquela situação, não sei.*
- Ent. 24:** *Mas o medo é só de ter que espalhar para as outras pessoas, parece que todo mundo vai te olhar com olhar de dó, de pena.*
- Ent. 27:** *Ah, não sei, não sei te dizer. Mas para mulher eu não ligo de contar. Eu acho que ela me entende, não sei, o homem, não sei, não sei se eu penso que o homem vai me julgar, sei lá, não sei o que é. Não me sinto à vontade, me sinto constrangida em saber que algum homem sabe.*
- Ent. 28:** *Pena. Não sei, ultimamente está assim, pena, “coitadinha da F...” não sei o quê, eu não gosto que ninguém sinta pena de mim.*

Ent. 29: *Ah, pode pensar que eu provoqueei, que eu peguei alguma doença, essas coisas... Ah, me faz eu ficar incomodada.*

Ent. 32: *Ah, sei lá, eu não sei o que elas vão comentar, não sei, se o povo já vai ter mais preconceito ainda. Já tem um certo preconceito comigo, entendeu, vai ter outro preconceito: “é lésbica e foi estuprada”, assim.*

Ent. 36: *Não sei, sabe assim, quando você pensa, assim, que as pessoas vão te olhar meio com desprezo, meio com nojo, mesmo você não tendo culpa, ou vão achar que você provocou para isso acontecer.*

Ent. 37: *Ah iam olhar e falar: “Está vendo essa aí, é puta”.*

Para algumas mulheres o olhar que as outras pessoas lhes lançam é de pena ou dó, como se depois do estupro elas se tornassem “coitadas” e portanto fossem objetos de compaixão. Algumas reclamavam desse tipo de sentimento, pois isso as incomodava ou fazia mal. Em vez disso, teriam preferido receber algum tipo de ajuda ou apoio. O rótulo “foi estuprada” foi comentado por algumas, que afirmaram que essa qualificação levava-as a serem motivo de pena ou estigmatizadas pelos outros.

Algumas mulheres relataram o medo ou a certeza de serem vistas como culpadas pelo que lhes aconteceu, como se fossem responsabilizadas pela agressão, e em alguns casos acreditavam que algumas pessoas até pensariam que elas haviam gostado da situação. Além disso, imaginavam que talvez fossem olhadas com nojo ou que poderiam ser rejeitadas pelos companheiros.

Outro ponto levantado nesta categoria foi o fato de que algumas das entrevistadas, após o estupro, começaram a acreditar que as outras pessoas passaram a olhá-las de forma diferente. Acrescentaram que talvez pudessem achar que elas tinham contraído alguma doença que provocaria rejeição ou algum tipo de estigma. Algumas participantes comentaram que a curiosidade poderia levar as pessoas a comentarem o ocorrido aumentando-o e deturpando-o, o que as fazia se sentirem alvos de falas e julgamentos alheios.

5.2.9 Categoria: Mudanças na alimentação, sono e humor

Nesta categoria incluem-se os relatos associados a mudanças ocorridas após o evento em relação a alimentação, momento da refeição, qualidade do sono e

alterações do humor. Evidencia-se que há diferenças entre antes e depois do estupro, o que confirma uma modificação nessas áreas.

Ent. 2: *Enjoo com frequência e boca seca e amargando, tipo, que a comida não tem sabor direito.*

Ent. 3: *Não estou comendo, tudo que eu como, na hora que eu vou comer, vem aquele negócio na cabeça.*

Ent. 4: *Eu deitava, eu ia dormir meia noite e meia, tipo, dormia até o despertador me despertar, agora eu acordo umas três, quatro vezes na noite.*

Ent. 5: *Tem dias que eu sou carinhosa, mas tem dias que sou arredia com todo mundo.*

Ent. 6: *Estou comendo muito menos. Sem apetite, sem fome, sem nada. Não consigo comer. Sabe quando você vai comer, você lembra que você colocou aquele negócio na boca? Nossa...*

Ent. 9: *Estou fumando muito, muito. Eu estava quase parando de fumar. Minha atividade física diminuiu. Muita insônia. Não consigo dormir, e muitos pesadelos. Não sinto fome, é difícil de comer.*

Ent. 10: *Tem vezes que o sono vem, tem vezes que não. Acordo de madrugada pensando no que aconteceu.*

Ent. 11: *Antigamente eu não bebia muito, que nem hoje em dia eu já bebo bastante. Às vezes eu bebo até fora do comum, às vezes eu bebo assim, nada de moderação, hoje em dia eu bebo bastante. Eu bebo as vezes para esquecer um pouco do que eu passei.*

Ent. 14: *O horário da faculdade, eu mudei e do trabalho também, para chegar mais cedo em casa.*

Ent. 16: *Dipirona e neosaldina, eu estou tomando muito para dor de cabeça, tenho muita dor de cabeça, porque eu penso nisso 24 horas.*

Ent. 17: *Aí ele (marido) fala, aí ele já me irrita, aí eu já começo a gritar, a brigar, tudo me irrita, tudo que ele fala me irrita, agora, tudo, se ele fala uma coisa, eu já fico estressada e já começo a gritar e já me dá vontade de chorar, aí eu não choro, aí eu seguro, aí depois fico com uma dor no peito, não é, dentro, assim, de mim.*

Ent. 21: *Eu sinto que estou comendo mais. Sempre com vontade de procurar alguma coisa para comer. E estou muito mais atenta ao andar na rua, muito mais.*

Ent. 23: *Ah, tem hora, uma coisinha de nada assim, que antes eu levava na boa, agora eu já começo a falar alto, mais gritado, mais palavrão... Eu engordei, não sei se é por causa do medicamento ou é porque é ansiedade.*

Ent. 29: *Estou ficando nervosa, estou ficando irritada, nossa, rápido, fácil, às vezes com aquilo que não é nada, já já me irrita.*

Ent. 32: *Eu sempre fui uma pessoa paciente, mas eu acho que roubaram a única coisa de muito precioso que eu tinha, porque eu não tenho mais paciência nenhuma.*

Quando foi pedido às participantes que descrevessem as mudanças que vinham sentindo desde a violência sofrida, fica evidente que para grande parte delas o sono e a qualidade deste mudaram consideravelmente. Pesadelos tornaram-se uma constante para a maioria da amostra, que também acorda durante a madrugada devido a algum barulho ou qualquer coisa que considerem uma ameaça.

Algumas se mudaram ou querem se mudar do lugar onde moram. O caminho e o lugar onde o evento ocorreu ficaram marcados em suas mentes, havendo uma tentativa da parte delas de evitar percorrê-los e assim lembrarem do que aconteceu. Da mesma forma, horários são alterados de forma a evitarem passar a pé por determinados locais à noite, horário visto por elas como o mais perigoso. Algumas não saem mais sozinhas e tiveram suas atividades diárias restringidas devido a isto.

O humor também apresentou alteração. Algumas vítimas declararam estar mais nervosas, raivosas, agressivas e impacientes, com um humor irritadiço. Explosões de raiva e palavrões tornaram-se mais frequentes.

Também ficou evidente que o apetite sofreu modificações. Algumas não sentem fome, outras evitam comer devido aos efeitos colaterais da medicação profilática. Além da falta de apetite, um grupo menor associa o ato de comer ou o enjoo a lembranças da violência sexual oral. Para poucas mulheres ocorreu aumento no consumo de alimentos, bebidas alcóolicas e/ou cigarro.

5.2.10 Categoria: Pensamentos intrusivos

Nesta categoria estão alguns exemplos dos pensamentos intrusivos que ainda persistem boa parte do tempo nos pensamentos de algumas integrantes da amostra.

Ent. 3: *É uma coisa que me marcou. E assim, não vai sair da minha cabeça tão fácil, por mais que eu faça tratamento, tudo, mas eu não vou esquecer, vai morrer comigo.*

Ent. 7: *Não consigo dormir, na hora que eu fecho o olho, parece que a pessoa está vindo em cima de mim, assim.*

- Ent. 11:** *Às vezes eu tenho medo de ficar louca, sabia? É muita coisa na mente da gente, tem hora que o cérebro não aguenta, eu acho que é por isso que eu fico com tanta enxaqueca.*
- Ent. 12:** *Eles tiraram um pedaço de mim. Eu não tinha maldade, agora eu vejo as pessoas e sei que elas podem ser mal. Só isso que fica na minha cabeça, fico vendo maldade em todo mundo em todo o lugar. Não interessa quem é, eu já vejo diferente de antes.*
- Ent. 13:** *Sei lá, esse negócio aí ainda está na minha mente, sabe, não sai da minha cabeça, e vira e mexe eu estou lembrando, eu estou lembrando, eu estou lembrando, aí bem na hora que você vai com aquela vontade de comer.*
- Ent. 22:** *Eu acho que vou enlouquecer. As vezes acho que vou endoidar de vez.*
- Ent. 23:** *Olha, agora tá assim, quando eu estou sozinha, que eu penso, que eu lembro, só me dá vontade de chorar, me dá um desespero, parece que eu estou vendo, assim, a máscara, a cena, tudo de novo, toda vez que eu ficar sozinha e parar para pensar, porque é instantâneo.*
- Ent. 25:** *Eu tenho medo de ficar com uma doença na cabeça. Tenho medo de não esquecer isso, que está o tempo todo aqui dentro nos meus pensamentos, daí ficar doente e virar mendiga.*
- Ent. 26:** *Eu sei lá, às vezes eu sinto o cheiro dele em mim, eu sinto que eu estou fedendo a ele. Se eu fecho os olhos, eu vejo ele, eu não consigo parar isso. ... Eu acho que é o fato de eu ficar pensando no acontecimento, porque eu não consigo tirar isso da minha cabeça. Eu não consigo, eu estou conversando com você, mas ei estou pensando no que aconteceu.*
- Ent. 27:** *Dormir está sendo um pesadelo só porque é quando vem as imagens na minha cabeça.*

Fechar os olhos e ficar sozinha em silêncio, para adormecer, se tornou um período difícil, pois as lembranças do evento vêm mais detalhadas à mente das participantes neste momento, o que provoca sofrimento.

O medo de contraírem alguma doença psiquiátrica foi na maioria das vezes associado a esse fato, pois acham que podem adoecer devido à constante e incessante lembrança do que aconteceu. A expressão “acho que vou ficar louca” foi algumas vezes utilizada para expressar o tormento que esta revivência traz às suas vidas.

5.2.11 Categoria: Comportamento depressivo

O humor deprimido pode ser observado nesta categoria, com relatos que expõem desânimo, tristeza, falta de sentido e vontade de viver.

Ent. 2: *Parece que mexeu com tudo na minha vida, nada mais é igual. Nada tem a mesma graça. Estou muito mais triste agora.*

Ent. 3: *Me sinto mal, tenho vontade de morrer, de me matar, me sinto mal. Assim, aquele nojo por dentro, aquele enjoo, agoniado o coração, sabe como? Eu queria ter a vida como era antes, só isso, mas eu não consigo. Não consigo nada, nada, só começo a chorar depois, sozinha, mas é isso. Estou cansada. Ah, não tenho mais vontade, não tenho mais ânimo de fazer mais nada.*

Ent. 6: *Às vezes eu falo: “Ah, seu eu tivesse me matado, para mim seria mais fácil”.*

Ent. 7: *Hoje eu não tenho o ânimo de antes... Assim, às vezes devido ao sofrimento você pensa: “Pôxa vida, viver para o quê?” ... Não tenho mais aquela disposição que eu tinha para estudar, para correr atrás das coisas.*

Ent. 10: *Estou mais triste, não é, a noite para mim é complicado, eu sozinha no quarto, fico pensando besteira daí, essas coisas. Agora eu me sinto triste, não é, não tenho motivação mais para fazer nada.*

Ent. 14: *Antes eu sorria bastante, agora, muita dificuldade. E também eu só fico deitada, assistindo TV, só.*

Ent. 15: *Eu não estou muito acreditando que eu posso fazer as coisas. Então tenho vontade de desistir, de voltar para minha cidade, me enterrar embaixo de uma coberta e morrer.*

Ent. 16: *Agora já eu não quero mais fazer meus cursos. Não quero fazer. E quanto ao meu casamento também não, estou querendo desistir de tudo.*

Ent. 22: *Agora eu não tenho vontade nem de ir no cabeleireiro, não tenho vontade nem de fazer unha, não tenho vontade de nada.*

Ent. 28: *Eu não posso ficar sozinha, que eu começo a chorar.*

Ent. 29: *Eu não tenho vontade de fazer nada, nada, nada, nada. A minha casa está toda bagunçada... Nem de tomar banho não estou tendo vontade, tenho vontade de ficar deitada lá no sofá o dia todo e lá ficar. Tenho vontade só de ficar deitada.*

Ent. 32: *Eu tentei, pensei em me matar duas vezes esta semana.*

Ent. 34: *Não tenho mais vontade de fazer nada. Não tenho mais vontade de me maquiar, de me vestir, de me pentear. Para mim, eu deito, acordo de manhã, está ótimo, vou tomar um banho e sair.*

Um comportamento permeado por um humor depressivo pode ser observado em alguns relatos. A falta de vontade de fazer atividades da rotina diária é também uma marca constante nos discursos, como se a vida houvesse perdido o sentido. Relataram a falta de vontade de fazer as tarefas da casa, de se cuidar, de ter cuidados com a beleza, além de um cansaço que não sabem explicar. Algumas participantes mostravam-se fisicamente abatidas e com a aparência pessoal desleixada.

5.2.12 Categoria: Isolamento social

Para um grupo de entrevistadas o isolamento social foi uma das mudanças percebidas. Falta de vontade de interagir ou o desejo de ficar só faz parte desta categoria.

Ent. 2: *Falando muito menos, eu conversava bastante, eu falava bastante, assim, sobre mim, sobre o que eu pensava, sobre o que eu achava.*

Ent. 3: *Não falo muito, não converso, não dou risada, fico só... fico só dentro de casa, não tenho amizade com ninguém, assim. Não dou risada... Eu não gosto nem de falar dessas coisas que aconteceu comigo. Dói. Não quero falar, não.*

Ent. 5: *Eu não faço o que eu fazia antigamente. De sair para ver as minhas colegas para conversar. Elas até perguntaram: “Você não quer vir para cá?”, eu falei: “Não quero, não”. Eu fico lá em casa, sozinha, não quero ver ninguém. Porque eu sei que vão me perguntar alguma coisa, não quero falar, não quero ver ninguém... Me afastei de todos. Para ficar só. Às vezes eu quero me isolar.*

Ent. 9: *Mas é porque eu sinto vontade de estar sozinha, você entendeu? Eu quero estar sozinha, por isso.*

Ent. 10: *Então eu era uma pessoa muito mais extrovertida antes do que agora. Depois disso eu me fechei, eu não consigo conversar com as pessoas do que aconteceu e sobre outros assuntos também, entendeu?*

Ent. 11: *Eu ando mais quieta, antes eu brincava mais, agora eu não brinco, eu fico mais quietinha lá no meu canto, eu chego do serviço, deito, já vou dormir, eu não converso com ninguém.*

Ent. 14: *Dormindo, só, celular sempre desligado, sem contato com ninguém. Sempre quando algum amigo chamava para sair, conversar, agora eu não consigo.*

Ent. 16: *Ah, eu estou me afastando, não sei. Procurando ficar lá em casa sozinha, eu e os meus filhos... Não sei, parece que os pessoal às vezes conversa com a gente,*

parece que quer saber alguma coisa, eu não gosto de estar falando da minha vida, isso vai me incomodando.

