



Reprodução & Climatério

<http://www.sbrh.org.br/revista>



Artigo de revisão

Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual[☆]

Flavia Bello Costa de Souza^{a,c,*}, Jefferson Drezett^{b,c}, Alcina de Cássia Meirelles^c e Denise Gimenez Ramos^a

^a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), São Paulo, SP, Brasil

^b Laboratório de Escrita Científica e Delineamento de Estudos da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil

^c Núcleo de Violência Sexual e Aborto Legal do Hospital Pérola Byington, São Paulo, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 12 de fevereiro de 2013

Aceito em 1 de março de 2013

On-line em 20 de julho de 2013

Palavras-chave:

Violência sexual

Transtorno de estresse

pós-traumático

Transtorno depressivo

R E S U M O

A violência sexual contra a mulher é um problema de saúde pública que pode acarretar consequências médicas, psicológicas e sociais. As vítimas podem sofrer de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, ansiedade, transtornos alimentares, distúrbios sexuais e do humor. Outras consequências podem ser maior uso ou abuso de álcool e drogas, problemas de saúde, redução da qualidade de vida, comprometimento da satisfação com a vida, com o corpo, com a atividade sexual e com relacionamentos interpessoais. Existe significativa associação entre violência sexual e sintomas de dissociação, congelamento e hipervigilância. A relação com a própria imagem, a autoestima e as relações afetivas também são afetadas negativamente, o que limita a qualidade de vida. Esses sintomas podem ser duradouros e estender-se por muitos anos na vida dessas mulheres.

© 2012 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Publicado por Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Psychological aspects of women who suffer sexual violence

A B S T R A C T

Sexual violence against women is a public health problem that can result in medical, psychological and social consequences. Victims may suffer from post traumatic Stress Disorder (PTSD), depression, anxiety, eating disorders, sexual disorders and mood. Other consequences may be greater use or abuse of alcohol and drugs, health problems, reduced quality of life, satisfaction with life's commitment, with the body, with sexual activity and interpersonal relationships. There is a significant association between sexual violence and symptoms of dissociation, freezing, and hypervigilance. The relationship with the self-image, self-esteem

Keywords:

Sexual violence

Post-traumatic stress disorders

Depressive disorder

[☆] Trabalho feito no Núcleo de Programas Especiais do Hospital Pérola Byington, São Paulo, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: flabello@hotmail.com (F.B.C.d. Souza).

and emotional relationships are also negatively affected, limiting the quality of life. These symptoms can be long lasting, extending for many years in the lives of these women.

© 2012 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Published by Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (2002)¹ considera violência contra a mulher qualquer ato que cause ou tenha alta probabilidade de causar dano físico, sexual, mental ou sofrimento, incluindo as ameaças desses atos, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, independentemente de se ocorrida na vida pública ou privada.¹ A violência sexual se caracteriza por qualquer contato sexual não consentido, tentado ou consumado ou qualquer ato contra a sexualidade de uma pessoa com o uso de coerção, perpetrado por qualquer pessoa em qualquer ambiente. Inclui o estupro mediante intimidação por força física ou não, para fins de penetração da vagina ou do ânus com o pênis, outra parte corporal ou objeto.²

O Ministério da Saúde (2011)³ reconhece a violência sexual como questão de saúde pública e aponta 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.³

Contudo, a violência contra a mulher não se limita à esfera privada ou familiar e mostra características de um problema social. De acordo com Villela e Lago (2007),⁴ é necessário enfrentar essa problemática nos âmbitos públicos da segurança, do direito e da saúde, pois a violência sexual provoca uma gama variada de consequências nas suas vítimas.⁴ Para Diniz (2007),⁵ a violência contra a mulher é o retrato da desigualdade de gênero existente no país, que determina papéis, posições e deveres diferentes do feminino e do masculino.⁵

Para Soares (1999),⁶ é a partir da denúncia que surge a possibilidade de reconhecimento da violência que ocorre no espaço privado. A partir daí, esse problema pode ser integrado a políticas públicas, com discussões e busca por definições, soluções, ações, tratamentos e criminalização dessa forma de violência. A denúncia da violência proporciona o reconhecimento de quem a sofre e reduz sua invisibilidade.⁶ No entanto, Drezett *et al.* (2011)⁷ advertem que temores em geral, receio do exame pericial, medo de ser desacreditada e sentimento de humilhação são fatores que podem dificultar a revelação da violência sexual.⁷

