

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**  
**DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

**Repercussões da violência sexual na infância sobre a função sexual e saúde mental  
da mulher**

Thiago Dornela Apolinario

Ribeirão Preto

2020

Thiago Dornela Apolinario

**Repercussões da violência sexual na infância sobre a função sexual e saúde mental  
da mulher**

**Versão Original**

Dissertação de mestrado apresentada ao programa de Pós Graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Núcleo de pesquisa: Aspectos ambientais, psíquicos, anatômicos, hormonais e moleculares da resposta sexual humana.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Alves da Silva Lara

Coorientador: Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa

Ribeirão Preto

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Apolinario, Thiago Dornela.

Repercussões da violência sexual na infância sobre a função sexual e saúde mental da mulher. Ribeirão Preto, 2020.

100 p.: il; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo – Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.

Orientadora: Lara, Lúcia Alves da Silva.

1. Violência sexual – 2. Sexualidade – 3. Saúde Mental – 4. Abordagem médica – 5. Instrumentos de avaliação

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: APOLINARIO, Thiago Dornela

Título: Repercussões da violência sexual na infância sobre a função sexual e saúde mental da mulher.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Área de concentração: Ginecologia e Obstetrícia.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Banca Examinadora

Prof (a). Dr (a): \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof (a). Dr (a): \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof (a). Dr (a): \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha mãe, mulher forte e batalhadora, que me deu apoio desde as primeiras letras até a conclusão desta etapa da vida acadêmica, e a todas as mulheres que colaboraram com este estudo de alguma forma: familiares, amigas, professoras, colaboradoras, pacientes e, sobretudo, àquelas que gentilmente compartilharam sua história com este pesquisador, contribuindo assim para a construção de um saber que poderá ajudar outras mulheres.

## AGRADECIMENTOS

No fim deste trabalho, concluo: muito mais de um dado científico se produziu aqui. Graças à Lúcia Lara, que me orientou neste percurso, aprendi a lançar perguntas, a buscar suas respostas com rigor, e a partir daí, reformular as questões. Lúcia, ginecologista, topou o desafio de acompanhar um psiquiatra nesta jornada e, num de seus momentos mais marcantes, a escrita da discussão, autorizou: coloque aí seu sentimento. Pude conciliar a estatística com a subjetividade que atravessa as dimensões da sexualidade e da saúde mental, e assim produzir um trabalho autoral, de verdade. Lucia, desta forma, me transmitiu não apenas o modelo científico, mas também me ensinou, na prática, o que é ser professor. E o fez com paixão e generosidade, razão pela qual registro aqui meu profundo agradecimento.

Agradeço a todos os colaboradores que me auxiliaram desde a matrícula na Pós Graduação até a defesa. A Suelen Bezerra, que me acolheu tão bem no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, e a Suleimy Mazin, que me auxiliou sempre tão gentilmente com as análises estatísticas. Também agradeço a Océlia Vasconcelos, que percorreu a cidade em busca de participantes e se tornou uma amiga, e a Carla Ferrari, que me auxiliou em uma das etapas mais delicadas do trabalho, o primeiro contato com as participantes. Não posso esquecer de Luci Silveira, Eloísa Lomas, Eveline Pereira e os estagiários por elas coordenados na Clínica FAEPA, que também nos auxiliaram muito nesta fase.

Aos professores José Alexandre de Souza Crippa, coorientador deste trabalho, Luiz Gustavo Britto, Flávia Osório, Elizabeth Meloni, Carolina Sales e Omero Poli, sou grato por suas valiosas contribuições. Agradeço, também, à equipe do AESH: Maria Rita Leri, Júlia Troncon, Laura Santana, Sérgio Okano, Sílvio Franceschini, Adriana Peterson e Aline Wolf estiveram ao meu lado compartilhando o seu saber na área da sexualidade, suas experiências acadêmicas e, principalmente, os momentos de angústia tão familiares a este processo. Um agradecimento especial se faz necessário à minha colega de pós-graduação, Thays Roncato, que tão amavelmente colaborou com nosso trabalho. Também agradeço à equipe do Seavidas, com quem tive a oportunidade de aprender, na prática, sobre o atendimento de mulheres vítimas de violência: Renata Abduch, Sonia Pires, Gisele Defendi, Thaís Garcia, Nathalia Trevilatto, Michelle Teodoro, Catalina Cabrera, Regina Britto, Renata Bezerra, e profa. Silvana Quintana. Ainda, agradeço a

Arlete de Oliveira e Victor Fracon, pela “junta médica” que formamos no Ambulatório de Ansiedade, e que tornava mais leves as tardes de quarta-feira.