Ent. 21: *Eu quero ficar em casa, eu não quero ver muitas pessoas, porque eu acho que sempre vai ficar falando nesse assunto, se alguém comentar e outras pessoas vão querer saber o que aconteceu, então eu sinto que eu estou evitando isso, de ver as pessoas para falar nesse assunto. Parece que as pessoas vão olhar para mim e já vai falar isso.*

Ent. 21: *E aí parece que aquela pessoa que eu era mais tímida, mais retraída, que falava menos está voltando. Estou mais me retraindo, estou mais na minha, mais tímida.*

Ent. 28: *Ah, eu não gosto que ninguém me abrace, quando alguém vai me abraçar eu já me afasto. Antes eu era muito carinhosa e recebia muito carinho, agora eu quero que eles fiquem bem longe.*

Ent. 29: *Eu estou afastada, eu acabo ficando porque eu não tô querendo conversar muito, é estranho, é assim, eu quero ficar sozinha, sem conversar, sem nada. Só que ao mesmo tempo quando eu estou sozinha, aí eu começo a lembrar, aí eu já não quero ficar sozinha, só que aí quando a minha mãe vem me ver, só que a minha mãe fica falando demais, às vezes: “Você quer comer?”, “você quer isso?”, “você quer aquilo?”, só que para mim me irrita, cara, eu falo assim: “Você está com dó, você está dó de mim?” essas coisas assim. Aí aquilo acaba me irritando, aí eu prefiro ficar sozinha.*

Ent. 32: *Ah, eu procura sempre estar afastada das pessoas, eu tenho medo delas começarem com as perguntas.*

Verificou-se que uma parcela da amostra apresentou características de isolamento devido a um movimento depressivo, isto é, vontade de ficar só, ficar quieta, deitada e sem conversar com ninguém.

Ao isolarem-se, sentiam-se mais protegidas contra as perguntas invasivas acerca dos detalhes da violência sofrida. Assim, não precisavam comentar ou repetir o que lhes acontecera, pois, para algumas mulheres, o fato de ter que relatar o ocorrido foi considerado muito penoso.

Algumas disseram que antes do estupro eram mais extrovertidas, gostavam de conversar e sair, e que após o ocorrido mudaram o seu comportamento; tornaram-se mais retraídas, rindo menos, preferindo muitas vezes isolar-se em casa. Outra característica mencionada foi a evitação do contato físico, pois não estavam mais tão receptivas a demonstrações de afeto, como abraços e beijos. Para algumas, o fato de se sentirem sujas e com nojo de si mesmas levou-as a evitar aproximação física.

5.2.13 Categoria: Mudanças e dificuldades na autopercepção e no relacionamento com o próprio corpo

Após o evento, a relação consigo mesma sofreu mudanças negativas. Seguem os relatos que exemplificam como essas mudanças e as dificuldades enfrentadas foram vividas por algumas entrevistadas.

Ent. 2: Estou me sentindo suja.

Ent. 3: Dó, dó, dó de mim, entendeu?... Ah, mudou assim, porque eu não gosto mais do meu corpo, sabe, um nojo que eu fiquei, fiquei com nojo do meu corpo... Então, mas assim, mexeu comigo, dentro de mim, entendeu, aquela coisa que eu tenho precioso.

Ent. 4: Ah, sabe quando você olha assim no espelho e você percebe que você não é aquela mesma pessoa, que você é outra pessoa? Eu não sou mais aquela pessoa e nunca mais vou ser. Olha, é uma sensação muito ruim, que você tem, sabe? É tipo um, eu acho que é até um pouco de nojo, sabe, que você sente de você mesma. Alguma coisa assim. Parece até que você é outra pessoa, sabe, parece qualquer pessoa que está em você, que não é você. Mudou.

Ent. 6: Eu não consigo mais arrumar o meu cabelo, sabe, colocar um brinco. O meu jeito de viver, mudou... Eu fico com nojo, às vezes eu vou comer e eu lembro, paro de comer, entendeu. Às vezes eu vou dar um beijo na minha filha, eu fico assim, sabe, com medo de beijar ela.

Ent. 10: Eu senti nojo dele, entendeu, raiva e nojo de mim, assim, entendeu, de ter conhecido uma pessoa tão ruim que nem ele, entendeu?

Ent. 11: Eu olho assim para mim, eu me sinto muito feia, eu olho para o meu corpo e eu me sinto, sabe quando você se sente, você pode tomar mil banhos, mas mesmo assim você se sente suja? Às vezes eu não deixo ninguém tocar n'mim porque eu me sinto suja, eu posso tomar os meus banhos, mas eu me sinto suja por dentro, por fora.

Ent. 14: Antes eu me via como corajosa e tudo mais, agora tudo o oposto.

Ent. 15: Não sei dizer, é ... talvez eu seja assim, eu não estou muito confiante, eu acho... Não estou muito a vontade com o meu corpo.

Ent. 16: O que ele fez, aí me incomoda muito, porque assim, parece que a gente não tem valor. É, eu me sinto tipo assim, uma qualquer.

Ent. 17: Então isso também mudou um pouco, porque eu era bem vaidosa para me arrumar, agora não.

Ent. 19: Então, eu me senti muito suja no dia, eu até tomei banho, não podia ter tomado banho por causa do IML, eu me senti com muito nojo de mim, até o meu namorado chegava perto e eu não queria, porque eu estava com muito nojo de mim.

Ent. 22: *Não sei, eu acho que eu estou me achando feia, ah, sabe, antes eu me arrumava, arrumava o cabelo, saía bonita.*

Ent. 23: *Eu estava me sentindo assim, uma pessoa imunda. Tanto é que até hoje, já vai fazer um mês, tem hora que eu quero tomar banho, duas ou três vezes. Ah, eu quero me ensaboar toda, tirar toda a nhaca, parece, tem hora que parece que ainda tem aquela sujeira.*

Ent. 29: *Ah, porque eu acho que mexeu com a minha dignidade, com o meu respeito.*

Ent. 31: *E agora, assim, eu não tenho mais vontade de me arrumar, eu não gosto mais de ver meu corpo.*

Ent. 32: *Que nem eu falo, por mais limpa, por mais que eu tenha tomado banho, eu me sinto suja, entendeu, por mais que a roupa esteja limpa, entendeu, para mim está o cheiro, sabe, você se incomoda, parece que o cheiro está em você, sabe, aí você fica com nojo de você mesma.*

Ent. 34: *Antigamente eu era tão vaidosa. Não tenho mais isso, não, para o que eu vou me arrumar, para sair na rua e ser estuprada de novo? Eu estou mais feia.*

Ent. 36: *Estou tomando mais banho, que eu acho que quando eu estou debaixo do chuveiro eu me sinto mais limpa.*

Ent. 37: *Vem de novo a culpa, como se eu tivesse feito uma coisa muito errada, por isso eu não mereço nem me cuidar. E eu tenho nojo, assim, eu vou no banheiro, eu me limpo, mas com muito nojo.*

A palavra mais recorrente nesta categoria é “nojo”. Ao serem questionadas se a opinião sobre si mesmas e sobre o próprio corpo mudou depois do estupro, a maioria empregou o termo “nojo” para definir o que sentiam em relação a si mesmas e ao seu corpo. O sentimento de nojo esteve, para algumas delas, conectado à sensação de sujeira – sujas pelo que lhes aconteceu, pelo que o autor do crime fez com elas ou pelo que tiveram que fazer. A sensação por elas transmitida é de que, a partir do momento que um homem sujo e nojento, sem o seu consentimento, invadiu lugares íntimos de seus corpos, elas se tornaram também sujas e nojentas.

Consequentemente, a autoestima dessas mulheres pode ter sofrido um impacto, como por exemplo, passaram a se apreciar e a se valorizar menos, com menos vontade de se arrumar. Algumas chegaram a sentir dó de si mesmas ou a se achar feias.

5.2.14 Categoria: Medo de contaminação por DST e HIV/Aids

Segue abaixo alguns relatos que exemplificam o medo de terem contraído alguma doença sexualmente transmissível.

Ent. 3: *Eu tenho medo de todas as doenças, eu não conheço muitas, mas eu tenho medo de ficar com alguma doença.*

Ent. 4: *Nossa, eu estou desesperada, eu quero que chegue logo esses resultados desses exames, sabe. Vai saber se o cara não tinha alguma AIDS, alguma outra coisa, sabe, é isso que eu tenho medo.*

Ent. 9: *Eu sempre me cuidei, então acontece isso e você já começa a pensar na parte de ter contraído alguma doença. Se eu tiver algo, eu me mato, não vou saber lidar com isso, eu morro.*

Ent. 22: *Esse medo não sai da minha cabeça nem um minuto.*

Ent. 23: *Na hora eu fiquei com muito medo, eu até briguei com a enfermeira lá, porque eu queria tomar remédio e mais alguma coisa para ver se eu tinha pego alguma coisa.*

Ent. 24: *Eu acho que se eu descobrir que eu tenho alguma doença, vai ser, eu acho que vai ser difícil para mim querer arrumar alguém.*

Ent. 32: *É, você não sabe se você tem doença depois disso, e se você está doente? Se você já tem uma sexualidade que o pessoal te exclui, e aí, se você estiver doente, o que vai ser de você? Como vai ser sua vida profissional? Os seus sonhos vão para onde? Você acha que a pessoa que está com você vai querer ficar com você sabendo que você tem uma doença grave?*

O medo de ter contraído alguma doença e de suas consequências estava presente para a maioria da amostra. Este medo estava associado com a ansiedade em receber o resultado dos exames o mais rapidamente possível, para terem certeza de que toda esta situação, já bastante complexa, não acarretaria em mais um peso.

5.2.15 Categoria: Medo de sair ou ficar sozinha, de reencontrar o agressor e que o evento se repita

Nesta categoria podemos observar outros medos, aqui relacionados ao medo de ficar sozinha, de que o agressor volte para se vingar delas ou de que o estupro possa ocorrer novamente.

Ent. 3: Ah, eu tenho medo de ele me pegar, de ele me levar longe, de ele me matar, sei lá, sei lá, medo.

Ent. 5: Eu o vi rosto dele, entendeu, aí todos que chegam lá no trabalho, eu tenho medo que talvez seja ele. Teve uma vez que chegou um rapaz lá, de moto, começou a olhar para mim, eu já comecei, o dedo começou a pulsar, o coração a pulsar, eu saí correndo no pátio, já comecei a chorar também... Tenho medo de tudo, simplesmente tudo.

Ent. 6: Eu tenho medo de me arrumar e sei lá, eu sair na rua e alguém querer me pegar de novo. Eu tenho muito medo disso.

Ent. 9: De sair na rua da minha casa, de estar na rua sozinha, porque tudo aconteceu praticamente na rua da minha casa.

Ent.10: Eu vejo um carro da cor do carro dele e já me dá um desespero... À noite, quando começa a escurecer, aí já, eu tenho medo ... Tenho medo de me relacionar com outra pessoa e acontecer isso de volta.

Ent. 11: Eu tenho medo de andar sozinha, eu não ando sozinha. Sempre alguém me busca, eu não ando sozinha, eu tenho medo de encontrar ele de novo no meio da rua.

Ent. 13: Ah, não tenho nem palavras, eu vivo assustada, qualquer barulhinho, eu me assusto, eu tenho medo de ficar sozinha em casa. Quando eu estou sozinha em casa com o meu menino, eu fecho a porta, eu fecho tudo, com medo, eu vou pra a sala, eu tenho medo de ver ele lá, dentro de casa. É horrível, horrível.

Ent. 16: Eu não posso ver um Gol prata, porque o carro do rapaz (autor) é prata, então onde eu passo, onde eu vejo um Gol prata, eu já me assusto, já me dá tremedeira, cansaço, eu estou assim. Na porta de casa nenhum carro pode passar ou buzinar que eu me assusto do mesmo jeito. Aí eu estou assim agora.

Ent. 19: Ele (autor) sabe que eu vi o rosto dele, ele sabe que eu vou denunciar ele, então para mim ele ainda está por lá, entendeu, para me fazer mal, ainda. Eu tenho medo dele voltar.

Ent. 22: Eu tenho pânico de andar sozinha, eu não saio sozinha... Toda vez que um homem chega de suor, eu quero morrer com aquele cheiro de suor que eu vejo ali perto.

Ent. 29: E medo, medo, eu sinto muito medo. Medo. Se eu escutar um barulhinho dentro de casa, eu estou com medo. Medo, medo, medo de dormir, medo de sair no meu quintal... Não tem escapatória. Não quero sair na rua, aí eu saio na rua e começo a

chorar, me dá medo. Qualquer barulhinho eu acho que é alguém, qualquer pessoa na rua, eu me assusto.. Qualquer coisinha eu acho que alguém vai entrar na minha casa, que alguém vai me pegar, eu acho que esse homem vai voltar.

Ent. 31: *Eu não estou conseguindo mesmo sair sozinha, me dá assim, um pânico muito grande, que eu começo a chorar, parece que eu não sei, a sensação, dá uma angústia, um negócio horrível.*

Expressões como “sair na rua”, “ficar em casa” ou “ficar sozinha” foram repetidas diversas vezes. Há também o medo de encontrar o autor novamente, e de que a violência se repita, pois a lembrança do evento é constantemente reativada por memórias, cheiros, barulhos, sons e imagens. Este medo também é vivenciado por algumas como um pânico, uma angústia paralisante. Há um sentimento de constante ameaça de que algo de ruim possa voltar a acontecer.

5.2.16 Categoria: Medo da reação familiar

Algumas participantes tiveram medo da reação familiar. Seguem algumas falas explicando o motivo desse medo.

Ent. 6: *Não contei para ninguém. Fiquei com medo. Não sei, me deu um desespero, sei lá, medo, não sei, eu fiquei apreensiva, com vergonha de contar. ... Fiquei com medo que meu marido me julgasse, não sei, eu estava me sentindo muito suja, entendeu, sabe quando você se sente uma pessoa tão suja.*

Ent. 9: *Só eu não tive coragem de contar tudo para minha mãe com medo de ela passar mal, entendeu, porque eu sou filha única filha.*

Ent. 11: *Eu fiquei com medo de contar para eles, medo da reação deles, medo do jeito que ele iria reagir, do jeito que os meus irmãos iriam reagir, aí eu não contei, eu fiquei com medo. ...*

Ent. 14: *De não acreditarem (familiares) que foi alguém desconhecido, que foi daquela maneira.*

Ent. 15: *Em relação a meu pai, fiquei com medo que ele não acreditasse em mim. Porque eu escutei ele falando isso na primeira vez.*

Ent. 16: *Medo do meu noivo terminar, ou pensar que eu tive porque eu quis.*

Ent. 18: *Fiquei com medo da reação da minha família, do que eles iam achar, se eu tinha feito porque eu queria, tipo, de eles não acreditarem em mim.*

Ent. 21: *Medo, não sei, eu acho que de afetar o nosso casamento, o jeito de ser, mesmo, então eu acho que esse é o meu maior medo, eu tenho medo de abalar o nosso relacionamento.*

Durante a entrevista, foi possível observar que alguns medos já haviam sido ultrapassados, como o da reação familiar. Embora a intensidade desse medo já houvesse diminuído para várias participantes, algumas ainda o vivenciavam, por receio de que as pessoas não acreditassem nelas. O medo da reação familiar e de serem julgadas foi relacionado com o sentimento de vergonha. Há também o medo de serem condenadas e apontadas como culpadas.