Souza e Adesse (2005)⁸ ressaltam a dificuldade de se obterem números precisos sobre a violência sexual no Brasil.⁸ D'Oliveira *et al.* (2009)⁹ encontraram prevalência de violência física e/ou sexual cometida pelo parceiro íntimo ao longo da vida de 28,9% das mulheres de São Paulo e 36,9% das residentes na Zona da Mata pernambucana.⁹ Segundo Drezett *et al.* (2011),⁷ as evidências indicam que a violência sexual contra a mulher tende a ocorrer no espaço privado e doméstico, principalmente sob ameaça psicológica.⁷

Em vista disso, nos estudos sobre violência sexual de homens contra mulheres é necessário considerar a posição

que é dada a elas ao longo da história e buscar compreender a dinâmica psíquica que o estupro envolve, assim como suas marcas e consequências psicológicas.

No Brasil, o Ministério da Saúde (2011)³ delinea os impactos que a violência sexual acarreta para as vítimas. Entre as principais consequências estão lesões físicas, gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis e o impacto psicológico. Também são citados os danos à saúde mental, como ansiedade, depressão e suicídio.³ Mattar *et al.* (2007)¹⁰ acrescentam outros aspectos, como sentimentos de medo da morte, sensação de solidão, vergonha e culpa.¹⁰ Na mesma direção, Drezett (2000)¹¹ relata que podem ocorrer transtornos da sexualidade, incluindo vaginismo, dispareunia, diminuição da lubrificação vaginal e perda do orgasmo, que podem evoluir para a completa aversão ao sexo.¹¹

A violência sexual pode gerar outras consequências, conforme ressaltado por Mattar *et al.* (2007),¹⁰ como problemas familiares e sociais, abandono dos estudos, perda do emprego, separação conjugal, abandono da casa e prostituição, como parte dos problemas psicossociais relacionados a essa dinâmica.¹⁰

A dinâmica traumática da violência sexual

A situação de violência sexual pode envolver agressão, ameaças, intimidação psicológica, ferimentos e invasão do corpo e acarretar provável trauma psicológico.¹²

Soares (1999)⁶ afirma que o discurso sobre violência doméstica no Brasil ainda está calcado no silêncio. A compreensão sobre o lugar que a vítima ocupa dentro de seu próprio imaginário, sua autoimagem, o que pensa e considera de si própria, o quanto acredita que vale e merece receber da vida e suas crenças em relação à própria capacidade são alguns dos aspectos que podem ser afetados por essa experiência.⁶

Segundo Early (1993),¹³ a violência do abuso sexual pode levar à delimitação confusa das próprias barreiras e dos próprios limites, estigmatização, vergonha, traição, dissociação e repetição.¹³

O mesmo autor (1993)¹³ resalta que a invisibilidade é o desejo de muitas vítimas de violência sexual. As vítimas veem a si mesmas como “sujas”, “feias” e “nojentas”. O autor sustenta a tese de que com a dissociação do trauma psicológico surgem a negligência e o abandono da pessoa que foi abusada. A mulher se vê imunda e percebe a si mesma e ao seu corpo com vergonha.¹³

A sobrevivente desse trauma, ao ter suas barreiras violentadas, tenta construir novos limites entre si mesma e o mundo. Porém, tais delimitações são construídas improvisadamente pela dinâmica do trauma, por meio de ganho de peso, desleixo pessoal, falta de cuidado consigo mesma ou a procura de não ser atraente sexualmente. Pode também desenvolver problemas dermatológicos, de aprendizagem ou de comportamento.¹³

Os dois principais sintomas associados ao transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) são evitação e repetição, que podem levar a mulher a evitar contato sexual ou colocar-se em situações nas quais pode ser revitimizada.¹³

Para Early (1993),¹³ há certo tom de fatalidade em relação ao futuro de uma pessoa que sofre violência sexual, especialmente se foi crônica ou se ocorreu na infância. É como se a sobrevivente do trauma estivesse inclinada a ocupar a posição de vítima de novas traumatizações, impossibilitada de obter conscientemente o controle da própria vida.¹³