A Fernando Prota e aos amigos Diogo Cunha, Maria Clara Faleiros, Marcos Hortes, Natália Chagas, Victor Fernandes, Leoncio Oliveira, Átila Trapé, Marcelo Drude, Gabriela e Júnior Bisson, Nazario Bonitto, João Oficiati, Andressa Peliciari, Rafael Zimak e Kelly Capel, obrigado por terem me ajudado com escuta, apoio, incentivo, conselhos, reflexões e uma boa dose de bom humor, que me abasteceram durante toda a trajetória. Registro também minha gratidão especial pela querida Rose Brittes Lessa, que contribuiu enormemente na formatação do trabalho e também com sua alegria e força de viver contagiantes.

A Sandra, Giovanna e Giulia Dornela Benetati, Luiz Grau, Maria Marlene Tavares e Luana Silva, obrigado por serem minha família, minha base e aconchego. À Lina Dornela, minha mãe, obrigado pelo dom da vida e por sua dedicação desde o começo até hoje, por todas as renúncias e horas não dormidas para me apoiar nos estudos, e às orações para que Nossa Senhora me proteja com seu manto azul. Ao meu pai, Eurípedes Apolinario, com saudades, agradeço pelas mensagens de amor que deixou espalhadas, como símbolos vivos, ao longo de minha história. E a Jucélio Silva, o Juca, meu companheiro nesta vida, que me presenteou com seu amor, confiança, dedicação, paciência, cuidado, respeito. Além de colaborador de pesquisa, Juca foi a base emocional para este trabalho se tornar realidade. Ao dividir comigo sua tocante história, e topar unir nossos caminhos num só, preenche com sentido este e todos os momentos de minha vida.

Ribeirão Preto, julho de 2018.

**O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) por meio do Programa de Excelência Acadêmica (PROEX), e foi desenvolvido com apoio Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA – HCFMRP-USP) através da concessão de Auxílio a Projeto de pesquisa, nº de processo 1862/2018.**

*Tão estranho carregar uma vida inteira no corpo e ninguém suspeitar  
dos traumas, das quedas, dos medos, dos choros.*

Caio Fernando Abreu



## RESUMO

APOLINARIO, Thiago Dornela. Repercussões da violência sexual na infância sobre a função sexual e saúde mental da mulher. 2020. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

**Introdução:** A violência sexual na infância (VSI - abuso sexual e estupro) é um fenômeno frequente, e mulheres que apresentam este histórico têm maior chance de apresentar disfunções sexuais (DS). Transtornos psiquiátricos como depressão, transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) frequentemente estão associados à VSI. **Objetivos:** Avaliar o risco de DS em mulheres com história de VSI e o risco para depressão, TAG e TEPT nestas mulheres; verificar os fatores associados ao risco de DS e os fatores associados à crença de que a VSI influenciou a vida sexual destas mulheres. **Método:** Estudo de coorte retrospectiva, para o qual foram convidadas mulheres com idade entre 18 e 35 anos com histórico de VSI atendidas no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCFMRP). O recrutamento das mulheres foi feito a partir dos seus prontuários médicos. Também participaram do estudo mulheres recrutadas da comunidade através da internet. As variáveis analisadas foram a função sexual, o risco para episódio depressivo maior (EDM), TAG, TEPT e o antecedente de VSI, através dos instrumentos IFSF, PHQ-9, GAD-7, PCL-5 e ETISR-SF, padronizados e validados para a língua portuguesa brasileira, respectivamente. A variável independente foi o risco de DS nessas mulheres. As participantes também foram avaliadas, por meio de questões semiestruturadas, quanto a se perceberem como vítimas de abuso sexual, a identidade do agressor e a crença de que o abuso sexual teve influência em sua vida sexual. **Resultados:** Participaram do estudo 77 mulheres. O risco para DS na população estudada foi de 68,8%. Os riscos para EDM, TAG e TEPT foram de 71,4%, 70,1% e 56,6%, respectivamente. Sessenta e duas (80,5%) mulheres referiram experiência sexual não consentida antes dos 18 anos, 64 (84,2%) se consideravam vítimas de abuso sexual na infância e destas, 37 (56%) relataram ter sido vitimizadas por um membro da família e 41 (64,1%) acreditavam que isso influenciou sua vida sexual de algum jeito. Houve associação entre o risco de DS e não estar em um relacionamento estável ( $p<0,01$ ), apresentar risco para EDM ( $p<0,01$ ), TAG ( $p<0,01$ ), TEPT ( $p<0,01$ ) e histórico de evento sexual traumático antes dos 18 anos ( $p=0,04$ ). Os fatores associados para a crença de que o abuso sexual influenciou a vida sexual de algum jeito são agressão sexual por membro da família ( $p=0,01$ ) e possuir risco para EDM ( $p=0,04$ ), TAG ( $p=0,001$ ) e TEPT ( $p=0,02$ ). Pela análise multivariada, não estar em um relacionamento estável associou-se com o risco de disfunção sexual (OR=6,8 [1,54 – 30]) e a crença de influência do abuso sexual na vida sexual teve, como fatores de risco, a presença de risco para TAG (OR = 5,88 [1,3-27,03]) e VSI por um membro da família (OR = 5,78 [1,57-21,28]). **Conclusão:** Mulheres com histórico de VSI apresentam alta prevalência de disfunção sexual e de comorbidades psiquiátricas. Isso evidencia a importância de se avaliar a função sexual dessas mulheres durante as consultas ginecológicas de rotina, e a utilidade clínica de questões que permitam à paciente se expressar sobre o histórico de VSI e suas repercussões na vida sexual.