5.2.17 Categoria: Estratégias de enfrentamento

Aqui podemos verificar a maneira como algumas mulheres avaliaram o evento, como estavam lidando com o que havia acontecido e como se predispuseram a viver a partir do estupro, atitudes estas com um tom emocional de superação e resiliência.

Ent. 2: *Eu falei: “Pai, não, eu não vou ficar em casa, a minha vida não pode parar por causa disso, por mais que eu esteja em choque, mas assim, a minha vida não pode parar. Daí eu fui trabalhar.” ... Meus planos para o future não mudaram, permaneceram todos eles.*

Ent. 4: *Mesmo que seja uma coisa que eu nunca vou esquecer na minha vida, mas pelo menos eu aprender a lidar com isso, não é, é isso que eu estou tentando, eu estou tentando aprender a lidar com uma coisa que esquecer a gente nunca esquece, eu não posso me entregar a isso. Bola p’ra frente, não é. A vida continua e a gente tem que ser forte.*

Ent. 6: *Meus planos para o futuro não mudaram, só assim que quero proteger mais as minhas filhas para que elas não venha a passar pelo que eu passei.*

Ent. 7: *Assim, que apesar de tudo, eu descobri em mim uma força que eu não imaginava que eu imaginava que eu tivesse. Sou mais forte do que eu pensava.*

Ent. 10: *Conversar me faz bem, porque me faz clarear, ficar com novas ideias na cabeça, entendeu. Eu acho que estando aqui no hospital, com mais os doutores, médicos, eu acho que eu posso melhorar, sim, não 100%, mas 80%, eu tenho certeza.*

Ent. 14: *Eu sei que lá em cima ou lá embaixo, ele vai pagar muito. Eu tenho fé nisso. ... Ah, isso faz eu ficar forte, não é?*

- Ent. 15:** *Eu tinha sempre essa coisa de ser vítima na minha cabeça, durou vinte anos que eu nunca abria a minha boca, e agora eu estou fazendo alguma coisa, eu não estou agindo como a vítima, eu posso ter sido alvo, mas eu não estou agindo como uma vítima. E outra coisa, por estar falando isso, por estar colocando para fora, eu não estou colocando a comida para dentro, eu não estou descontando na comida, é isso que eu quero dizer e eu acho que falar tem uma responsabilidade nisso, porque eu não estou engolindo o que aconteceu comigo, eu não estou engolindo esse abuso, eu estou falando, eu estou botando para fora, e estou correndo atrás de fazer o que eu posso... Eu estou tentando tirar o melhor disso.*
- Ent. 18:** *Mas é que não que eu nasci de novo, filosofia besta, assim, porque eles podiam ter feito muito mais, assim, até porque eu conhecia eles. Então só de eu estar viva já é bom, eles podiam ter me machucado, não me machucaram. Mas não sei, eu não me sinto, apesar de estar ruim, eu ainda me sinto bem.*
- Ent. 19:** *Meu irmão começou a me botar medo. Aí eu falei assim: “Não, mas eu não posso ficar presa, se eu ficar presa o resto da vida, eu vou morrer de medo para o resto da vida. Eu tenho que fazer alguma coisa”.*
- Ent. 21:** *Não, vontade de viver eu tenho. Até mesmo quando eu pensava que eu estava passando por aquilo, dava vontade de viver pelo filho, meu marido, a minha família, o tempo todo eu pensava só nisso.*
- Ent. 23:** *Ah, eu quero viver muito. Antes eu não queria viver, não, mas agora eu quero, agora eu vi que a vida vale a pena. Eu quero sair, passear, viver a vida, conhecer gente, tentar refazer a vida aí, conhecer alguém interessante, não é, sem medo do que aconteceu... Estou mais vaidosa até. Dou mais valor a vida, porque ela quase acabou, né?*
- Ent. 27:** *Eu não quis gritar, ele não me deixou chorar, ele não me deixou fazer nada que fizesse barulho. E eu fiquei quietinha, porque eu disse para mim: “Eu vou ficar quieta porque eu quero pelo menos ficar viva”. Então eu tenho que pensar que pelo menos eu tenho que agradecer porque eu estou viva.*
- Ent. 28:** *Agora eu quero fazer faculdade de Direito para defender quem precisa. Saber as leis para fazer justiça.*
- Ent. 33:** *Eu descobri que eu sou muito mais forte do que eu imaginava. Depois dessa pode acontecer qualquer coisa comigo.*
- Ent. 34:** *Eu chego no trabalho, converso com os meus clientes e a gente fala sobre outra coisa. Aí já muda logo de assunto, aí a minha cabeça já vai para outra coisa e eu fico bem melhor. Trabalhar tá me fazendo bem.*
- Ent. 37:** *Mudou, eu me sinto mais forte, eu me sinto que depois de uma dessa... se eu visse alguém falando, eu achava que eu fosse cair na cama em depressão, como eu já tive antes, não querer nada na vida, não querer lutar, e não, eu vejo o quanto eu sou forte, isso mudou.*

Algumas participantes descreveram como, até o momento da entrevista, haviam avaliado e percebido o que lhes acontecera, ressaltando porém que seus planos para o futuro não diminuíram em virtude do evento; ao contrário, em alguns

casos até aumentaram como consequência da agressão sofrida. Ao terem que lidar com todas as consequências dessa violência – delegacias, hospitais, medicações, relato a outras pessoas, lembranças, dificuldades para dormir e mudanças comportamentais, entre outras –, perceberam-se mais fortes do que acreditavam ser. Além disso, algumas ressaltaram estarem agradecidas ou felizes por continuarem vivas, tendo assim a perspectiva de uma nova chance.

A maneira como vinham enfrentando a situação trazia elementos positivos, pois, por mais que algumas participantes permanecessem tristes, com níveis moderados de depressão e escores para TEPT, isto não as impediu de se esforçarem a aprender a lidar com a situação de forma a não adoecerem ou perderem a vontade de viver. Desta forma evitavam se darem por vencidas ou ficarem com dó de si mesmas, presas em uma posição de vítima.

5.2.18 Categoria: Sentimento de vergonha

O sentimento de vergonha é abaixo exemplificado por meio de relatos nos quais as entrevistadas tentavam “traduzir” a vergonha que sentiam. Há também relatos que demonstram a falta do sentimento de vergonha sobre o evento.

Ent. 3: *Ah, vergonha eu tenho, sabe, do jeito de uma pessoa te pegar à força e fazer um monte de coisa, depois de as pessoas ficar te olhando diferente para você, entendeu. depois ficar olhando, tipo: “Nossa, aquela pessoa foi estuprada por um bandido”, sabe, vergonha.*

Ent. 4: *Ah, é uma vergonha sei lá como. Não sei nem te explicar como que é.*

Ent. 6: *Ah, não sei, às vezes eu sinto vergonha, sei lá, de as pessoas falarem: “Nossa, ela teve que chupar o pinto do homem”, alguma coisa assim, entendeu, ou até o meu marido, então, assim, numa discussão, virar para mim e falar: “Ah, mas você chupou o pinto do homem, que não-sei-o-quê”.*

Ent. 7: *Vergonha eu não sinto, não é, por eu não ter feito mal. Assim, de certa forma, a gente fica envergonhado, porque os outros olham e sabem o que aconteceu com você, mas falar: “Ah, eu estou com vergonha de sair na rua por isso, não”.*

Ent. 9: *Sei lá, eu não sei se é bem vergonha, é, eu acho que deve ser vergonha, o fato de os outros saberem o que aconteceu, é isso que me incomoda, não vergonha de mim, eu falo pelos outros, entendeu, tipo: “ah, aconteceu isso com aquela menina”, então me dá sim, vergonha.*

- Ent. 10:** *Contei para uma amiga que ficou espantada. Isso me fez eu me sentir constrangida, com vergonha. Por isso que eu não comentei com ninguém, o fato da vergonha, entendeu?*
- Ent. 11:** *Ah, eu acho que é muito vergonhoso. É muito constrangimento de você falar para alguém o que aconteceu com você.*
- Ent. 13:** *Ah, eu acho que não, vergonha eu não... não chego a sentir, não.*
- Ent. 16:** *É, porque é meio vergonhoso, não é, é porque fala assim: Estupro. Essa palavra é tão forte e ela incomoda muito, essa palavra.*
- Ent. 17:** *Ah, sinto vergonha assim, não é, das pessoas, na verdade. Das pessoas ficarem sabendo. De eu passar na rua e falarem: “Olha, aquela menina ali foi estuprada”.*
- Ent. 19:** *Ah eu sinto muita vergonha, a pessoa pensar que eu estava ali, no meio da rua, quase nua, eu sinto muita vergonha, até porque é vergonhoso o que aconteceu.*
- Ent. 21:** *Não sei, eu ainda sinto isso, ainda. Porque, não sei, só o meu esposo me tocou, não é, ninguém nunca mais, depois que eu fiquei com ele.*
- Ent. 22:** *Sabe que nem eu sei explicar porque, porque não foi culpa minha, mas eu tenho vergonha. Eu não gosto nem de lembrar daquilo, que eu tenho vergonha daquilo.*
- Ent. 23:** *Sinto humilhação, tá. É humilhante ficar viva e não ter reagido.*
- Ent. 24:** *É uma sensação inexplicável, sabe, você sente vergonha, também por causa da sensação de dó, de pena, que as pessoas sentem pena.*
- Ent. 27:** *Eu não tenho vergonha de falar, se eu tiver que falar para alguém, eu falo, eu não tenho vergonha de contar o que aconteceu até porque eu fui uma vítima. Mas eu tenho vergonha de contar para os homens, isso eu tenho vergonha.*
- Ent. 29:** *Mas eu tenho vergonha, até porque tem gente que pergunta, possa vir a perguntar, mas tem gente que já julga, já imagina da maneira dela, entendeu.*
- Ent. 32:** *Sabe, me dá vergonha, é vergonhoso, sabe, é uma coisa suja, é uma coisa imunda. Fica este sentimento dentro de você.*
- Ent. 33:** *O fato da imaginação das pessoas, eu acho que é isso que me dá mais vergonha.*
- Ent. 34:** *Eu não tenho vergonha, mas as minhas irmã contaram porque eu não tenho coragem de contar, é muito vergonhoso.*

Após responderem se sentiam ou não vergonha, foi pedido às participantes que discorressem um pouco sobre suas respostas. Elas apresentaram dificuldade em explicar o(s) motivo(s) que as levaram a responder sim ou não, por vezes dizendo que não sabiam explicar, mas que era assim que se sentiam.

O grupo que relatou não sentir vergonha tem consciência que não foi responsável pelo que lhes aconteceu. Entretanto, percebe-se contradições como por

exemplo ter vergonha em contar o que houve ou daqueles que estavam cientes do que haviam passado.

Para as participantes que afirmaram sentir vergonha, este sentimento foi algumas vezes descrito com pesar e tristeza, como se fosse um peso a mais em toda a situação, já complicada devido aos vários medos, à vergonha de serem vistas como estupradas, de serem objeto de pena ou dó alheia e de serem julgadas ou culpabilizadas por outras pessoas.

5.2.19 Categoria: Sentimento de culpa

O sentimento de culpa pelo evento é abaixo apresentado por relatos que explicam os motivos que levaram as entrevistadas a se sentirem ou não culpadas.

Ent. 2: Não me sinto culpada, não, porque eu tentei lutar.

Ent. 3: Não sinto culpa.

Ent. 4: Não me sinto culpada. Apesar de que eu deveria me sentir culpada pelo horário que eu estava na rua, foi por volta de umas quatro e vinte da manhã.

Ent. 6: Ah, eu não me sinto culpada porque, assim, se eu não fizesse, ele ia me matar. Entendeu, e a única coisa que veio na minha cabeça foi as minhas duas filhas, “ou eu faço ou ele me mata agora”.

Ent. 7: Não me sinto culpada porque eu não provoquei isso.

Ent. 13: Porque às vezes eu penso assim, eu podia ter evitado. Uma parte, tem hora que eu me sinto culpada. Porque eu podia ter feito alguma coisa, ter corrido, ter sido mais rápida, ter gritado, sei lá, fechado a porta, veio na minha cabeça de eu fechar a porta, mas não deu tempo.

Ent. 14: Ah, devia ter batido mais nele, sei lá, tentado abrir a porta com mais força, mas na hora do medo some tudo, toda a sua coragem. Ah, sei lá, eu me sinto culpada... Eu deveria ter carregado meu celular para ligar quando chegasse no ponto para alguém me buscar, eu não tinha bateria por isso não liguei, eu me sinto culpada também por isso.

Ent. 16: Ah, sei lá, às vezes a gente pensa que podia evitar.

Ent. 17: Eu não provoquei isso, não é, então não me sinto culpada.

Ent. 19: Não me sinto, é o caminho que eu fazia todo dia, talvez se estivesse à noite, chegando à noite, mas não.

Ent. 23: *Não, culpada, não, porque, eu ia trabalhar, eu fazia aquilo, isso, todo dia.*

Ent. 27: *Não, culpa não, porque não fui eu que escolhi, sou vítima.*

Ent. 28: *Sinto, mais ou menos, era para mim ter deixado tudo, era para mim ter deixado a loja lá, abandonada. Mas, não, a minha responsabilidade de gerente foi mais alta, era para mim ter ido embora, mas não. Eu tenho raiva de mim por causa disso.*

Ent. 29: *Eu me sinto um pouco culpada. Ah, eu acho que eu facilitei as coisas para ele, deveria ter feito mais, sei lá.*

Ent. 31: *Não sei, eu acho que se eu não fosse tão vaidosa, não me arrumasse tanto, eu acho que eu não sei, ele poderia ter passado batido por mim. Não sei, as vezes eu me sinto sim.*

Ent. 32: *Culpa não, porque não tem porque, eu não provoquei nada. Pelo contrário, ingenuamente eu fui dar uma informação e aconteceu o que aconteceu.*

Ent. 37: *Ah sei lá, mas é uma culpa que eu carrego dentro de mim.*

As participantes que conseguiram relatar por que não se sentiram culpadas pelo estupro explicaram a ausência deste sentimento pelo fato de terem tentado lutar para evitar o estupro. São conscientes que não o provocaram, nem fizeram nada para que acontecesse, identificando-se como vítimas, visto que, ao fazerem o que lhes era ordenado pelo estuprador, garantiam sua sobrevivência à situação.

Enquanto algumas participantes responderam que não se sentiam culpadas devido às suas reações à agressão, outras utilizaram o mesmo motivo para se considerarem culpadas, pois acreditavam que deveriam ter feito algo a mais, isto é, reagido ou evitado o estupro de diferentes maneiras. Foi possível identificar o sentimento de culpa relacionado a um fracasso, pois algumas entrevistadas acharam que falharam na forma de reagir. Outras responderam também que se sentiam culpadas porque estavam na rua ou porque sua vaidade em se enfeitar chamou a atenção do agressor na rua.

O fato de terem reagido serviu como fator de proteção contra a culpa para algumas entrevistadas, enquanto para outras a reação deveria ter sido mais enérgica; em outras palavras, a reação que tiveram não as impediu de se sentirem culpadas. A possibilidade de se identificarem como vítimas e o fato de acreditarem que não provocaram a agressão pôde ajudá-las a elaborar a situação como um fato ocorrido, pelo qual não foram responsáveis.