Por outro lado, a dissociação é uma estratégia de enfrentamento frequente para mulheres que sofrem violência sexual e a estigmatização pode resultar em diminuição da autoestima e dificultar o crescimento emocional. A compulsão de repetir a experiência traumática pode ocorrer de múltiplas formas, frequentemente sutis. Ao longo da vida, elas podem associar sexo com algum elemento vivido durante a violência sexual. Uma possibilidade seria um tratamento psicológico, que pode oferecer à mulher a possibilidade de elaborar essa experiência.¹³

Segundo Levine (1999),¹² a violência sexual pode trazer diversas consequências por meio de transtornos, mas também nas relações cotidianas. Quando os sintomas se tornam frequentes e permanentes, passam a se expressar de forma patológica, como TEPT, transtornos alimentares, depressão, tentativa de suicídio, dificuldade nas relações afetivas e sexuais.¹²

Violência sexual e transtornos em geral

Kilpatrick et al. (2003),¹⁴ por meio de entrevistas com 4.023 adolescentes, propuseram-se a estudar a prevalência, a comorbidade e o fator de risco para TEPT, episódio de depressão maior e abuso ou dependência de substâncias. A violência sexual foi identificada como 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, sexual ou testemunho de ato de violência aumenta o risco de ocorrência dessas três desordens e suas comorbidades.¹⁴

Faravelli et al. (2004)¹⁵ avaliaram as consequências de episódio único de estupro em 40 mulheres, ocorrido havia pelo menos quatro meses, e compararam com 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 e transtornos alimentares, sexuais e de humor.¹⁵

Choudhary et al. (2008)¹⁶ investigaram a relação entre violência sexual, saúde e comportamentos de risco por meio de diferentes variáveis. Os resultados indicaram que mulheres que sofreram violência sexual tiveram maior incidência de saúde mental debilitada, baixa satisfação com a vida, limitação de atividades, tabagismo e consumo esporádico de bebida alcoólica. A associação entre saúde mental e física debilitada e a violência sexual foi mais prevalente em mulheres, com consequências que persistem ao longo do tempo.¹⁶

Darves-Bornozet et al. (2008)¹⁷ fizeram pesquisa com 21.425 adultos com o objetivo de investigar a prevalência e a associação de um evento traumático em potencial (ETP) com o TEPT. Os ETPs com associação mais significativa ao TEPT foram ser vítima de estupro, ser agredida fisicamente pelo parceiro íntimo, experimentar um evento privado não revelado, ter filho com doença grave, ter recebido castigo físico na infância ou ter sofrido perseguição. Quando algum ETP estava presente, a chance de apresentar o TEPT foi três vezes maior.¹⁷

Chen et al. (2010)¹⁸ fizeram de 1980 a 2008 meta-análise com 37 estudos sobre associação entre abuso sexual e transtornos psiquiátricos. Os resultados indicaram relação 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. A relação entre abuso sexual e transtornos psiquiátricos mostrou-se persistente, independentemente do sexo da vítima e da idade na qual o abuso ocorreu. Além disso, observaram associação entre abuso sexual e desordens somáticas, incluindo-se alteração funcional gastrointestinal, dor pélvica crônica, convulsões psicogênicas e dor crônica não específica.¹⁸

Zinzow et al. (2010)¹⁹ se propuseram comparar os efeitos da exposição ao estupro com uso da força ou de ameaça com o mesmo crime praticado contra mulheres em condições de perda ou limitação da consciência por uso de álcool ou drogas. Mulheres com preservação da consciência apresentaram maior probabilidade de TEPT e de depressão. O estupro forçado associou-se a medo, ferimentos, força, lembrança clara do evento e percepção do evento como crime.¹⁹

Em estudo recente, Cook et al. (2011)²⁰ analisaram as consequências da agressão física e sexual a mulheres com 55 anos ou mais e as compararam com mulheres da mesma idade sem antecedentes de violência. Aquelas que sofreram violência apresentaram maior frequência de abuso de substâncias psicoativas, de depressão e de TEPT. Foram observados piores indicadores de saúde e maior uso de comprimidos. Além disso, os autores encontraram índices significativos de TEPT para mulheres cuja violência ocorreu havia muitos anos.²⁰