**Palavras-chave:** violência sexual, abuso sexual, estupro, disfunção sexual, depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós traumático.

## ABSTRACT

APOLINARIO, Thiago Dornela. Repercussions of child sexual violence on women's sexual function and mental health. 2020. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

**Introduction:** Child sexual abuse (CSA) is a frequent phenomenon, and women reporting CSA are at high risk of sexual dysfunction (SD). Psychiatric comorbidities such as depression, generalized anxiety disorder (GAD), and posttraumatic stress disorder (PTSD) are often related to sexual abuse history. **Objectives:** To evaluate the prevalence of sexual dysfunction in women who reported child sexual violence (CSA or rape), to evaluate psychiatric symptomatology (depressive, anxiety, and PTSD symptoms), and also, to verify risk factors associated to sexual dysfunction in these women. **Methods:** This is a retrospective cohort study carried out between June 2018 and July 2019. All women between 18 and 35 years who were admitted in a University Hospital due to sexual victimization before age of 18 were invited. History of sexual abuse, sexual function, risk for major depressive episode (MDE), GAD and PTSD were assessed by ETISR-SF, FSFI, PHQ-9, GAD-7 e PCL-5, respectively. All instruments were validated to Brazilian Portuguese version. Sexual dysfunction was the independent variable. The participants were also evaluated, through semi-structured questions, regarding their perception of themselves as victims of sexual abuse, the identity of the aggressor, and the belief that CSA had some influence on their sexual life. **Results:** Of the 579 eligible women from the cohort, 77 women participated in the study (66 from the cohort and 11 from internet). The risk for SD in the studied population was 68.8%. The risks for MDE, GAD and PTSD were 71.4%, 70.1% and 56.6%, respectively. Sixty-two (80.5%) women reported non-consensual sexual experience before age 18, 64 (84.2%) considered themselves as victims of CSA, 37 (56%) reported having been victimized by a member of the family and 41 (64.1%) believed that this influenced their sex life in some way. There was an association between risk of SD and not being in a stable relationship ( $p < 0.01$ ), has a risk for MDE ( $p < 0.01$ ), GAD ( $p < 0.01$ ), PTSD ( $p < 0.01$ ) and history of traumatic sexual event before age of 18 ( $p = 0.04$ ). The factors associated with the belief that sexual abuse influenced the sexual life were CSA by a family member ( $p = 0.01$ ) and being at risk for MDE ( $p = 0.04$ ), GAD ( $p = 0.001$ ) and PTSD ( $p = 0.02$ ). Multivariate analysis has shown that not being in a relationship is a risk factor for SD (OR=6,8 [1,54 – 30]) and the risk factors for the perception that CSA influenced sexual life were the presence of risk for GAD (OR=5.88[1.3-27.03]) and CSA by a family member (OR=5.78[1.57-21.28]). **Conclusion:** Women with a history of CSA have a high prevalence of sexual dysfunction and psychiatric comorbidities. This highlights the importance of assessing the sexual function of these women during routine gynecological consultations, and the clinical usefulness of questions that allow the patient to express herself about the history of CSA and its repercussions on sexual life.