5.2.20 Categoria: Avaliação sobre a própria reação ao evento

Esta categoria contém falas relacionadas a reflexões posteriores das vítimas sobre o evento. Fantasias de novas reações e maneiras de prevenção quanto ao ato sofrido fazem parte destes discursos.

Ent. 2: *Teria ido para minha casa e não para a casa do meu namorado. Foi no caminho da casa dele.*

Ent. 4: *Sei lá, gritado. Porque eu estava sendo ameaçada, mas mesmo assim, eu me arrependo, às vezes, de não ter gritado, sei lá, de ter feito alguma coisa com ele, sabe.*

Ent. 6: *Me deu muita vontade de correr, o meu corpo deu aquele impulso para frente, mas na hora que ele mostrou a arma, assim, aí sabe, me deu aquela tremor assim, aquela coisa, alguma coisa te segura, falou: “não”, quando ele saiu na moto me deu uma vontade de xingar ele, entendeu.*

Ent. 7: *Não tinha nada o que ser feito de diferente. Você ser ameaçado o tempo inteiro, você não sabe o que você vai fazer, entendeu, quando ele te pega, um metro e oitenta de altura, com você, com um metro e sessenta e um, você vai fazer o que, você não sabe o que a pessoa pode te fazer, na hora você teme muito pela sua vida.*

Ent. 8: *Então assim, agora, depois que aconteceu, eu fico assim: ah, se eu tivesse reagido e aí tivesse acontecido, foi porque eu reagi, como eu não reagi, aconteceu porque eu não reagi, entendeu?*

Ent. 10: *Eu acho que se eu encontrasse ele eu ia perguntar porque ele fez comigo, ia ter um diálogo, não ia me revoltar, nada, ia ter um diálogo para saber porque ele fez isso comigo*

Ent. 11: *Queria ter quebrado ele não mão inteira, queria ter batido nele, então, porque ele é tão magrinho, eu acho que por isso ele levou o amigo dele, o amigo dele é bem mais forte do que ele, e se ele fosse sozinho, eu tinha batido nele, com certeza, então ele já imaginou um pouco, porque eu tenho um pouco mais força do que ele, aí ele levou o amigo dele.*

Ent. 16: *Eu acho que não, porque eu não sabia a intenção dele, não é.*

Ent. 27: *Tinha vontade de tomar a faca dele e enfiar nele.*

Ent. 29: *Mas eu acho que se eu tivesse falado alguma coisa para ele, que ele pudesse ficar com medo, ou tivesse pensado alguma coisa para ele não fazer o que ele fez, eu acho que eu acabei facilitando demais, também, para ele.*

Ent. 36: *Eu gostaria de ter forças e ir na delegacia denunciar.*

Para algumas participantes ficou a sensação de que gostariam de ter feito algo diferente – gritado, batido no agressor, fugido ou terem reagido, ou terem reagido mais energicamente ou até mesmo terem escolhido outro caminho.

Durante a entrevista, para uma parte do grupo o sentimento de querer ter feito algo diferente estava relacionado à culpa, como se pudessem ter evitado o que aconteceu se tivessem agido de maneira diferente. Para outras participantes, porém, as atitudes que tomaram na hora do evento foram aceitas como certas, ou perceberam que além do que fizeram, nada mais teria sido possível.

5.2.21 Categoria: Raiva e nojo em relação ao agressor

Esta categoria é constituída dos sentimentos em relação ao agressor.

Ent. 2: Nojo. Só nojo. Não sinto nem raiva, nem ódio. E uma pergunta, “como é que é possível fazer uma coisas dessas?”

Ent. 3: Sinto ódio. Ódio, raiva. Mas, eu tenho vontade de fazer isso, matar. Queria que ele ficasse na cadeia, embaixo das grades, só isso.

Ent. 4: Eu sinto dó e raiva ao mesmo tempo, sabe como?

Ent. 7: Claro que de vez em quando, principalmente no horário de tomar medicação, eu sinto ódio, claro, também não sou uma santa, mas é o que eu sinto.

Ent. 9: Ódio, nojo e repulsa.

Ent. 11: Eu sinto muita raiva, eu sinto muita raiva dele.

Ent. 13: Pegasse o negócio quente, sabe aquelas coisas que eles põem no cavalo? Um daquele mesmo. Botasse no fogo, assim, e queimasse, de pouquinho, para ele sentir na pele tudo o que eu senti.

Ent. 14: Aí eu estava com raiva, sabe, aí eu falei, eu até anotei a placa dele, falei e fiquei na esperança de encontrarem o homem, não é, para ele pagar... Raiva e medo.

Ent. 17: Ah, não sei, às vezes dá vontade de chorar quando eu penso no que aconteceu, é eu pensar e me dá vontade de chorar, não é, e sinto raiva.

Ent. 18: Pena, eu não sinto raiva, eu sinto dó, pela família, por eles perderem parte da vida, porque realmente, vai ficar marcado, não é, não só para mim, para eles também.

Ent. 19: Ódio, muito ódio. Se eu pudesse eu matava.

Ent. 22: *Nojo. Muito nojo. Às vezes eu estou num lugar sozinha e eu sinto que eu faço careta de nojo. Quando bate, assim, uma lembrança, eu acho que até a minha fisionomia muda. Porque eu tenho muito nojo.*

Ent. 24: *Falar que eu sinto raiva, eu não sinto, não sinto ódio. Não sei dizer qual que é o sentimento, não estou com raiva, não... não estou sentindo ódio dele.*

Ent. 27: *Muito medo e muita raiva. Eu vejo o olho dele, falando, gritando, o tempo todo.*

Ent. 28: *Ódio. Ódio dele. Ódio e querer matar ele, também. Mas primeiro fazer coisa pior, depois matar.*

Ent. 29: *Eu sinto nojo, raiva. Se eu visse ele, se me entregassem ele aqui agora, eu matava ele. Sem dó, sem nada, da pior maneira possível. Daquelas morte bem dolorida mesmo. Torturar bastante para depois matar.*

Ent. 34: *Nojo. Raiva. Vontade de matar com as próprias vezes. Um pestes dessa não merece viver, não.*

Ent. 36: *Ah, tipo assim, uma raiva. Uma raiva, sabe, principalmente pelo que eu falei para você, porque vão ficar impunes. Então você fica pensando: “Nossa, como uma pessoa é capaz de fazer isso com uma outra pessoa?”*

Ent. 37: *Raiva. Se eu tivesse um canivete aqui, ou um facão, arrancava aquele pau dele.*

O sentimento de raiva e ódio foi o mais frequentemente citado pelas entrevistadas, junto com a vontade de vingar-se do autor. Uma pequena parte sentiu pena e dó do agressor, por ele ter feito o que fez, e um desejo de compreender os motivos para o crime. Esta foi uma pergunta feita diversas vezes por algumas das entrevistadas, como uma tentativa de buscarem um sentido, algo que explicasse o que levou o autor a agredir e a violentar a vítima.

5.2.22 Categoria: Mudanças na vida sexual após o evento

Esta categoria inclui os relatos sobre as mudanças na vida sexual, tanto para aquelas que voltaram, quanto para as mulheres que não haviam retomado uma atividade sexual até o momento da pesquisa.

Ent. 2: *Eu fico insegura em como eu vou reagir, como que vai ser, se eu vou deixar mesmo, onde isso aparece milhares de perguntas na minha cabeça.*

Ent. 3: *Não penso, não, prefiro não ter nada, nada, nada, nada. Não tenho vontade. Sinto nojo de homem. Acho que é a mesma coisa dos outros, desse aí, não é?*

- Ent. 4:** *Mas aí o meu namorado entende, sabe, a gente ficou conversando depois e ficou tudo bem. A gente estava tentando, a gente até começou a fazer, só que de repente deu aquela lembrança na minha mente, veio na minha mente, e sabe, dá um medo, dá aquele medo daquela coisa, parece que está acontecendo tudo de novo.*
- Ent. 9:** *Tipo assim, eu vou te falar uma coisa, não sei se tem a ver com o meu namorado, assim, ele me beija, ele me abraça, eu não quero que passe disso, entendeu? Você entendeu.*
- Ent. 10:** *Nem penso agora em vida sexual. Só de pensar nisso já lembro dele, não é. Eu já penso em não me relacionar para não ter essa vida sexual, eu não quero. No momento, não. Mas se eu conhecer uma pessoa bacana, sim.*
- Ent. 11:** *Nossa, eu era feliz antes, mas agora não consigo imaginar ninguém me tocando.*
- Ent. 16:** *Assim, às vezes incomoda, porque a gente faz sem vontade, e eu meio que eu sinto dor, aí ele fala: “Está tudo bem para você?”, aí eu falo: “Tá”. Se eu falar isso, se eu não fizer, eu acabo perdendo, porque eu gosto dele, ele arruma alguém na rua. Eu não quero passar por isso de novo.*
- Ent. 17:** *Não, na verdade primeiro eu queria saber o resultado de todos os exames, se está tudo bem, para depois pensar nisso... Senti vontade de voltar a me fechar e não ter mais relação nenhuma nunca mais.*
- Ent. 19:** *Ah, então, na hora foi satisfatório, mas até chegar lá eu fiquei com vergonha, não sei (riso) o que eu senti direito, mas ele percebeu, assim, aí ele foi, assim, mais discreto, mais com calma, até eu me sentir à vontade, que eu não estava à vontade, ele queria e eu também queria, mas eu estava receosa, entendeu?*
- Ent. 22:** *Foi diferente. Com preservativo, que eu não gosto muito, aí eu não sei se foi por causa do que aconteceu, ou por causa do preservativo, eu sei que foi bem estranho. Mas eu acho que da parte dele, eu acho que ele se sente assim, que outro homem fez alguma coisa comigo, fiquei com medo da reação dele comigo na hora do ..., você sabe, né?*
- Ent. 23:** *Eu acho que não, agora assim, eu não sei qual vai ser a minha reação se algum dia eu ter relação com algum homem.*
- Ent. 27:** *Não posso nem pensar nisso, vem nojo e medo.*
- Ent. 29:** *Eu também estou com medo, também. De doer, de sei lá... Mas, não sei, para ser bem sincera, assim, eu acho que eu estou com um pouco de nojo, não do meu marido, mas me dá um pouco de rejeição, assim. Medo, também. Mas é mais medo de eu ter pegado alguma coisa e passar para ele.*
- Ent. 31:** *Essas coisas assim, eu não consigo mais ter um contato físico. E beijo é só selinho!*
- Ent. 32:** *Eu sinto que o beijo também não é a mesma coisa, um beijo mais seco, mais distante, entendeu.*
- Ent. 37:** *Não penso. Eu não vou conseguir lidar com isso, porque para mim, a minha vida não vai ser ativa. Tipo, lacrou.*

Dentre as participantes que retomaram a atividade sexual, algumas disseram que estava tudo bem, que o prazer e o desejo sexual continuavam inalterados. Para outras a relação sexual foi diferente em relação ao que era antes; e ainda para outras, o ato sexual foi ruim. Estas participantes lembraram do evento na hora da relação sexual, sentiram dor, estavam com vergonha do parceiro e sentiam medo de que eles não as desejassem como antes, além do medo de serem rejeitadas, de alguma forma, no momento do ato sexual.

Em relação às que não haviam tido nenhuma relação sexual, a pesquisadora pôde constatar diferentes fantasias: algumas mostraram-se categóricas, afirmando que não conseguem nem imaginar o ato em si, que se fecharam e não pensam na possibilidade de terem alguma atividade sexual em um futuro próximo; outras já se mostravam mais abertas, sinalizando que com uma pessoa companheira estariam dispostas a tentar, porém ainda com medo de uma possível lembrança de aspectos do estupro no momento da relação, além do medo de sentirem dor.

Duas das participantes eram virgens antes do estupro. Perder a virgindade dessa forma é percebido como um estrago da experiência da “primeira vez”. Em relação a isso, elas comentaram:

Ent. 14: *É, porque a princípio eu era virgem, não é, então, porque depois acabou, não é? Eu não sou mais, ele tirou... Antes eu estava me guardando para depois do casamento, e é difícil, me sentia única. Agora sou como todas as outras, isso é menos, perdi um pouco de valor... Eu só queria casar virgem, só isso, perder a virgindade com alguém que eu confiasse de verdade... Se alguém perguntar: “Como você perdeu a virgindade?”, eu não ia conseguir falar.*

Ent. 28: *Ai ele estragou, não era isso que eu queria, ele estragou a minha primeira vez.*

5.2.23 Categoria: Apoio das crenças religiosas

Esta categoria é formada por relatos sobre fé.

Ent. 2: *Não me importo se ele for ou não preso, ele vai colher o mal que fez. Talvez com a filha dele ou alguém da família, e quando ele for acertar as contas lá em cima, ele vai pagar por tudo.*

Ent. 16: *Assim, eu falei: “Vamos procurar ir para a igreja, orar bastante, pedir para Deus tirar isso do coração da gente. Eu sei que é difícil, mas a gente com esforço, esquece.” ... Então, eu tenho fé em Deus que isso pode sair de mim, de eu não pegar ódio, não pegar raiva.*

Ent. 22: *Eu entreguei a vida na mão de Deus e falei: “Deus, agora é a tua vez, agora eu estou precisando de Tua ajuda”. ... Ah, se não fosse Deus, eu não sei o que seria de mim. Na hora, eu só lembrava que Deus precisava me dar vida ali. E isso eu peço desde o início e a única saída que eu acho que é foi Deus. Aí é que eu me apegava com ele e falava: “Está na Tua mão, Deus, me ajuda”.*

Ent. 24: *Fiquei sem reação, eu só falava, como eu sou evangélica, eu falava: “O sangue de Jesus tem poder, o sangue de Jesus tem poder”, e tremia, tremia, tremia, tremia.*

Ent. 26: *Eu sei que de uma forma ou de outra ele vai pagar. A justiça dos homens pode falhar, mas a de Deus não.*

Ent. 28: *Todo mundo quer matar ele, mas aí eu falo que deixa para a justiça e se a justiça do homem não consegue, a de Deus consegue... Ah, porque eu sei que Deus é que vai estar comigo e naquele dia ele estava comigo, estava lá, me ajudando... Aí depois, Deus sabe o que faz lá em cima, ou ele descendo, não sei o que, ele vai para onde, está mais descendo do que para o céu.*

Ent. 32: *Insônia, eu fico a noite todinha acordada e eu tenho medo porque isso só passa besteira na cabeça, não é. Aí a primeira coisa que eu faço é orar, é orar, orar e pedir para o Senhor tirar aquilo.*

Para algumas participantes, Deus as ajudou no momento em que a violência acontecia, principalmente ao fazê-las sair da situação com vida. Deus também foi citado no momento posterior ao evento, pois Ele é considerado como uma fonte de auxílio em suas recuperações. Para uma pequena parte da amostra, além da crença na justiça divina, se o autor não for preso ou se nada lhe acontecer, ele irá “pagar pelo que fez” quando não estiver mais aqui na Terra.

5.3 Análise de duas entrevistas

Com o objetivo de melhor compreender os efeitos emocionais que um estupro pode causar às suas vítimas, foram selecionadas duas entrevistadas para análise e contraste das reações frente a algumas categorias. Dessa forma foi possível observar, com maior profundidade, o percurso individual destas duas mulheres em relação ao episódio de estupro.