Perilloux et al. (2011)²¹ fizeram estudo comparativo entre mulheres que sofreram episódio de estupro consumado e vítimas de tentativa de estupro e avaliaram 13 aspectos: saúde, autoestima, auto percepção de atratividade, auto percepção do valor do parceiro, relações familiares, trabalho, vida social, reputação, reputação sexual, desejo de fazer sexo, frequência do sexo, prazer de fazer sexo e relação estável e duradora. Mulheres que sofreram estupro consumado apresentaram índices significativamente mais negativos em 11 aspectos. Os mais afetados foram autoestima, reputação sexual, frequência do sexo, desejo de fazer sexo e auto percepção do valor do parceiro. No entanto, mulheres que sofreram tentativa de estupro também reportaram vivências negativas em vários aspectos.²¹

Jonas et al. (2011)²² avaliaram a relação entre violência sexual e transtornos psiquiátricos, abuso de drogas e álcool, TEPT e transtornos alimentares. Excetuando-se o abuso de álcool e drogas, os demais eventos apresentaram índices maiores quando a violência sexual envolveu atos de penetração. Mulheres adultas que sofreram abuso sexual na infância mostraram maiores índices de TEPT e de transtornos alimentares. Os autores encontraram evidências de que o abuso sexual na

infância aumenta o risco de sofrer violência sexual em idade adulta.²²

Violência sexual, transtorno do estresse pós-traumático e depressão

Acierno et al. (2001)²³ verificaram se mulheres com 55 anos ou mais sofrem o mesmo risco de apresentar sequelas, TEPT e depressão após alguma violência interpessoal quando comparadas com mulheres mais jovens, entre 18 e 34 anos. O antecedente de violência sexual aumentou o risco para as mulheres mais velhas nos sintomas de evitação do TEPT. Para as mais jovens, tanto a violência sexual quanto a física se associaram ao aumento das três categorias de sintomas do TEPT e da depressão. Os autores acreditam que mulheres mais velhas podem não ver certas formas de violência como crime ou que a vergonha e a estigmatização interferiram no relato da violência sofrida.²³

O papel das respostas peritraumáticas na sintomatologia depressiva e do TEPT entre mulheres que sofrem violência foi pesquisado por Rizviet et al. (2008).²⁴ Quando comparado com outras situações de violência, o estupro se relacionou com índices maiores de dissociação, menos respostas ativas e mais respostas de congelamento, associadas com sintomas mais severos do TEPT e maiores índices de sintomas depressivos. Respostas de congelamento podem estar associadas a sentimento de culpa. Respostas ativas frente à violência, sexual ou não, foram associadas com menor sintomatologia.²⁴

Fleurkens et al. (2011)²⁵ investigaram o enviesamento da atenção com relação a quatro categorias de palavras: com tom de ameaça sexual, sexuais não ameaçadoras, em tom de ameaça a acidentes e positivas. O grupo constituído por mulheres que sofreram violência sexual diagnosticadas com TEPT mostrou maior período de latência para indicar as quatro categorias de palavras do que o grupo de controle, principalmente quanto a palavras com tom de ameaça sexual. Além disso, quanto maior a intensidade do TEPT, mais elevados se mostraram os índices de enviesamento da atenção para as palavras relacionadas à violência sexual. Os resultados sugerem que a atenção permanece em estado de alerta para qualquer tipo de ameaça, real ou imaginária, e que a manutenção do TEPT pode ocorrer por causa do enviesamento da atenção para esses aspectos.²⁵

Machado et al. (2011)²⁶ avaliaram TEPT, depressão e sentimento de desesperança em mulheres que sofreram violência sexual no período entre um e seis meses após o evento. No primeiro mês, 43% apresentaram índices moderados ou severos do TEPT, 52,2% tiveram depressão moderada ou severa e 22,4% exibiram índices moderados ou severos de sentimento de desesperança. Esses valores decresceram para 21%, 20% e 10%, respectivamente, no sexto mês após o evento. No primeiro mês a severidade do TEPT foi associada com índices moderados ou severos de depressão, enquanto no sexto mês ela foi relacionada a agressores múltiplos, severidade da violência sexual, permanência da depressão e transtornos psiquiátricos prévios. Os resultados sugerem que a recuperação pode levar mais tempo para algumas mulheres e para outras pode se prolongar por tempo indeterminado.²⁶

Na observação de Sudário et al. (2005),²⁷ mulheres que sofrem estupro apresentam evidente sentimento de medo, com dinâmica que remete a sintomas característicos do TEPT. Ele pode se expressar no medo de ser contaminada pelo vírus HIV, de reencontrar o agressor, de sair sozinha ou ficar sozinha em casa ou de contar o ocorrido aos parentes ou ao parceiro.²⁷