**Key words:** sexual violence, child sexual abuse, rape, sexual dysfunction, depression, anxiety, posttraumatic stress disorder

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

**Figura 1:** Fluxograma do recrutamento e seleção das pacientes.

**Tabela 1:** Características sociodemográficas das mulheres que sofreram violência sexual na infância

**Tabela 2:** Características clínicas das mulheres que sofreram violência sexual na infância

**Tabela 3:** Associação entre o escore do Índice da Função Sexual Feminina (IFSF) e as variáveis sociodemográficas e clínicas de mulheres que sofreram violência sexual na infância

**Tabela 4:** Análise uni e multivariada da associação entre características sociodemográficas e clínicas e o escore total do Índice da Função Sexual Feminina (IFSF) de mulheres que sofreram violência sexual na infância

**Tabela 5:** Associação entre a crença de que o abuso sexual na infância influenciou a vida sexual e as características sociodemográficas e clínicas de mulheres que se consideram vítimas de abuso sexual na infância

**Tabela 6:** Análise univariada e multivariada da associação entre a crença de que o abuso sexual na infância influenciou a vida sexual e as características sociodemográficas e clínicas de mulheres que se consideram vítimas de abuso sexual na infância

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AESH</b>	Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana
<b>APA</b>	American Psychiatric Association
<b>DGO</b>	Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
<b>DS</b>	Disfunção Sexual
<b>DSM-5</b>	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – 5ª edição.
<b>EDM</b>	Episódio Depressivo Maior
<b>ETIRS-SF</b>	Inventário de Auto Avaliação de Traumas Precoces
<b>GAD-7</b>	Triagem para Transtorno de Ansiedade Generalizada
<b>TAG</b>	Transtorno de Ansiedade Generalizada
<b>TEPT</b>	Transtorno de Estresse Pós Traumático
<b>HCFMRP</b>	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>IC</b>	Intervalo de Confiança
<b>IFSF</b>	Índice da Função Sexual Feminina
<b>IST</b>	Infecção Sexualmente Transmissível
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PCL-5</b>	Lista de Verificação do TEPT para o DSM-5
<b>PHQ-9</b>	Questionário sobre a Saúde do Paciente – 9
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo
<b>VSI</b>	Violência Sexual na Infância

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
1.1. CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA .....	13
1.2. IMPACTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA NA SAÚDE FÍSICA E MENTAL DA MULHER.....	15
1.3. IMPACTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA SAÚDE SEXUAL DA MULHER .....	16
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>18</b>
<b>3. OBJETIVOS DO ESTUDO .....</b>	<b>19</b>
3.1. PRINCIPAL .....	19
3.2. SECUNDÁRIOS .....	19
<b>4. MATERIAL E MÉTODO .....</b>	<b>20</b>
4.1. DESENHO DO ESTUDO.....	20
4.2. POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	20
4.2.1. Critérios de elegibilidade.....	20
4.2.2. Critérios de exclusão.....	20
4.3. DESENVOLVIMENTO E LOCAL DO ESTUDO .....	20
4.3.1. Avaliação do histórico de violência sexual na infância.....	22
4.3.2. Avaliação da função sexual.....	23
4.3.3. Avaliação de comorbidades psiquiátricas .....	23
4.4. PROCEDIMENTOS.....	24
4.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	24
4.6. ASPECTOS ÉTICOS .....	25
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>26</b>
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>36</b>
<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>42</b>
<b>8. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>43</b>
<b>7. ANEXOS .....</b>	<b>50</b>
ARTIGO ELABORADO A PARTIR DA DISSERTAÇÃO E SUBMETIDO AO JOURNAL OF SEX MEDICINE.....	65

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Caracterização da violência sexual na infância

A violência sexual, considerada uma das mais graves violações dos direitos humanos, é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como qualquer ato sexual, tentativa de obtenção de ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados, atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coerção, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, e em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles (KRUG et al., 2002). A violência sexual abrange uma série de comportamentos que vão desde ofensas verbais até a penetração forçada e nas quais são utilizadas formas de coação que variam de pressão social à intimidação pela força física. Entre as formas de violência sexual infantil (VSI), estão o estupro e o abuso sexual infantil (WHO, 2012).