As duas entrevistadas escolhidas exemplificam as diferentes possibilidades de vivenciar as consequências emocionais de um estupro. Elas foram escolhidas

devido aos diferentes, quase opostos, resultados obtidos nas escalas e em seus relatos.

Quanto às escalas aplicadas, a primeira entrevistada (Ent. B) foi escolhida pois apresentou nível grave de depressão, 77 pontos na escala de TEPT e baixa autoestima. Já a segunda entrevistada (Ent. C) foi elegida pois seus resultados são melhores do que a Ent. B. Ela ficou com nível leve de depressão, 40 pontos na escala de TEPT, o que não corresponde a um possível diagnóstico do transtorno, e autoestima moderada.

Abaixo poderemos observar as diferentes reações, sentimentos e reflexões das entrevistadas B e C sobre algumas categorias de análise.

Somente a Ent. B já havia passado por uma experiência prévia de abuso sexual. Ao relatar o estupro atual, a entrevistada fez algumas associações entre os dois episódios, perguntando-se por que isso aconteceu com ela e afirmando que homens em geral “não prestam”, com algumas exceções. Disse que se sentia tão mal quanto na época em que sofreu abusos na infância.

A Ent. C, ao descrever os momentos após o evento, conta como saiu correndo do beco onde o estupro aconteceu, causado por um desconhecido. Em seguida ela foca sua atenção no alívio que sentiu ao perceber que não iria morrer, pois como sofreu ameaças de morte durante o evento, estava certa de que seria eliminada. A Ent. B foi estuprada por um colega de academia. Para ela, este fato é um complicador, pois ainda o vê na rua e, por medo de retaliação, omite isso dos seus familiares.

Em relação aos procedimentos do Instituto Médico Legal, a Ent. B diz que não foi bem atendida. De acordo com o seu discurso, ela acredita que foi julgada pelas enfermeiras, como se estivessem falando algo sobre ela. Este fato (real ou imaginário) a afetou, causando-lhe mal-estar e sofrimento.

A Ent. C foi bem atendida no I.M.L., diferentemente da descrição que fez da delegacia. Contudo, ao se referir ao B.O. e ao I.M.L., a participante não ficou se lamentando; expôs que a experiência na delegacia não foi boa, mas pelo seu discurso parece que este fato não a afetou a ponto de causar injúria ou sofrimento.

Em relação ao apoio familiar a Ent. B descreve e utiliza a metáfora de que coloca uma máscara e finge que está bem. Diz que ninguém gosta de ficar ao lado

de uma pessoa depressiva, que isso faz com que as pessoas se afastem. Por esta razão, e por se sentir culpada, não se permite chorar ou pedir por apoio ou ajuda; guarda sua dor para si mesma e tem a esperança de que tudo passe, que um dia se esqueça do que aconteceu, mas durante esse processo permanece sozinha, sem poder desabafar sobre seus sentimentos com a mãe ou com o namorado.

A Ent. C contou com o apoio da mãe, sentiu-se acolhida por ela e isso lhe fez bem. Após o estupro passou a perceber as reações da mãe de uma forma nova. Agora não vê mais as atitudes da mãe como chatice, mas percebe que isso representa um cuidado que a mãe tem em relação a ela. Como consequência, essa mudança tornou-as mais próximas.

Em relação ao julgamento alheio para a Ent. B só existe uma possibilidade de ser vista pelos outros: como responsável pelo evento. No seu entender, os outros poderiam julgá-la e condená-la. Já a Ent. C percebe a reação dos outros de três formas diferentes: pode ser julgada, sabe que podem existir pessoas que a condenem por ser uma vítima de um estupro; acredita que outras pessoas a apoiarão; e crê ainda que algumas pessoas se manifestarão indiferentes à sua situação. Não vê, portanto, uma única possibilidade, não fica presa a um único estereótipo. Ao mesmo tempo admite ser condenada ou apoiada, diferentemente da Ent. B, que percebe os olhares alheios somente como uma forma de condenação.

Desde o evento, a Ent. B percebeu mudanças em seu humor, alimentação e sono, mudanças estas que lhe causam ansiedade. Além disso, pontuou as inquietações que a agressão lhe causou. Ao narrar as mudanças que observou em si mesma e na sua rotina, evidencia uma diminuição em sua qualidade de vida.

A Ent. C disse que sua alimentação melhorou. Sua mãe e seu namorado também ajudaram, pois começaram a controlar os horários e a qualidade de sua alimentação, evidenciando assim a importância do apoio da família nesta mudança, sentida como algo positivo.

Na leitura e verificação da entrevistada C não foram detectadas falas ou descrições com tom depressivo, o que está de acordo com o nível leve de depressão apresentado em seu Inventário de Depressão. Já a Ent. B apresentou um nível grave de depressão, com falas perpassadas por um tom e humor depressivos. A entrevistada queixou-se do vazio e da falta de sentido na vida desde o evento.

Para a Ent. B o sentimento de inferioridade está presente desde pequena, nunca se sentiu bonita. Nota-se que antes do estupro já era difícil valorizar-se. Ao responder se o estupro havia interferido na sua opinião sobre si mesma ou sobre o que achava do seu corpo, ela volta ao passado e demonstra que desde a infância já lidava com essa dificuldade, que talvez o episódio de estupro tenha potencializado.

A Ent. C respondeu de forma objetiva a estas perguntas, estabelecendo uma separação entre o evento e si mesma: o estupro não impactou sua autoimagem e sua relação com o próprio corpo; para ela, são eventos e situações distintas.

O medo é sentido como pânico pela Ent. B. Teme ter contraído alguma doença, e também teme ser abandonada em decorrência disso. Já a Ent. C discorre sobre o medo, mas ao fazê-lo ressalta uma diferença, pois atualmente os medos são menos intensos quando comparados aos primeiros dias.

Ser acolhida por quem primeiramente lhe prestou ajuda, estar na presença da mãe e receber a medicação foram aspectos muito importantes que contribuíram para o processo de recuperação da Ent. C e que ainda a estavam auxiliando na data da entrevista. A volta ao trabalho e a chance de sair com vida da situação também foram considerados aspectos positivos. Não foi possível observar comportamentos de resiliência nem estratégias de enfrentamento na entrevistada B.

A Ent. B considerava-se culpada. Durante a entrevista foi lembrado que ela havia sido forçada a seguir as ordens do autor, tendo ela refutado esta observação e por diversas vezes afirmado que se sentia responsável. Enfatiza que a culpa é sua e que merece então passar por tudo o que está passando e, principalmente, passar por tudo sozinha, pois não merece a ajuda de ninguém.

A Ent. C se sentia culpada, mas com a consciência de que tomou a atitude certa durante o evento. Poderia ter feito o trajeto de ônibus ou caminhado por outras ruas, mas – conforme afirmou – não sabia que isso iria acontecer. Pode-se perceber a diferença entre o sentimento de culpa sentido pela Ent. B e Ent. C, visto que a intensidade e autopunição da primeira participante divergem dos sentimentos da segunda.

Ao falar sobre sua vida sexual, a Ent. B sente vergonha do namorado, medo que ele a abandone ou que esteja no relacionamento por pena e não mais por amá-la, e está com dificuldade de voltar a se sentir uma mulher atraente. Ao ser

violentada sexualmente, sua identidade fica suja como o próprio ato do estupro, e certas características suas, como a autoestima e o medo de ser abandonada, podem ter sido afetadas pela experiência.

A Ent. C ainda não havia voltado a ter relações sexuais com o namorado. Disse que não estava pronta para isso e que iria esperar até se sentir à vontade. Esta decisão demonstra que a entrevistada tem respeito por si mesma, ao contrário da Ent. B que, por medo, forçou-se a voltar à atividade sexual, apesar de não sentir prazer. Outra preocupação pontuada pela Ent. C está relacionada aos exames médicos, pois queria ter certeza que não havia contraído nenhuma doença, para então voltar a uma vida sexual ativa.

Ambas as entrevistadas sentem raiva do agressor, porém, enquanto a primeira foca a raiva pensando sobre diferentes maneiras de matá-lo, a segunda percebe o impasse, tenta entender o que o levou a agir assim e percebe que esse sentimento a prende ao ato e ao agressor.

Segue abaixo um quadro comparativo entre as entrevistadas em relação as suas afirmações e posicionamentos.

Quadro 2: comparativo entre entrevistadas B e C

Entrevistada B	Entrevistada C
Re-vitimização – associações entre os dois episódios.	Não sofreu nenhum abuso sexual na infância e adolescência.
Autor conhecido, medo de retaliação e de ser agredida novamente.	Autor desconhecido. Foco no alívio de sair com vida da situação.
Falta de apoio familiar – solidão.	Apoio familiar – sentiu-se acolhida.
Sente-se culpada.	Crença que tomou atitudes assertivas em relação ao estupro.
Sente-se julgada ou responsabilizada pelos outros.	Pode ser vista de diferentes formas, tanto negativas como positivas.
Mudanças negativas na alimentação e sono. Humor deprimido.	Melhora da alimentação.
Baixa autoestima e sentimento de inferioridade.	Autoestima moderada. Diferenciação entre o evento e ela.
Retorno à vida sexual por medo de perder o namorado.	Respeito ao momento adequado para retomar sua vida sexual.
Ausência de estratégias de enfrentamento.	Estratégias de enfrentamento.

Fonte: elaborado pela autora

Concluindo, fica evidente que para a Ent. B todo o processo acarretou um peso e uma dor que se expressam por meio de forte carga emocional. Sua forma de viver a vida foi impactada de maneira negativa, seu humor apresentou características depressivas e sua autoestima, sua relação consigo mesma e com o próprio corpo estavam marcados por pensamentos e fantasias de culpa e de sentimentos negativos autodirecionados. A falta de apoio familiar e a crença de que deveria usar uma máscara lhe impuseram a obrigação de esconder seus sentimentos, ao invés de pedir ajuda.

Para a Ent. C, a vida e o evento adquiriram novos sentidos com o passar do tempo. Ela afirmou sentir-se diferente, já observando mudanças paulatinas em seu comportamento. A relação com a mãe e com o namorado foram expressas como fatores de proteção. A entrevistada conseguiu distanciar-se do ato e ver o evento como algo que lhe aconteceu sem mudar ou alterar sua identidade própria. Dessa forma, a relação consigo mesma, com o seu corpo e com o futuro permaneceram intactas, ou seja, não foram “sujas” pelo estupro.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Reações durante o estupro

Observamos que as reações das participantes da amostra durante o evento, como tentativas de negociação com o agressor e busca por uma chance de fuga, são descritas por Levine (1999) como uma possibilidade de constrição, que ocorre quando a atenção da vítima está inteiramente focada na situação e tenta buscar uma forma de resolvê-la.

Segundo esse autor, outra possível reação frente à ameaça seria a dissociação, descrita pelas participantes como uma desconexão, uma cisão entre a consciência e o corpo e o conseqüente não reconhecimento das sensações físicas.

Para um outro grupo de participantes, a reação ao evento assemelhou-se a um congelamento (LEVINE, 1999): ficaram paralisadas e sem qualquer reação, não lutaram ou fugiram – como se tivessem permanecido congeladas ao longo de todo o evento. Esta reação é também descrita por Kalsched (1996) como uma defesa da psique, uma espécie de tentativa de retirada do evento ameaçador a fim de não registrar a violência do ato de estupro

Reações após o evento

No que tange aos sentimentos pós-evento, as participantes reportaram diferentes reações e atitudes. Algumas retomaram o trajeto para o trabalho, outras foram para casa, ou pediram ajuda na rua, ou se dirigiram a hospitais ou delegacias, sozinhas ou acompanhadas. Uma parcela da amostra relatou que, nestes primeiros momentos que sucederam a violência, permaneceu em choque, digerindo a nova realidade de que tinha se tornado vítima de um estupro. Nos demais estudos selecionados, não foram detectados dados relativos às reações das vítimas momentos depois da violência sexual.

Como vimos, após o episódio de violência, algumas participantes se dirigiram a delegacias, hospitais e institutos médicos legais para a realização do boletim de ocorrência, o exame de corpo de delito e para receberem as primeiras medicações. Estas instituições receberam tanto elogios quanto reclamações de parte das entrevistadas.

Vale salientar que, ao serem acolhidas por tais órgãos, sentiram-se protegidas e aliviadas do estresse envolvido na situação. Contudo, ao receberem um tratamento inadequado, algumas entrevistadas sentiram-se novamente agredidas, constrangidas e envergonhadas, além de se verem culpabilizadas e julgadas por membros dessas instituições, como apontam Drezett *et al.* (2011). Miller (1999) lembra que as delegacias são possíveis órgãos nos quais podem ocorrer preconceito e culpabilização das vítimas.

Se, ao invés de se sentirem discriminadas e vistas com reservas e preconceito em ambientes como delegacias, hospitais, ambientes profissionais, familiares e sociais, as vítimas se sentissem amparadas, o sofrimento poderia ser então amenizado, especialmente em um momento no qual a vítima encontra-se fragilizada.

Apoio familiar e social

Em relação ao apoio social, ao serem acolhidas pela família, companheiros, colegas de trabalho e membros da sociedade em geral, a maioria das integrantes da amostra ressaltou a importância desse aspecto como um fator de proteção. O apoio social lhes proporcionou amparo, proteção e segurança, assim como um sentimento de não rejeição pelo que vivenciaram e que ajudou a suavizar o peso trazido pela situação.

Por outro lado, a falta de apoio acrescentou um peso negativo à experiência traumática vivenciada pelas participantes, seja por não terem recebido o suporte desejado ou esperado, seja por se sentirem condenadas e julgadas como responsáveis pela violência, ideia também exposta por Mattar (2007) e Schraiber *et al.* (2009), pois mulheres vítimas de violência sentem-se envergonhadas, humilhadas e culpadas. Para estas mulheres, o drama da violência que haviam sofrido não foi compreendido pelas pessoas próximas; pelo contrário, podem ter sido agredidas por acusações ou ausência de apoio.

Mudanças comportamentais

Decorridos o impacto inicial e a realização de medidas jurídicas e de profilaxia, pode-se constatar mudanças comportamentais, tais como alterações na qualidade do sono e pesadelos. Reações também encontradas por Paske (1982),

Levine (1999) e Sudário *et al.* (2005) que relataram pesadelos e dificuldades para conciliar o sono.

Algumas participantes mencionaram a vontade de mudarem de residência, além de terem adotado mudanças nos horários e nos trajetos percorridos habitualmente, dados também observado por Paske (1982) e Choudhary *et al.* (2008).

Após o episódio de violência não ocorreram alterações associadas a tabagismo, álcool, consumo de drogas e atividades físicas, contrariamente ao constatado pela pesquisa de Choudhary *et al.* (2008), que verificou que mulheres com histórico de violência sexual apresentaram maior incidência de mudanças comportamentais relacionadas ao tabagismo e ao consumo de bebida alcoólica ocasional.

Outro aspecto observado nas mulheres entrevistadas foi alterações no apetite. Em alguns casos, o aumento do apetite parece estar relacionado à exacerbação da ansiedade, enquanto a redução do apetite pode ser atribuída a sentimentos de tristeza ou aos efeitos colaterais da medicação profilática. Estes dados são confirmados nos estudos de Favarelli *et al.* (2004), Holzer *et al.* (2008) e Chen *et al.* (2010), que detectaram índices mais elevados de transtornos alimentares em vítimas de estupro. Na pesquisa de Berge *et al.* (2011), as vítimas entrevistadas disseram que os transtornos alimentares e a mudança na imagem corporal (emagrecer ou engordar muito) eram utilizados com o objetivo de evitar a repetição da violência sexual, por tornarem-nas menos atraentes.