Violência sexual, transtornos alimentares e TEPT

Holzer et al. (2008)²⁸ examinaram o valor de mediação do TEPT no desenvolvimento da sintomatologia dos transtornos alimentares após experiências sexuais traumáticas. Pessoas que sofreram abuso sexual na infância, estupro ou ambos apresentaram maiores índices de transtornos alimentares e evidências do TEPT quando comparadas às do grupo controle. Histórias de trauma foram associadas com transtornos alimentares e aumento dos sintomas do TEPT. Por sua vez, esse se mostrou como um mediador importante no relacionamento entre trauma sexual e transtornos alimentares. A excitação fisiológica e a evitação social foram os principais componentes de mediação do TEPT.²⁸

Najdowski e Ullman (2009)²⁹ investigaram a relação do antecedente de violência sexual na vida adulta com o TEPT e se levaria ao uso abusivo de álcool ou se o uso abusivo de álcool levaria ao TEPT. Os autores não encontraram evidências de que o TEPT influi diretamente no uso abusivo de álcool ao longo do tempo e vice-versa. Contudo, mulheres com histórico de abuso sexual na infância mostraram maiores índices de TEPT e uso abusivo de álcool. 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 exclusivamente em idade adulta.²⁹

Em relação aos transtornos alimentares, Bergeet et al. (2011)³⁰ procuraram entender o papel que mudanças no estilo de vida familiar pode ocupar na dinâmica dos transtornos alimentares. Oito participantes da pesquisa declararam que o evento traumático vivido pouco tempo antes do início dos transtornos alimentares foi o abuso sexual ou incesto. As participantes declararam ter começado a comer para “se livrar dos abusos” ou para se tornar “desagradáveis fisicamente” ou “grandes para intimidação”.³⁰

No estudo de Fischer et al. (2010),³¹ 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.³¹

Violência sexual e satisfação sexual

Em meta-análise feita entre 1979 e 1999 por van Berlo e Ensink (2000)³² sobre o funcionamento sexual de mulheres após violência sexual, a maioria dos estudos aponta que a violência sexual produz impacto na frequência e satisfação sexual. Mulheres que sofrem violência sexual apresentaram maior insatisfação, falta de desejo sexual e dispareunia do que aquelas que experimentaram o evento. Em algumas

pesquisas, vítimas de violência sexual mostraram maior frequência de relações sexuais, na tentativa de adquirir “controle” sobre a própria vida sexual.³²

Nessa meta-análise, alguns estudos mostraram diminuição da satisfação sexual imediatamente após o estupro, retornando aos níveis prévios após alguns meses. Porém, mulheres que sofrem estupro mostraram-se, em geral, menos satisfeitas sexualmente do que aquelas que não apresentam esse antecedente.³² Outros estudos verificaram que, mesmo após alguns anos da ocorrência, havia queda na satisfação sexual e no prazer nas relações para parte expressiva das mulheres.³² Outras investigações encontraram o desenvolvimento de medo do sexo, 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.³²

Van Berlo e Ensink (2000)³² acreditam que atos de penetração e de agressão física durante a violência sexual podem não ter relação com transtornos sexuais. Outros divergem e relatam 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 violência sexual, menos problemas sexuais a vítima terá por se sentir menos culpada.³²

De toda forma, emoções sentidas durante e imediatamente após a violência sexual são consideradas fortes mediadoras da permanência das disfunções sexuais. Alguns fatores são protetores contra o desenvolvimento de problemas sexuais, como a relação estável com um parceiro e ser sexualmente ativa antes 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.³²

A concepção da sexualidade de adolescentes, com e sem antecedente de violência sexual, foi abordada por Rodrigues et al. (2006).³³ Os autores avaliaram nos dois grupos possíveis diferenças nas escalas de autoestima e inventário de depressão. Os resultados mostraram que adolescentes com histórico de violência sexual apresentaram medo marcante de envolvimento com pessoa do sexo oposto, temor da prática sexual e medo de sofrer nova violência física ou sexual em futuro relacionamento. Quando perguntadas sobre o sexo ser bom e saudável, adolescentes que sofreram violência sexual forneceram respostas vagas ou disseram evitar pensar no assunto, que o sexo não lhes despertava interesse, que era algo ruim, que causava dor ou que se sentiam incômodo ao ser tocadas pelo parceiro.³³