O estupro é definido como a penetração forçada da vulva ou do ânus, utilizando o pênis, outras partes do corpo ou um objeto, com emprego de violência física ou outra maneira de coação. Podem ocorrer também outras formas de agressão, como o contato forçado entre a boca e o pênis, a vulva ou o ânus. De acordo com o Código Penal Brasileiro, a partir da lei 12.015/2009, o estupro é um crime que se caracteriza por constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso.

A idade do consentimento é definida, por lei, como a idade abaixo da qual a atividade sexual com crianças é proibida sob quaisquer circunstâncias. Não há consenso em relação a esta idade, que é estabelecida por cada Estado, situando-se entre 14 e 16 anos na maioria dos países. No Brasil, a idade mínima para o consentimento é de 14 anos. De acordo com a lei 12.015 de 2009, o estupro de vulnerável corresponde a ter conjunção ou a praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos ou com aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tenham o necessário discernimento para a prática do ato sexual, ou que, por qualquer outra causa, não possam oferecer resistência (BRASIL, 2009).

O abuso sexual infantil é definido como o envolvimento de uma criança em atividade sexual que não pode compreender, consentir, ou para a qual não está preparada, em virtude da etapa do desenvolvimento em que se encontra, ou que viole as leis ou normas culturais da sociedade em que ocorra. Esta atividade tem por objetivo a satisfação das

necessidades de adultos ou de outras crianças que ocupam posição de responsabilidade, confiança ou poder sobre a vítima. O abuso sexual infantil também abrange a exploração da criança em atividades como a prostituição ou a produção de material pornográfico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

O abuso sexual infantil pode ser classificado quanto a ocorrência ou não de contato físico. Dentre as formas de abuso com contato físico, estão as tentativas ou atos sexuais completos, toques abusivos ou masturbação. Por outro lado, assédio verbal, ameaças, exposição forçada a conteúdo pornográfico ou produção de material pornográfico são formas de abuso sexual sem contato físico (LEEB et al., 2008). Essa forma de violência caracteriza-se pela cronicidade, e o emprego explícito de força física é pouco frequente. São determinantes para a sua ocorrência a autoridade do agressor e a manipulação da criança, com erotização gradual desse relacionamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Nos casos em que a criança não pode oferecer consentimento, em razão de sua idade, considera-se que a violência é implícita (GREIJER, SUSANNA; DOEK, 2016).

Os perpetradores da violência sexual mais comumente são homens conhecidos das vítimas, e frequentemente são parceiros íntimos ou, no caso da VSI, um familiar próximo da criança (pai, padrasto, avô, irmão ou tio) ou membro da comunidade (DARTNALL; JEWKES, 2013).

São fatores de risco para o abuso sexual na infância pertencer ao gênero feminino, a coocorrência de violência física, a falta de pessoas protetoras, a exposição a conflitos entre os pais, o uso de álcool e drogas pelos pais e a presença de alguma deficiência física ou mental (MURRAY; NGUYEN; COHEN, 2014). Vítimas de VSI têm maior risco de revitimização na vida adulta, isto é, de sofrerem novos episódios de violência sexual, e também são mais vulneráveis a sofrer violência doméstica (COID et al., 2001).

O abuso sexual infantil é um problema de saúde pública mundial, atingindo todas as sociedades, pacíficas ou em conflito, desenvolvidas ou em desenvolvimento (KRUG et al., 2002). De acordo com uma meta-análise de 55 estudos em 24 países, a prevalência do abuso sexual na infância, em meninas, varia entre 8 e 31%, dependendo do tipo de abuso cometido (BARTH et al., 2013). Outra meta-análise de 65 estudos com populações de 22 países evidenciou que 19,7% das mulheres sofreram alguma forma de abuso sexual antes dos 18 anos (PEREDA et al., 2009). Um estudo multicêntrico conduzido pela Organização

Mundial de Saúde identificou que, no Brasil, a prevalência do abuso sexual antes dos 15 anos de idade situa-se entre 5,8 e 11,6% (GARCIA-MORENO et al., 2005), variando em função da zona estudada (urbana ou rural) e do tipo de entrevista utilizado (anônima ou em contato direto com o pesquisador), e um estudo em uma cidade do sudeste brasileiro encontrou prevalência de 5,6% de abuso sexual infantil (menores de 18 anos) em meninas nesta região (BASSANI et al., 2009).