No que diz respeito às mudanças de humor, algumas entrevistadas perceberam-se irritadiças, nervosas e impacientes depois do evento. Os sentimentos de raiva são direcionados a si mesmas (por se sentirem de certa forma responsáveis pelo ocorrido) e a outras pessoas do seu convívio. Levine (1999) expôs que ataques de raiva e mudanças de humor são alterações comportamentais possíveis para pessoas que passaram por uma experiência traumática.

Depressão

O processo de recuperação emocional também pode ser marcado por um humor deprimido, que pode ser compreendido, segundo Paske (1982), como raiva em relação ao evento projetada para si mesma. Como vimos, os índices de depressão encontrados nesta pesquisa evidenciam que 78,4% das entrevistadas

apresentaram níveis moderado e grave, resultado este compatível com o estudo de Favarelli *et al.* (2004), no qual 75% da amostra revelou índice elevado de depressão.

Essa depressão também aparece como falta de ânimo, falta de sentido na vida e de perspectiva de futuro, tendência ao isolamento, dificuldades para cumprirem a rotina diária e os cuidados consigo mesmas, desejo de “não fazer nada” e de permanecerem deitadas o dia todo.

Nas pesquisas brasileiras conduzidas por Rodrigues *et al.* (2006) e Machado *et al.* (2011), cerca de metade das amostras apresentou índices moderados ou graves de depressão, 50% e 43% respectivamente. Quando comparada aos dados presentes nestes dois estudos, a porcentagem de participantes com níveis moderado e grave de depressão na presente pesquisa (78,4%) foi superior aos resultados auferidos pelas anteriores. Os estudos de Acierno *et al.* (2002), Favarelli *et al.* (2004), Rizvi *et al.* (2008), Chen *et al.* (2010) e Zinzow *et al.* (2010) apontaram uma associação entre violência sexual e níveis elevados de depressão.

Não foram detectadas correlações significativamente expressivas entre níveis de depressão e dados sociodemográficos, características específicas do estupro e sentimentos de vergonha e culpa.

Autoestima

Em relação a autoestima, Early (1993) afirma que a percepção de si mesmo pode ser influenciada pela crença de terem se tornado “sujas, imundas, feias e nojentas”, o que pode levar a um abandono de si mesmas. Tal abandono pode ser percebido nos relatos associados à falta de cuidados consigo mesmas, como a falta de vontade de pensar ou investir no futuro, o abandono das medicações prescritas ou a não continuidade do tratamento médico ginecológico ou psicológico. Pode-se pensar que algumas participantes não foram capazes de estabelecer uma separação entre a “sujeira” do ato violento e sua própria identidade, passando a se sentirem sujas. Em alguns casos verificou-se um aumento na quantidade e na duração dos banhos diários.

Um número considerável de participantes perceberam-se com menos valia na data da entrevista. Durante a aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg, várias entrevistadas relataram que o seu nível de autoestima se alterou depois do estupro, ou seja, que estavam “se gostando menos”. Outras pontuaram que ainda gostavam de si mesmas, porém “de uma forma diferente”. A prevalência dos níveis

de autoestima moderada e nenhum caso de alto nível de autoestima podem indicar a dimensão do impacto de um estupro nessa variável. O sentimento de satisfação do indivíduo em relação a si próprio pode, portanto, ser afetado pela violência sofrida. Embora, seja importante ressaltar, que não se sabe o nível de autoestima antes da violência.

Estes dados também foram encontrados na pesquisa de Rodrigues *et al.* (2006), em que as participantes expressaram o desejo de se valorizarem mais. Na mesma direção, Perilloux *et al.* (2011) observaram que vítimas de estupro obtiveram índices de autoestima significativamente mais negativos do que mulheres vítimas de tentativa de estupro. As participantes do estudo de Berge *et al.* (2011) também afirmaram que a violência sexual resultou em uma diminuição do autoconceito sobre o próprio corpo.

Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre níveis de autoestima e dados sociodemográficos, características específicas do estupro e sentimentos de vergonha e culpa.

Early (1993) salientou que a falta de cuidados consigo e o possível desleixo pessoal podem ser uma tentativa de deixar de ser atraente sexualmente para os outros, como uma maneira de assegurar que um novo evento não ocorra, pois este medo é sentido pela maioria das entrevistadas.

Transtorno do Estresse Pós-Traumático e medo

O medo foi descrito por algumas participantes do presente estudo como uma sensação de pânico, ansiedade e angústia. Segundo Levine (1999), alguns sintomas do trauma podem ser expressados por meio de ataques de pânico e ansiedade. Em função do trauma, o sistema nervoso permanece hiperativado e as situações são sentidas como ameaças, independentemente de serem reais ou imaginárias.

Paske (1982) e Kalsched (1996) enfatizaram a característica ativa e preponderante do trauma, como se a situação traumática permanecesse viva dentro da vítima. Fleurkens *et al.* (2011) evidenciaram que mulheres vítimas de violência sexual diagnosticadas com TEPT permaneciam em estado de alerta. Desse modo, um simples barulho na rua, como observado por algumas participantes da pesquisa, pode ser suficiente para vivenciarem um medo intenso.

Paske (1982) acrescentou ainda o medo, também descrito pelas entrevistadas deste estudo, de engravidar ou de contrair alguma doença devido à violência sexual.

No estudo brasileiro conduzido por Sudário *et al.* (2005), o medo foi considerado como um dos sentimentos mais presentes nas vítimas de estupro. Os medos relatados com maior frequência pelos autores e também descritos pelas participantes desta pesquisa foram o de contrair o vírus HIV, reencontrar o agressor, sair ou ficar em casa sozinha e compartilhar o que aconteceu com familiares e parceiros.

O medo exagerado e constante pode estar relacionado com a sintomatologia do transtorno do estresse pós-traumático. Conforme nossa amostra, 89,2% das mulheres obtiveram escore acima de 50 pontos, indicativo de TEPT. A sintomatologia do transtorno – sintomas de revivência, comportamento/entorpecimento emocional e hiperexcitabilidade – também estava presente na amostra.

Os estudos de Favarelli *et al.* (2004) e de Zinzow *et al.* (2010) auferiram resultados similares no que diz respeito à presença do transtorno entre participantes vítimas de violência sexual. Enquanto a pesquisa de Favarelli *et al.* obteve um percentual de 95% de participantes com TEPT, Machado *et al.* (2011), em estudo brasileiro, observaram que, no primeiro mês após a violência sexual, 43% das mulheres apresentaram índices moderados e severos para TEPT.

Na presente pesquisa, certos sintomas do TEPT foram observados ao longo das entrevistas. Em relação à hiperexcitabilidade, as participantes afirmaram terem-se tornado mais atentas e responsivas a qualquer estímulo, por mínimo que seja. A revivência do evento pode ocorrer por pesadelos e por lembranças e pensamentos constantes relacionados ao episódio traumático. O entorpecimento emocional pode ser observado pelo isolamento social ou pela dificuldade de sentir ou expressar sentimentos amorosos para pessoas próximas.

Nas avaliações de sintomas do transtorno realizadas por Acierno *et al.* (2002) e Holzer *et al.* (2008), a violência sexual foi associada ao aumento das três categorias de sintomas do TEPT (revivências, comportamento evitativo/entorpecimento emocional e hiperexcitabilidade), corroborando os resultados da presente pesquisa, na qual a maioria das participantes, exceto uma, preencheram os pré-requisitos para os sintomas do transtorno.

No estudo de Rizvi *et al.* (2008), as vítimas de estupro apresentaram maiores índices de dissociação, menos respostas ativas e mais respostas de congelamento,

associados a índices severos do TEPT. O mesmo fenômeno pôde ser observado durante a entrevista feita com as participantes desta pesquisa. Algumas vítimas relataram ter sentido tanto medo que ficaram sem ação na hora do evento, permanecendo paradas, caladas, e reportando não terem sentido nada – como se estivessem em choque.

Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas em relação aos escores para TEPT e os dados sociodemográficos, características relativas ao estupro e sentimentos de vergonha e culpa. Em relação às correlações estatísticas entre as escalas, foi verificada uma relação positiva entre a presença do TEPT e os índices de depressão. Não foi observada correlação estatística significativa entre a presença ou ausência do TEPT e autoestima, e entre os níveis de autoestima e de depressão.

Estratégias de enfrentamento

Uma parcela da amostra pôde dar algum sentido ao ocorrido ou criar estratégias para lidar com as consequências da violência sexual. Para algumas, a recuperação do evento traumático seria possível por meio da “ajuda de Deus”, do retorno ao trabalho, de planos e perspectivas de futuro, de acompanhamento psicológico, tirando assim o foco dos pensamentos relativos ao estupro e à confirmação dos resultados negativos para DSTs e HIV/ Aids.

Apesar de muitas participantes terem apresentado níveis moderados de depressão e altos escores para TEPT, isso não as paralisou. Foram observadas tentativas de procura por soluções positivas que lhes trouxessem conforto e bem-estar.

Sentimentos de vergonha e culpa

Os tópicos *vergonha* e *culpa* foram espontaneamente discutidos pelas entrevistadas, sendo mencionados em seus relatos por diversas vezes. A vergonha – de si mesma e do próprio corpo – é pontuada por Early (1993) como um sentimento presente na dinâmica da violência sexual. Van Berlo & Ensink (2000) e Rizvi *et al.* (2008) centraram a atenção no sentimento de vergonha, presente entre as vítimas de violência sexual, e que pode ser autodirecionada.

Os achados dos estudos anteriores aqui citados são compatíveis com os dados obtidos na presente pesquisa. As participantes relataram que o evento em si

era extremamente constrangedor, além de sentirem vergonha por serem olhadas com dó ou pelo julgamento alheio.

Paske (1982) afirmou que vítimas de violência sexual podem se sentir responsáveis pela violência sofrida, assim como observado no discurso das participantes desta amostra. Aparentemente, o sentimento de culpa pode ou não estar relacionado ao julgamento de outras pessoas. Rizvi *et al.* (2008) apontaram para uma associação entre o sentimento de culpa e a crença de que a vítima não fez tudo o que poderia para evitar ou se proteger contra violência sexual sofrida.

Os sentimentos de vergonha e culpa não apresentaram correlações estatisticamente significativas quando associados aos níveis de autoestima e depressão e aos escores para TEPT.

Retomada da atividade sexual

Quanto à vida sexual, o estupro parece estar relacionado a possíveis transtornos sexuais e/ou consequências como dor ou diminuição do orgasmo, assim como observado por Drezett (2000) e Van Berlo & Ensink (2000). Algumas entrevistadas associaram relações sexuais posteriores ao evento com aspectos vivenciados durante o ato da violência sexual, como relatado por Paske (1982) e Rodrigues *et al.* (2006).

Perilloux *et al.* (2011) verificaram que, entre vítimas de estupro, a reputação moral, frequência e desejo de fazer sexo diminuiriam. Entretanto, o prazer em fazer sexo não obteve diferença significativa quando comparado ao grupo de vítimas de tentativa de estupro. Para Van Berlo & Ensink (2000) houve uma diminuição tanto no desejo quanto no prazer sexual. Os dados coletados na presente pesquisa corroboram os dois estudos citados, pois para algumas entrevistadas o prazer na relação sexual não sofreu alterações, enquanto para outras prazer e desejo tiveram uma redução de intensidade.

Fatores de proteção

Os seguintes comportamentos, circunstâncias e serviços ajudaram as vítimas de estupro a se sentirem acolhidas, protegidas e seguras, além de lhes proporcionar bem-estar, conforto e esperança em relação ao processo de recuperação: conscientização da assertividade de seus comportamentos durante o evento, bom atendimento dos órgãos e serviços médicos e legais, presença do apoio familiar e social, autopercepção de força e capacidade de enfrentar as novas situações por

meio de estratégias e comportamentos de resiliência além de fé nas crenças religiosas e a alegria da retomada da vida sexual com a mesma qualidade anterior ou fantasias positivas a respeito disso.

Fatores de risco

Autoculpabilização e recriminação em relação as atitudes tomadas durante o evento ocasionaram estresse e desconforto, podendo prejudicar o processo de recuperação das vítimas. Outros fatores de risco também foram observados, como: atendimento inadequado nas delegacias, institutos médicos legais e hospitais, ausência do apoio familiar e social e sofrimento familiar, julgamento e culpabilização social, mudanças comportamentais como diminuição da qualidade do sono, aumento de pesadelos, alterações negativas no apetite, pensamentos intrusivos, humor deprimido e isolamento social.

O medo constante, também sentido como ansiedade, angústia e até pânico podem ser interpretados como consequências negativas de um estupro. A presença do sentimento de vergonha e culpa, sentimento de menos valia em relação a si mesma e ao corpo, e uma atividade sexual ou fantasias negativas podem postergar e/ou diminuir a qualidade de vida destas mulheres, além de aumentar as chances e a permanência do transtorno do estresse pós-traumático e depressão.

Concluindo, em relação aos objetivos desta pesquisa, podemos observar que foi possível melhor compreender os efeitos emocionais que um episódio de estupro pode causar às suas vítimas. As escalas utilizadas indicaram que esta amostra apresentou escores para possível diagnóstico do transtorno do estresse pós-traumático e escore moderado para depressão e autoestima, enquanto as correlações analisadas não apresentaram índices estatisticamente significativos.

Um episódio de estupro pode impactar a vida das vítimas de diferentes maneiras e sob diversos ângulos. Aspectos emocionais e comportamentais podem sofrer alterações, como as observadas nesta pesquisa, especialmente no que se refere aos escores obtidos nas escalas de autoestima, no transtorno de estresse pós-traumático e no inventário de depressão, somados aos relatos, afirmações e descrições sobre a violência sexual e suas consequências, fornecidas pelas mulheres entrevistadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência sexual contra a mulher é um fenômeno social mundial, que ocorre nos âmbitos familiar e público, e que pode retratar as desigualdades das relações de gênero. Trata-se de uma questão de saúde e segurança pública, e deve ser trabalhada e discutida em ambas as esferas.

Ao ser denunciada, a violência contra a mulher passa a ser reconhecida tanto no setor privado quanto no público, possibilitando que medidas de proteção e combate possam ser elaboradas para prover segurança a essas mulheres, independente de sua faixa etária. O presente trabalho busca estimular a oferta de serviços médicos e legais às vítimas.

O estupro, como uma das formas de exposição da violência sexual, pode ser considerado como uma agressão física e moral que “invade” o corpo da vítima sem sua autorização, impondo-lhe marcas de vergonha e sujeira, além de possibilitar a ocorrência de um conjunto de consequências emocionais e físicas às vítimas. O levantamento bibliográfico que fundamentou este estudo baseou-se no conceito do trauma decorrente de uma violência sexual. Os artigos científicos contribuíram para visualizarmos a extensão das consequências já pesquisadas e observadas pela ciência. As fontes aqui consultadas ampliam e aprofundam o entendimento desse fenômeno, suas variáveis e possíveis efeitos.

Esta pesquisa quantiquantitativa objetivou compreender o impacto traumático que um episódio de estupro pode acarretar na vida de mulheres adultas, em relação a aspectos emocionais, transtorno do estresse pós-traumático e depressão.