Nas escalas aplicadas por Rodrigues et al. (2006),³³ a média de pontuação de autoestima foi muito próxima entre os grupos com e sem histórico de violência sexual. No entanto, no inventário de depressão o grupo com histórico de violência sexual obteve escores duas vezes maiores. Com base nos resultados, os autores inferem que o desinteresse pelo sexo também pode se associar à depressão, na medida em que essa possa inibir o desejo sexual. Além disso, adolescentes com os escores mais baixos para autoestima obtiveram os escores mais altos para depressão.³³

Em artigo de McCall-Hosenfeld et al. (2009),³⁴ a associação entre agressão sexual no exército e diminuição da satisfação sexual foi pesquisada a partir de quatro mediadores:

qualidade de vida e saúde emocional, qualidade de vida e saúde física, não existência de parceiro próximo e doenças ginecológicas. Tanto a violência sexual no exército quanto a insatisfação sexual foram expressivamente associadas aos quatro mediadores. A agressão sexual impactou negativamente a satisfação sexual de mulheres veteranas, operando diretamente e por meio de consequências na saúde física e, principalmente, na mental.³⁴

Conclusões

Mulheres que sofrem violência sexual apresentam índices mais severos de transtornos e consequências psicológicas, como TEPT, depressão, ansiedade, transtornos alimentares, distúrbios sexuais e distúrbios do humor. Outras variáveis podem ser agregadas, como maior consumo ou abuso de álcool e de drogas, problemas de saúde, redução da qualidade de vida e comprometimento do sentimento de satisfação com a vida, o corpo, a vida sexual e os relacionamentos interpessoais. Existe significativa associação entre violência sexual e altos índices do TEPT, com sintomas que incluem dissociação, congelamento e hipervigilância e podem permanecer por muito tempo.

O excesso alimentar e o abuso de drogas e álcool são usados por algumas vítimas como forma de diminuir a ansiedade e reprimir as memórias traumáticas. O TEPT pode ser observado como mediador entre a violência sexual e os transtornos alimentares, como tentativa de autoproteção contra nova violência. Pode atuar também como mediador no desenvolvimento de transtornos sexuais, embora não esteja suficientemente esclarecido o papel do ato de penetração nessas disfunções. As vítimas geralmente apresentam maior insatisfação sexual, perda de prazer, medo e dor, sintomas que podem permanecer após anos da violência. A relação com a própria imagem, a autoestima e as relações afetivas também são afetadas negativamente e limitam a qualidade de vida. Existe permanência desses transtornos, que podem ser duradouros e estender-se por muitos anos na vida dessas mulheres.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva, 2002.
2. World Health Organization. Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women [documento na Internet]. 2012 Nov. [citado 6 jan 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>.
3. 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. 3ª ed. Brasília: Editora MS; 2011.