## **1.2. Impacto da violência sexual na infância na saúde física e mental da mulher**

O histórico de VSI tem impacto negativo na saúde física e mental de adultos. Crianças que experimentaram eventos traumáticos, como abuso sexual ou outras formas de maus tratos, apresentam anormalidades na regulação do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal, sistema neuroendócrino de resposta ao estresse, e a desregulação deste eixo está associada à fisiopatologia de várias condições clínicas na vida adulta, como os transtornos do humor, os transtornos dolorosos e o risco aumentado para doença cardiovascular (GUILLIAMS; EDWARDS, 2010; RICH-EDWARDS et al., 2012). Mulheres com este histórico também têm mais chance de apresentar dismenorreia, dor pélvica crônica e queixas geniturinárias (WEAVER, 2009). Alguns estudos sugerem ainda que mulheres com histórico de violência sexual apresentam maior risco para desfechos reprodutivos desfavoráveis como perdas gestacionais, adiamento ou evitação da gestação ao longo da vida, bem como infertilidade (RYAN et al., 2014).

Adultos que referem VSI tem maior chance de apresentar comorbidades psiquiátricas como depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de estresse pós traumático e transtornos alimentares. Baixa autoestima, estratégias de enfrentamento mal adaptadas, baixo repertório de habilidades interpessoais e maior vulnerabilidade ao estresse também são verificados com frequências entre indivíduos com este histórico (LEONARD; FOLLETTE, 2002). A VSI tem sido associada, também, a percepções negativas do estado geral de saúde, maior intensidade de somatizações, abuso de substâncias e tentativas de suicídio, resultando em prejuízo na qualidade de vida, no funcionamento e na maior utilização dos serviços em saúde (KAMIYA; TIMONEN; KENNY, 2016).



### 1.3. Impacto da violência sexual na infância saúde sexual da mulher

Entre os vários desfechos negativos em saúde associados ao histórico de VSI destaca-se o impacto negativo na função ou resposta sexual no adulto (LOEB et al., 2002). A resposta sexual é compreendida como uma complexa interação de processos psicológicos, interpessoais, sociais, culturais e fisiológicos e um ou mais destes fatores podem afetar as suas fases: desejo, excitação e orgasmo (ROSEN; BARSKY, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

De acordo com a 11ª Classificação Internacional das Doenças (CID-11), as disfunções sexuais são síndromes que compreendem dificuldades em participar de uma atividade sexual consensual satisfatória e são agrupadas em *i*) desejo sexual hipoativo; *ii*) disfunções da excitação sexual *iii*) disfunções orgásticas e *iv*) transtornos sexuais dolorosos, que envolvem o transtorno da penetração dolorosa e dispareunia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Já o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), em sua 5ª edição, considera que, para haver disfunção sexual, os sintomas devem estar presentes entre 75 e 100% das relações sexuais, por pelo menos 6 meses, e devem ser acompanhados por sofrimento clinicamente significativo. Ainda, a disfunção não é melhor explicada por outro transtorno mental, não está relacionada a grave conflito no relacionamento ou outros estressores, nem é atribuída a efeitos de substância, medicação ou a outra condição clínica. O DSM-5 reúne as disfunções do desejo e da excitação sexuais em uma categoria única, a do transtorno do interesse/excitação sexual feminino, bem como vaginismo e dispareunia, que estão agrupados na categoria do transtorno da dor genitopélvica/penetração, além de manter o transtorno do orgasmo feminino (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). No entanto, a saúde sexual não se limita a ausência de disfunção sexual, e compreende um estado de bem estar físico, emocional e mental com relação a sexualidade, que se relaciona com a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas, seguras, sem discriminação ou violência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Mulheres que sofreram VSI relatam pior funcionamento sexual (DENNERSTEIN; GUTHRIE; ALFORD, 2004) e tem maior prevalência de disfunções sexuais quando comparadas a mulheres que não apresentam esse histórico (LOEB et al., 2002). Cerca de 20% das pacientes com histórico de VSI apresenta alguma queixa sexual e, ao longo da vida, 35% das vítimas apresentam medo em relação ao sexo, 32% reportam interesse sexual

reduzido e 36% relatam redução do prazer associado ao sexo (LEONARD; FOLLETTE, 2002). A queixa de sensação de medo em relação ao parceiro é significativamente mais frequente entre mulheres com histórico de VSI (DENNERSTEIN; GUTHRIE; ALFORD, 2004).