Consideramos imprescindível que as mulheres vítimas de estupro recebam tratamento e atendimento médico adequados, além de um serviço acolhedor por parte das delegacias e do instituto médico legal. A atenção e recepção prestadas pelos profissionais dessas áreas podem ser de grande auxílio, garantindo que os momentos posteriores ao estupro sejam vivenciados com menos estresse, vergonha e culpa, com a minimização dos medos de contraírem alguma doença e gravidez, e o reconhecimento social da mulher como vítima e não como responsável pelo estupro sofrido.

O atendimento médico ginecológico e os exames clínicos podem proporcionar segurança e melhora no processo de recuperação emocional. O atendimento psicológico prioritário e sua manutenção também é de fundamental importância, pois nesse espaço terapêutico a vítima poderá elaborar o trauma vivido, refletir sobre seus sentimentos, opiniões, medos e mudanças ocasionadas devido ao estupro, criar meios e estratégias de ação perante novos desafios ou sentimentos e restabelecer sua qualidade de vida, emocional e física.

Propomos um acolhimento mais humanitário das vítimas por parte dos órgãos que ela venha a procurar após o evento, com atendimento psicológico prioritário e urgente, além de acompanhamento médico. O apoio deve ser estendido aos familiares, pois eles também são vítimas indiretas da agressão e podem ficar emocionalmente abalados.

Sugerimos também a confecção de uma cartilha a ser entregue à vítima pelo órgão onde for atendida (delegacia, hospital ou I.M.L), cartilha essa que contenha informações sobre as possíveis consequências do evento, tais como mudanças na qualidade do sono e na alimentação, medos, sintomas da depressão e do transtorno do estresse pós-traumático. Também pode conter informações sobre os fatores de proteção que auxiliam no processo de recuperação, diminuindo assim a os altos índices ou a permanência do transtorno de estresse pós-traumático e depressão. Dessa forma, a vítima poderá se sentir como integrante de um grupo e não como a única mulher a sofrer esse tipo de violência, dispondo assim de uma referência teórica para compreender as mudanças vivenciadas, referência esta que ela poderá consultar sempre que precisar.

O presente trabalho apresenta algumas limitações, como o fato de a amostra ser constituída por 37 mulheres predominantemente de classe social baixa, todas sob tratamento em hospital público. A investigação sobre as consequências emocionais de um estupro, assim como uma possível comparação entre grupos com e sem esse histórico, ou entre grupos em diferentes momentos posteriores ao evento, poderia ampliar o conhecimento a respeito das consequências emocionais vivenciadas pelas mulheres brasileiras em relação a esse tipo de violência. A divulgação do impacto sobre a sua qualidade de vida, além de fomentar a criação de campanhas para redução dos números desse tipo de violência e das consequências

negativas e duradouras desse evento na vidas dessas mulheres, pode ampliar o conhecimento da população sobre as medidas a serem tomadas após o evento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIERNO, R.; BRADY, K.; GRAY, M.; KILPATRICK, D.G.; RESNICK, H.; BEST, C.L. Psychopathology following interpersonal violence: a comparison of risk factors in older and younger adults. *Journal of Clinical Geropsychology*, v.14, n.4, 2001, p. 685-695.

AMORIN, S. A.; BILOTA, F.A. (Orgs.). *A psicologia junguiana entra no hospital: diálogos entre corpo e psique*. São Paulo: Vetor, 2012.

BANDEIRA, Lourdes Maria. Apresentação do Livro Bibliografia, estudos sobre violência sexual contra a mulher: 1984-2003. In: BRAGA, K. S.; NASCIMENTO, E. (Orgs.). *Bibliografia, estudos sobre violência sexual contra a mulher: 1984-2003*. 1. ed. Brasília: EDUnB, 2004, p. 7-10.

BERGE, J.M.; LOTH, K. HANSON, C.; CROLL-LAMPERT, J. NEUMARK-SZTAINER, D. Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. *Journal of Clinical Nursing*, v. 21, n. 9-10, May 2012. Bethesda/ US: PubMed, 2011. p.1355-1363.

BERGER, W.; MENDLOWICZ, M.V.; SOUZA, W.F.; FIGUEIRA, I. Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 26, n. 2, set. 2004 (data da aprovação), p.167-175.

BRASIL. BRASIL. Decreto-lei n. 2.848 de 07 de dezembro de 194. Código Penal Brasileiro. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em 12 de março de 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*. Norma Técnica. 3. ed. Brasília: MS, 2011.

CHEN, L.P.; MURAD, H.; PARAS, M.L.; COLBENSON, K.M.; SATTTLER, A.L.; GORANSON, E.N.; ELAMIN, M.B.; SEIME, R.J.; SHINOZAKI, G.; PROKOP, L.J. ZIRAKZADEH, A. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Foundation for Medical Education and Research*, v. 85, n. 7, July 2010, p.618-629.

CHOUDHARY, E.; COBEN, J.H.; BOSSARTE, R.M. Gender and time differences in the association between sexual violence victimization, health outcomes, and risk behaviors. *American Journal of Men's Health*. v. 2, n. 3, Sept. 2008, p. 254-9.

COOK, J.M.; STEPHANIE DINNEN, B.A.; O'DONNELL, C. Older women survivors of physical and sexual violence: a systematic review of the quantitative literature. *Journal of Women's Health*, v. 20, n. 7, 2011, p. 1075-1081.

CUNHA, J.A. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B.; FRANÇA-JUNIOR, I.; LUDERMIR, A.B.; PORTELLA, A.P.; DINIZ, C.S; COUTO, M.T.; VALENÇA, O. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Revista da Saúde Pública*, v. 43, n. 2, 2009, p.299-310.

DARVEZ-BORNOZ, J.M; ALONSO, J.; GIRALMO, G.; GRAAF, R.; HARO, J.M.; KOVESH-MASFETY, V.; LEPINE, J.P.; NACHBAUR, G.; NEGRE-PAGES, L.; VILAGUT, G.; GASQUET, I. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*, v. 21, n. 5, 2008, p.455-462.

DINI, G.M.; QUARESMA, M.R.; FERREIRA, L.M. Adaptação Cultural e Validação da Versão Brasileira da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*, n.19, 2004, p.41-52.

DINIZ, D. Fórum Violência Sexual e Saúde. Posfácio. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 2, 2007, p. 477-478.

DREZETT, J. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, n. 22, 2000.

DREZETT, J.; JUNQUEIRA, L. TARDELLI, R.; ANTONIO, I.P.; JR., H.M.; VERTAMATTI, M.A.F.; ABREU, L.C. Influência do exame médico-legal na responsabilização do autor da violência sexual contra adolescentes. *Revisão Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, v. 21, n. 1, 2011, p. 189-197.

DREZETT, J.; JUNQUEIRA, L.; ANTONIO I.P.; CAMPOS, F.; LEAL, M.C.P.; IANNETTA, R. Contribuição ao estudo do abuso sexual contra a adolescente: uma perspectiva de saúde sexual e reprodutiva e de violação de direitos humanos. *Adolescência e Saúde*, v. 1, n. 4, 2004, p. 31-39.

EARLY, E. *The Raven's Return: the influence of psychological trauma on individuals and culture*. Wilmette, Illinois: Chiron Publications, 1993.

FARAVELLI, C.; GIUGNI, A.; SALVATORI, S.; RICCA, V. Psychopathology after rape. *American Journal of Psychiatry*, v. 161, n. 8, Aug. 2004, p.161-8.

FERREIRA, L.F.; SANTOS, L.M.O.; MAIA, E.M.C. Resiliência em idosos atendidos na rede de atenção básica de saúde em município do nordeste brasileiro. *Revista Escola de Enfermagem – USP*, v. 46, n. 2, 2012, p. 328-334.

FISCHER, S.; STOJEK, M.; HARTZELL, E. Effects of multiple forms of childhood abuse and adult sexual assault on current eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, v. 11, n. 3, 2010, p. 190-192.

FLEURKENS, P.; RINCK, M.; MINNEN, A.V. Specificity and generalization of attentional bias in sexual trauma victims suffering from posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, v. 25, n. 6, 2011, p.783-787.

HABIGZANG, L.F.; STROEHER, F.H.; HATZENBERGER, R.; CUNHA, R.C.; RAMOS, M.S.; KOLLER, S.H. Cognitive behavioral group therapy for sexually abused girls. *Rev. Saúde Pública*, v. 43, n. 1, 2009, p. 2-9.

HOLZER, S.H.; UPPALA, S.; WONDERLICH, S.A.; CROSBY, R.D.; SIMONICH, H. Mediation significance of PTSD in the relationship of sexual trauma and eating disorders. *Child Abuse & Neglect*, v. 32, n.5, May 2008, p. 561-566.

JONAS, S.; BEBBINGTON, P.; MCMANUS, S.; MELTZER, H.; JENKINS, R.; KUIPERS, E.; COOPER, C.; KING, M.; BRUGHA, T. Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Psychological Medicine*, v. 41, n. 4, 2011, p.709-719.

JORGE, MIGUEL R. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Tradução Dayse Batista. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

KALSCHED, Donald. *The Inner World of Trauma: Archetypal Defences of the Personal Spirit*. London/ New York: Routledge, 1996.

KILPATRICK, D.G.; RUGGIERO, K.J.; ACIERNO, R.; SAUNDERS, B.E.; RESNICK, H.S.; BEST, C.L. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the national survey of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 71, n. 4, 2003, p. 692-700.

LEVINE, P.A. *O Despertar do Tigre: curando o trauma*. 4. ed. São Paulo: Summus Editorial, 1999.

MACHADO, C.L.; AZEVEDO, R.C.S.; FACURI, C.O.; VIEIRA, M.J.N.; FERNANDES, A.M.S. Posttraumatic stress disorder, depression, and hopelessness in women who are victims of sexual violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 113, n. 1, Apr. 2011, p. 58-62.

MAPA DA VIOLÊNCIA (site). Disponível em:
<http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf>. Acesso em 17 de março de 2013.

MATTAR, R.; ABRAHÃO, A.R.; NETO, J.A.; COLAS, O.R.; SCHROEDER, I.; MACHADO, S.J.R.; MANCINI, S.; VIEIRA, B.A.; BERTOLANI, G.B.M. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 2, 2007, p. 459-464.

MILLER, Mary Susan. *Feridas Invisíveis: abuso não-físico contra mulheres*. Tradução Denise Maria Bolanho. 2. ed. São Paulo: Summus, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*. Norma técnica. 2. ed. atual e ampliada. Brasília: MS, 2005.

MORAES, C.L.; CABRAL, C. S.; HEILBORN, M.L. Magnitude e caracterização de situações de coerção sexual vivenciadas por jovens de três grandes capitais brasileiras: Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 7, 2006, p. 1493-1504.

NAJDOWSKI, C.J.; ULLMAN, S.E. Prospective effects of sexual victimization on PTSD and problem drinking. *Addictive Behaviors*, v. 34, n. 11, Nov. 2009, p. 965-968.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE B. *Definição sobre violência contra a mulher*. Disponível em <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/>>. Acesso em: 6 jan. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE C. *Definição sobre violência sexual*. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>>. Acesso em: 6 jan. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. A. *Definição sobre violência*. Disponível em <<http://www.who.int/topics/violence/en/>>. Acesso em: 6 jan. 2012.

PASKE, Bradley A.T. *Rape and Ritual: A psychological Study*. Inner City Books, 1982.

PERILLOUX, C.; DUNTLEY, J.D.; BUSS, D.A. The Costs of Rape. *Arch Sex Behav*, v. 41, n. 5, 2012, p. 1099-1106.

RIZVI, S.L.; KAYSEN, D.; GUTNER, C.A.; GRIFFIN, M.G.; RESICK, P.A. Beyond fear: the role of peritraumatic responses in posttraumatic stress and depressive symptoms among female crime victims. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 23, n. 6, 2008, p. 853-868.

RODRIGUES, J.L.; BRINO, R.F.; WILLIAMS, L.C.A. Concepções de sexualidade entre adolescentes com e sem histórico de violência sexual. *Paidéia*, v. 16, n. 34, 2006, p. 229-240.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Segurança Pública do Estado de São Paulo. *Dados estatísticos da violência por trimestre*. Disponível em <<http://www.ssp.sp.gov.br/estatistica/trimestrais.aspx#>>. Acesso em: 12 fev. 2012.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Segurança Pública do Estado de São Paulo.. *Dados estatísticos sobre a violência sexual contra a mulher*. Disponível em <<http://www.ssp.sp.gov.br/estatistica/ViolenciaMulher.aspx>>. Acesso em: 13 fev. 2012.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. Violência e saúde: contribuições teóricas e metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad. de Saúde Pública*, v. 25, n. 2, 2009, p. 205-216.

SOARES, B.M. *Mulheres Invisíveis: violência conjugal e novas políticas de segurança*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

SOUZA, C.D.M.; ADESSE, L. *Violência Sexual no Brasil: perspectiva e desafios*, 2005. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 188p.

SUDÁRIO, S.; ALMEIDA, P.C.; JORGE, M.S.B. Mulheres vítimas de estupro: contexto e enfrentamento dessa realidade. *Revista Psicologia Social*, v. 17, n. 3, 2005, p. 80-86.

VAN BERLO, W.; ENSINK, B. Problems with sexuality after sexual assault. *Annual Review of Sex Research*, v. 11, 2000, p. 235-257.

VILLELA, W.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 2, 2007, p. 471-475.

ZINZOW, H.M.; RESNICK, H.S; MCCAULEY, J.L.; AMSTADTER, A.B.; RUGGIERO, K.J.; KILPATRICK, D.G. The role of rape tactics in risk for posttraumatic stress disorder and major depression: results from a national sample college. *Depression and Anxiety*, v. 27, n. 8, Aug. 2010, p. 708–715.

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Roteiro de Entrevista Semiaberta

A) Dados demográficos:

- 1) Iniciais: _____.
- 2) Número do caso: _____.
- 3) Idade: _____.
- 4) Qual a sua profissão: _____.
- 5) Qual a sua ocupação: Formal () Informal ()
- 6) Qual a sua escolaridade: _____.
- 7) Qual a sua cor/etnia: _____.
- 8) Qual o seu estado civil:
- () Solteira
- () União estável/ Mora com companheiro () Divorciada/ separada
- () Casada () Viúva
- 9) Você tem filhos? Não () Sim (). Quantos? _____
- 10) Qual sua religião: _____ Praticante: Sim () – Não ()
- 11) Renda Familiar Mensal:
- () até R\$ 620,00 () de R\$ 621,00 a R\$ 1.240,00
- () de R\$ 1.241,00 a R\$2.480,00 () de R\$ 2.481,00 a R\$ 6.200,00
- () de R\$ 6.201,00 a R\$ 12.399,00 () acima de R\$ 12.400,00

B) Dados de Inclusão na Pesquisa:

- 12) Há quantos dias foi o abuso sexual: _____.
- Data do abuso sexual: ____/____/____.
- 13) Dados sobre o abuso (como foi, quantos agressores, forma de ameaça):
- Autor e quantidade: _____
- Tipo da violência sexual: _____
- Uso de arma branca ou de fogo: _____
- Ameaça de morte: _____
- Ameaça de retaliação: _____

Apanhou: _____

Negociação: _____

14) Você já teve algum diagnóstico psiquiátrico?

Sim () – qual: _____.

Não ()

15) Antes do abuso sexual você fazia uso de alguma medicação psiquiátrica?