4. Villela W, Lago T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. *Cad Saúde Pública*. 2007;23:471-5, doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200025.
5. Diniz D. Fórum Violência Sexual e Saúde. Posfácio *Cad Saúde Pública*. 2007;23:477-8, doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200026.
6. Soares BM. Mulheres invisíveis: violência conjugal e novas políticas de segurança. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999.
7. Drezett J, Junqueira L, Tardelli R, Antonio IP, Macedo-Jr H, Vertamatti MAF, et al. Influência do exame médico-legal na responsabilização do autor da violência sexual contra adolescentes. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2011;21:189-97.
8. Souza CM, Adesse L, editors. *Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres; 2005.
9. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludemir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública*. 2009;43:299-310, doi.org/10.1590/S0034-89102009005000013.
10. Mattar R, Abrahão AR, Andalaft-Neto J, Colás OR, Schoroeder I, Machado SJR, et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2007;23:459-64, doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200023.
11. Drezett J. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*. 2000;22:9-12.
12. Levine PA. *O despertar do tigre: curando o trauma*. 4ª ed. São Paulo: Summus; 1999.
13. Early E. *The raven's return: the influence of psychological trauma on individuals and culture*. Wilmette: Chiron Publications; 1993.
14. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71:692-700.
15. Faravelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychopathology after rape. *Am J Psychiatry*. 2004;161:161-8.
16. Choudhary E, Coben JH, Bossarte RM. Gender and time differences in the associations between sexual violence victimization, health outcomes, and risk behaviors. *Am J Mens Health*. 2008;2:254-9.
17. Darvez-Bornoz JM, Alonso J, Giralmo G, Graaf R, Haro JM, Kovess-Masfety V, et al. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *J Trauma Stress*. 2008;21:455-62, [http://dx.doi.org/10.1002/jts.20357](https://doi.org/10.1002/jts.20357).
18. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc*. 2010;85:618-29, doi.org/10.4065/mcp.2009.0583.
19. Zinzow HM, Resnick HS, McCauley JL, Amstadter AB, Ruggiero KJ, Kilpatrick DG. The role of rape tactics in risk for posttraumatic stress disorder and major depression: results from a national sample of college women. *Depression Anxiety*. 2010;27:708-15, [http://dx.doi.org/10.1002/da.20719](https://doi.org/10.1002/da.20719).
20. Cook JM, Dinnen S, O'Donnell C. Older women survivors of physical and sexual violence: a systematic review of the quantitative literature. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011;20:1075-81, doi.org/10.1089/jwh.2010.2279.
21. Perilloux C, Duntley JD, Buss DM. The costs of rape. *Arch Sex Behav*. 2012;41:1099-106.
22. Jonas S, Bebbington P, McManus S, Meltzer H, Jenkins R, Kuipers E, et al. Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007. *Adult Psychiatric Morbidity Survey Psychol Med*. 2011;41:709-19, doi.org/10.1017/S003329171000111X.
23. Acierno R, Gray M, Best CL, Resnick H, Kilpatrick DG, Brady K. Rape and physical violence: comparison of assault characteristics in older and younger adults in the National Women's Study. *J Trauma Stress*. 2001;14:685-95.
24. Rizvi SL, Kaysen D, Gunter CA, Griffin MG, Resick PA. Beyond fear: the role of peritraumatic responses in posttraumatic stress and depressive symptoms among female crime victims. *J Interpers Violence*. 2008;23:853-68, [http://dx.doi.org/10.1177/0886260508314851](https://doi.org/10.1177/0886260508314851).
25. Fleurkens P, Rinck M, van Minnen A. Specificity and generalization of attentional bias in sexual trauma victims suffering from posttraumatic stress disorder. *J Anxiety Disord*. 2011;25:783-7, doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.03.014.
26. Machado CL, Azevedo RCS, Facuri CO, Vieira MJN, Fernandes AMS. Posttraumatic stress disorder, depression, and hopelessness in women who are victims of sexual violence. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;113:58-62, [http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.10.016](https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.10.016).
27. Sudário S, Almeida PC, Jorge MSB. Mulheres vítimas de estupro: contexto e enfrentamento dessa realidade. *Psicol Soc*. 2005;17:80-6, doi.org/10.1590/S0102-71822005000300012.
28. Holzer SH, Uppala S, Wonderlich SA, Crosby RD, Simonich H. Mediational significance of PTSD in the relationship of sexual trauma and eating disorders. *Child Abuse & Neglect*. 2008;32:561-6.
29. Najdowski CJ, Ullman SE. Prospective effects of sexual victimization on PTSD and problem drinking. *Addict Behav*. 2009;34:965-8, [http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.05.004](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.05.004).
30. Berge JM, 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. *J Clin Nurs*. 2012;21:1355-63, [http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03762.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03762.x).
31. Fischer S, Stojek M, Hartzell E. Effects of multiple forms of childhood abuse and adult sexual assault on current eating disorder symptoms. *Eat Behav*. 2010;11:190-2, [http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.01.001](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.01.001).
32. Van Berlo W, Ensink B. Problems with sexuality after sexual assault. *Annu Rev Sex Res*. 2000;11:235-57.
33. Rodrigues JL, Brino RF, Williams LCA. Concepções de sexualidade entre adolescentes com e sem histórico de violência sexual. *Paideia*. 2006;16:229-40.
34. McCall-Hosenfeld JS, Liebschutz JM, Spiro A, Seaver MR. Sexual assault in the military and its impact on sexual satisfaction in women veterans: a proposed model. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009;18:901-9, [http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2008.0987](https://doi.org/10.1089/jwh.2008.0987).