Em comparação com mulheres que não possuam histórico de VSI, as vítimas de abuso sexual também referem maiores níveis de insatisfação e sofrimento associados ao sexo, mesmo que não satisfaçam critérios para disfunção sexual (RELLINI; MESTON, 2007). Elas são mais propensas a atribuir significados negativos à experiência sexual (MESTON; HEIMAN, 2000) e, com mais frequência, podem apresentar aumento de emoções negativas durante a fase de excitação sexual (SCHLOREDT; HEIMAN, 2003). Ou seja, estas mulheres podem sentir-se extremamente incomodadas mesmo que sua resposta sexual esteja preservada.

Mulheres que sofreram VSI têm maior chance de experimentar emoções negativas como medo, culpa e nojo relacionados à atividade sexual, como consequência da quebra de confiança e da vergonha que frequentemente estão ligadas às experiências prévias de abuso (SCHLOREDT; HEIMAN, 2003). Estas emoções negativas dificultam o processamento de estímulos sexualmente relevantes, necessários para a fase de excitação sexual, e a apreciação dos efeitos positivos da resposta sexual satisfatória (MESTON; RELLINI; HEIMAN, 2006; RELLINI; MESTON, 2011). Enquanto mulheres sem histórico de VSI percebem sua resposta sexual como algo prazeroso e excitante, mulheres que sofreram abuso com maior frequência percebem os elementos físicos e psicológicos da resposta sexual como sendo aversivos (STEPHENSON; HUGHAN; MESTON, 2012) e tendem a ver o sexo como utilitário ou obrigatório em vez de uma experiência íntima, apresentando, assim, redução da capacidade de entrega à relação sexual (HALL, 2007). Vítimas de VSI também frequentemente apresentam prejuízo da percepção de que seu corpo lhes pertence, o que torna difícil o reconhecimento dos aspectos físicos de sua resposta sexual (HEIMAN, 2007). Ainda, mulheres que sofreram VSI frequentemente apresentam dissociação ou *flashbacks* relacionados ao abuso durante a atividade sexual e tem mais dificuldade em inibir pensamentos sexuais intrusivos, o que torna menos provável uma interação satisfatória com o parceiro (RELLINI, 2008).

## **2. JUSTIFICATIVA**

Mulheres com histórico de VSI apresentam maior risco para disfunção sexual, bem como maior risco para transtornos mentais como ansiedade e depressão. Porém, a influência do abuso na função sexual das mulheres que apresentam este histórico não está bem esclarecida, devido a vieses relacionados com conceito inadequado do abuso sexual e com a heterogeneidade dos estudos. Os diferentes tipos de experiências à violência sexual podem resultar em associações entre a prática sexual e sofrimento ou desconforto. Fatores qualitativos como o grau de intrusividade da relação abusiva, a relação da vítima com o agressor e a própria subjetividade, isto é, a maneira como a paciente interpreta a violência e o significado que atribui a este evento são preditivos quanto a gravidade dos desfechos associados ao funcionamento e a satisfação sexual. A compreensão das implicações da VSI na saúde sexual e mental e dos fatores associados à disfunção sexual é fundamental para se criar estratégias de cuidado a esta população.

### **3. OBJETIVOS DO ESTUDO**

#### **3.1. Principal**

Avaliar o risco de disfunção sexual em mulheres com história de violência sexual na infância (abuso sexual, estupro).

#### **3.2 Secundários**

Avaliar o risco de depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático nestas mulheres

Verificar os fatores associados ao risco de disfunção sexual nessas mulheres.

Verificar os fatores associados à crença de que a violência sexual na infância influenciou a vida sexual destas mulheres.

## **4. MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1. Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo observacional descritivo com mulheres que foram vítimas de violência sexual (abuso sexual ou estupro) antes dos 18 anos de idade.