Sim () – qual?

Não ()

16) Você já tinha passado por uma situação parecida como esta antes em sua vida (você já tinha sido forçada a isso) na infância ou adolescência?

Não ()

Sim () – Quando? Quem? Como foi?

17) Você notou alguma mudança no uso de alguma medicação depois do abuso sexual?

() Não se aplica

() Aumentou

() Diminuiu

() Continua igual

() Outro: _____

18) Você fazia algum acompanhamento/tratamento psicológico antes do abuso?

Sim () – onde e há quanto tempo: _____.

Não ()

19) Você está fazendo algum acompanhamento/tratamento psicológico?

Sim () – onde e há quanto tempo: _____.

Não ()

H.P.B. marcado para ____/____/____.

C) Dados com relação ao estupro:

20) Você fez Boletim de Ocorrência?

Sim () Dia _____. Não ()

21) Se sim, como você se sentiu com o atendimento recebido na Polícia?

22) Você fez Exame de Corpo Delito no Instituto Médico Legal (IML)?

Sim () Dia _____. Não ()

23) Se sim, como você se sentiu com o atendimento recebido no Instituto Médico Legal)?

D) Apoio Social – Ajuda:

24) Você compartilhou/contou o ocorrido para alguém de sua confiança?

Sim () Não ()

25) Se não contou: por qual motivo não compartilhou/contou?

26) **A)** Sim, contou para quem? _____.

27) Se sim, para você a reação desta pessoa foi:

() Positiva () Negativa

() Indiferente

() Outro: _____

28) Se sim, a reação desta pessoa lhe fez:

() Bem () Mal

() Indiferente

() Outro: _____

29) Como você se sentiu depois de ter contado o que lhe aconteceu para esta pessoa?

B) Sim, contou: para quem? _____

27) Se sim, para você a reação desta pessoa foi:

- () Positiva () Negativa
 () Indiferente
 () Outro

28) Se sim, a reação desta pessoa lhe fez:

- () Bem () Mal
 () Indiferente
 () Outro

29) Como você se sentiu depois de ter contado o que lhe aconteceu para esta pessoa?

C) Sim, contou: para quem? _____.

27) Se sim, para você a reação desta pessoa foi:

- () Positiva () Negativa
 () Indiferente
 () Outro

28) Se sim, a reação desta pessoa te fez:

- () Bem () Mal
 () Indiferente
 () Outro

29) Como você se sentiu depois de ter contado o que lhe aconteceu para esta pessoa?

30) O que você acha que as pessoas pensariam sobre você se soubessem o que lhe aconteceu?

E - Após o estupro

31) Foi necessário que você se afastasse do trabalho, da escola ou de outros compromissos devido ao abuso sexual? Sim () – Não ()

32) Se sim, por quantos dias? _____

33) Se sim, por qual motivo? _____

34) Você percebeu alguma mudança em seu comportamento depois do abuso – algo que você não fazia e que começou a fazer, ou o contrário?

Não ()

Sim () – qual? O quê? _____

35) Para você, houve alguma mudança em sua alimentação depois do abuso?

() Aumentou

() Diminuiu

() Começou a forçar o vômito de propósito

() Começou a não comer de propósito

() Continua igual

() Sem apetite

() Outro _____.

36) Houve alguma mudança no seu ânimo, na sua vontade de viver depois do abuso sexual?

() Aumentou

() Diminuiu

() Continua igual

() Outro: _____

37) Houve alguma mudança no uso de bebidas alcoólicas depois do abuso sexual?

() Aumentou

() Diminuiu

() Continua igual

() Começou a beber

() Continua não bebendo

() Outro

44) Você percebeu mudanças no seu relacionamento com as pessoas de seu trabalho/escola?

Não ()

Sim () – quais mudanças e por qual motivo?

45) Sua opinião sobre si mesma mudou depois do abuso:

Não ()

Sim () – Como? De que forma? O que mudou?

46) Sua opinião sobre seu corpo mudou depois do abuso?

Não ()

Sim () – Como? De que forma? O que mudou?

47) Desde que o abuso sexual ocorreu, você tem medo de algum tipo de consequência?

Se sim, você tem medo de:

48) Contrair uma DST:

Não () – Sim (): espontânea () – estimulada ()

49) Engravidar:

Não () – Sim (): espontânea () – estimulada ()

50) Contrair HIV:

Não () – Sim (): espontânea () – estimulada ()

51) Da reação do parceiro:

Não () – Sim (): espontânea () – estimulada ()

52) Da reação da família:

Não () – Sim (): espontânea () – estimulada ()

53) Da reação da sociedade:

Não () – Sim (): espontânea () – estimulada ()

54) Entrar em contato com o agressor novamente:

Não () – Sim (): espontânea () – estimulada ()

55) Da impunidade:

Não () – Sim (): espontânea () – estimulada ()

56) Que as pessoas não acreditem em você:

Não () – Sim (): espontânea () – estimulada ()

57) Que aconteça novamente:

Não () – Sim (): espontânea () – estimulada ()

58) Que aconteça com pessoas próximas a você:

Não () – Sim (): espontânea () – estimulada ()

59) Desenvolver uma doença psiquiátrica:

Não () – Sim (): espontânea () – estimulada ()

60) Não se recuperar:

Não () – Sim (): espontânea () – estimulada ()

61) Ficar sozinha:

Não () – Sim (): espontânea () – estimulada ()

62) Outros medos: _____

63) O que aconteceu mudou seus planos para o futuro?

Não ()

Sim () – Como? De que forma?

64) Você sente vergonha do que lhe aconteceu?

Não ()

Sim () – de quê?

65) Você se sente culpada?

Não ()

Sim () – de quê?

66) Você gostaria de ter feito algo diferente com relação ao abuso que sofreu?

Não ()

Sim () – o quê?

67) Você gostaria de contar alguma coisa sobre o que lhe aconteceu?

68) Você gostaria de contar alguma coisa sobre o agressor?

69) O que você sente em relação ao agressor?

Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, de 10 de outubro de 1996)

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PARTICIPANTE DA PESQUISA

Nome da Participante: _____

Documento de identidade n°: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ n°: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ - _____ Telefones: () _____

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

Título do protocolo de pesquisa: A dinâmica psíquica de mulheres que sofreram um episódio de estupro

Pesquisadora: Flávia Bello Costa de Souza

Profissão: Psicóloga

Inscrição no Conselho Regional n°: 06/106819

Orientadora de pesquisa: Denise Gimenez Ramos

Profissão: Psicóloga

Inscrição no Conselho Regional n°: 0446/06

Avaliação de Risco da Pesquisa:

() SEM RISCO (X) BAIXO RISCO () MÉDIO RISCO

III – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DA PESQUISADORA À PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que tem como título: **A dinâmica psíquica de mulheres que sofreram um episódio de estupro.**

Esta pesquisa está sendo realizada para investigar, junto a mulheres vítimas de violência sexual, a dinâmica psíquica após um episódio de violência sexual (estupro).

Por dinâmica psíquica objetiva-se investigar e compreender a dinâmica da violência sexual nos seguintes aspectos:

- os efeitos produzidos pelo estupro nos aspectos emocionais da vítima;

- os efeitos produzidos pelo estupro na relação subjetiva da vítima com seu próprio corpo;
- investigar os efeitos do apoio social na elaboração do trauma, ou seja, como a vítima de estupro convive com o evento vivenciado;
- a presença, ou não, do Transtorno do Estresse Pós-Traumático;
- a presença, ou não, de depressão;
- o retorno e a qualidade de sua vida sexual: o momento e o retorno a uma vida sexual e a qualidade desse retorno ao longo de seis meses;
- o efeito do tempo nos possíveis sintomas apresentados após seis meses da primeira entrevista.

Por meio da compreensão dos fatores acima descritos, pode-se aprimorar o conhecimento dos efeitos da violência sexual nos aspectos psicossociais das mulheres vítimas desse tipo de agressão. Objetiva-se, assim, aprofundar o entendimento sobre os efeitos produzidos pela violência no psiquismo, no corpo e na sexualidade de mulheres vítimas de violência sexual.

Os resultados auferidos poderão contribuir para o aprimoramento de políticas públicas e para o desenvolvimento de outros estudos pelos pesquisadores envolvidos com o atendimento ofertado a mulheres vítimas de violência sexual.

Além disso, poderá também ser idealizada a promoção de campanhas informativas e de redução de comportamentos de risco mais adequadas a essa população, assim como campanhas e treinamento especializado voltado para os profissionais que trabalham com esse tema.

Para a coleta de dados serão utilizados cinco instrumentos:

- Entrevista com roteiro semiaberto
- *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C)*
- Inventário de Depressão de Beck
- Escala de Autoestima de Rosenberg

Tanto o *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C)*, como o Inventário de Depressão de Beck e a Escala de Autoestima de Rosenberg são instrumentos aprovados e reconhecidos pela comunidade científica.

Por meio do estudo das respostas, juntamente com as de outras participantes, será possível compreender a dinâmica psíquica vivenciada por uma mulher vítima de violência sexual; observar a presença ou não do transtorno do estresse pós-traumático e de depressão; e entender a relação entre estes índices e os efeitos emocionais que podem surgir de uma violência sexual.

Os resultados da pesquisa serão utilizados para a defesa da dissertação de mestrado da pesquisadora e para futura publicação de artigo científico sobre o tema pesquisado. O nome da participante não será divulgado em hipótese alguma.

IV – ESCLARECIMENTOS DA PESQUISADORA SOBRE AS GARANTIAS DA PARTICIPANTE DA PESQUISA

A participante poderá ter acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.

A participante terá liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem nenhum ônus para si mesma ou para o seu tratamento e acompanhamento no Hospital Pérola Byington.

É garantida a confidencialidade, o sigilo e a privacidade das pacientes. Além disso, a participante tem a opção de responder somente às perguntas que desejar, sem incorrer em qualquer ônus.

Com a autorização do Serviço de Psicologia do Hospital Pérola Byington, após o término de cada entrevista será realizado um breve atendimento de psicologia que visa acolher a demanda da participante, promover um fechamento sobre os tópicos discutidos durante a entrevista e salientar a importância da participação no acompanhamento psicológico ofertado pelo hospital (o qual já estará agendado).

Após a entrevista, será encaminhado ao serviço de Psicologia do Hospital Pérola Byington um pequeno resumo do atendimento de psicologia realizado no final da entrevista. Este resumo objetiva informar ao profissional de psicologia o que foi feito e oferecido à participante até aquele momento.

Caso a participante se sinta incomodada durante a entrevista, a pesquisadora a encerrará em definitivo, dando início ao atendimento breve de psicologia. Para esta atividade não há limite de tempo, devendo o atendimento ser realizado até o seu final, isto é, até a participante evidenciar sinais de melhora. Também deverá ser encaminhada ao Serviço de Psicologia uma recomendação para que, na medida do possível, o início dos atendimentos a essas participantes seja antecipado.

V – INFORMAÇÕES DE NOME, ENDEREÇO E TELEFONE DA RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO, CASO NECESSÁRIO

Pesquisadora: Flávia Bello Costa de Souza

Endereço: Avenida 9 de Julho, 3229 – sala 605, Jardim Paulista. Cep: 01.424-001. São Paulo – SP.

Telefones: (11) 96630-4472

VI – OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Os resultados desta pesquisa estarão disponíveis, a qualquer momento, bastando para tanto contatar a pesquisadora e agendar data e horário para uma entrevista devolutiva.

VII – CONSENTIMENTO

Eu, _____, declaro estar ciente do que foi explicado e consinto participar da presente pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Assinatura da Participante

Assinatura da Pesquisadora

Anexo C - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Um estudo sobre mulheres que sofreram de um episódio de estupro.

Pesquisador: Flávia Bello Costa de Souza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05072612.1.0000.5482

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUC/SP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 155.025

Data da Relatoria: 26/11/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de protocolo de pesquisa para elaboração de dissertação de mestrado do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica, vinculado a Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde (FACHS) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP. Proposta de autoria de Flávia Bello Costa de Souza, sob a orientação da Profa. Dra. Denise Gimenez Ramos.

Esta proposta de estudo prevê compreender os pormenores da dinâmica psíquica enfrentada pela vítima de um estupro, se há e como se dá a interferência do Transtorno do Estresse Pós-Traumática (TEPT) e depressão, além de ampliar a compreensão sobre um episódio de estupro, inter-relacionando suas conseqüências e poder analisar globalmente como é vivido e experienciado este evento traumático por mulheres em idade reprodutiva, de 20 à 35 anos.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a dinâmica psíquica de mulheres que sofreram um episódio de estupro na vida adulta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente pesquisa envolve riscos de ordem psicológica, uma vez que suscitara sentimentos traumáticos, portanto, recomendamos que a pesquisadora tome todo o cuidado possível no tratar desta temática, além de fazer menção e referência por escrito deste fato no TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, informando os procedimentos adotados e garantindo total assistência, caso alguma participante venha ter algum distúrbio ao rememorar seus traumas.

Quanto aos benefícios, percebe-se que proposta é de relevância social, e ainda, prevê benefícios

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C

Bairro: Perdizes

CEP: 05.015-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3670-8466

Fax: (11)3670-8466

E-mail: cometica@pucsp.br



diretos as participantes, ao trazer para o presente memórias traumáticas, mesmo que recentes, para trabalhá-las no sentido de auxiliar as participantes a superar o fato.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A exposição do Projeto é clara, objetiva, concisa e bem fundamentada. Evidencia, ainda, metodologia adequada aos objetivos propostos, na base da qual será possível retirar conclusões consistentes e, portanto, válidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram todos apresentados, preenchidos, assinados, datados e postados na Plataforma Brasil, conforme orienta o Regimento Interno do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - CEP-PUC/SP.

O TCLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado pela pesquisadora atende a contento o que dispõe a Res. CNS/MS nº 196/96, exceto no que dispõe a recomendação apontada no item "Avaliação dos Riscos e Benefícios" permitindo ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

Recomendações:

1. Integrar ao texto do Modelo de TCLE informação acerca de como se dará a assistência nos casos em que as entrevistas causarem desconfortos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A recomendação acima expressa, enviada igualmente no parecer número 138.821 de 05 de novembro p.p., foi plenamente atendida pela autora da pesquisa. Assim, este relator considera a proposta passível de aprovação pelo CEP-PUC/SP.

Situação do Parecer:

Aprovado

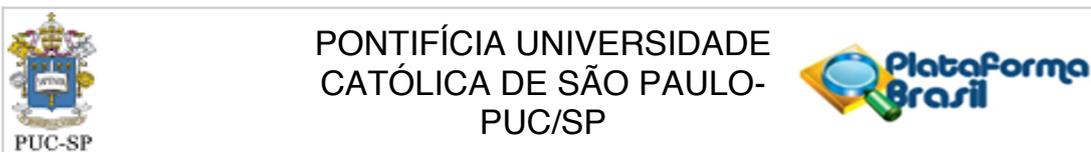
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP-PUC/SP em Reunião Ordinária desta segunda-feira, dia 26 de novembro, DEFERE o parecer oferecido pelo relator deste protocolo de pesquisa.

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C
Bairro: Perdizes **CEP:** 05.015-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3670-8466 **Fax:** (11)3670-8466 **E-mail:** cometica@pucsp.br



SAO PAULO, 27 de Novembro de 2012

Assinador por:
Edgard de Assis Carvalho
(Coordenador)