### **4.2. População do estudo**

Foram convidadas a participar deste estudo todas as mulheres atendidas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) em razão de terem sofrido violência sexual antes dos 18 anos e que tivessem, no momento do estudo, idades entre 18 e 35 anos. Estas mulheres foram identificadas a partir de uma lista de pacientes obtida junto ao Setor de Arquivo Médico do HCFMRP, que receberam o diagnóstico de violência sexual (abuso sexual, estupro) à época de sua admissão nesse hospital.

Também foram convidadas a participar, através dos meios de comunicação locais e das redes sociais (Facebook, Instagram, WhatsApp), mulheres da comunidade entre 18 e 35 anos que tivessem histórico de violência sexual antes dos 18 anos.

#### **4.2.1. Critérios de elegibilidade**

Mulheres com histórico de violência sexual na infância, com idade entre 18 e 35 anos de idade.

#### **4.2.2. Critérios de exclusão**

Mulheres analfabetas ou com comprometimento cognitivo que as impedisse de responder aos questionários sozinhas e mulheres transexuais, uma vez que o instrumento utilizado para avaliação de disfunção sexual não está validado para esta população.

### **4.3. Desenvolvimento e Local do Estudo**

Na região de Ribeirão Preto, O HCFMRP é o serviço de referência no atendimento a vítimas de violência sexual, que têm direito ao acolhimento emergencial e ao seguimento

por equipe composta por médicos, psicólogos e assistentes sociais por no mínimo seis meses de tratamento, de acordo com a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Solicitou-se, junto ao Setor de Arquivo Médico do HCFMRP, uma listagem de todos os pacientes com diagnósticos de agressão sexual, abuso sexual ou estupro, registrados em seu prontuário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992). Em seguida, foram aplicados os filtros de gênero, idade atual e idade à época do diagnóstico, obtendo-se uma lista de mulheres elegíveis para o estudo, que foram, então, localizadas através do número de telefone que constava em seu prontuário.

O primeiro contato com as mulheres foi realizado pelo telefone que estava disponível no prontuário. Inicialmente, o pesquisador (T.D.A.) realizava o contato com a paciente por telefone, se apresentava, e referia estar entrando em contato para falar de uma pesquisa que estava realizando com mulheres entre 18 e 35 anos que foram atendidas no HCFMRP antes dos 18 anos. Nesse momento, o pesquisador não mencionava o diagnóstico de violência sexual. Em seguida, o pesquisador perguntava à mulher se ela se recordava do motivo deste atendimento e, para aquelas que responderam positivamente, o pesquisador pedia permissão para continuar falando sobre o motivo daquela consulta. As mulheres que permitiram receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e, em seguida, foi feito o convite para a sua participação. Caso a mulher não se recordasse do motivo do atendimento no HCFMRP, e concordasse em continuar conversando com o pesquisador, era-lhe explicado que se tratava de um atendimento especializado, possivelmente relativo a um trauma vivido na infância ou adolescência, e quando ela consentia em receber mais informações, o pesquisador a informava sobre a hipótese diagnóstica que constava no prontuário, porém sem que se afirmasse que a violência sexual de fato ocorreu. Esta estratégia visou respeitar o nível de compreensão da mulher sobre o motivo do atendimento dela no HCFMRP e dar a ela a oportunidade de se expressar livremente sobre o ocorrido, cabendo a ela decidir se concordava ou não em participar, independente da confirmação da violência sexual (Anexo G).

Das mulheres elegíveis para o estudo, muitas não foram localizadas pelo telefone que constava no prontuário por vários motivos: porque a linha não existia mais, não

pertencia mais a elas ou a seus pais, ou após pelo menos três chamadas em horários diferentes (manhã, tarde e noite) ninguém atendeu ou retornou a ligação ou permaneceu fora de área ou desligado. Nestes casos, buscou-se o contato no sistema municipal vinculado à atenção primária, em geral mais atualizado, porque é a porta de entrada para atendimentos de qualquer complexidade no âmbito da rede pública.

Uma vez que os contatos telefônicos registrados eram, em sua maioria, dos pais ou responsáveis pelas meninas, que tinham na época do atendimento no HCFMRP menos de 18 anos, muitas vezes, que atendia o primeiro telefonema eram os pais ou responsáveis proprietários da linha telefônica. Neste caso, o pesquisador explicava que estava realizando um estudo com mulheres que já foram atendidas no HCFMRP e pedia o contato da mulher. As mulheres cujos pais não concordaram em fornecer seu contato, e que não puderam ser diretamente localizadas pelo sistema municipal de registros, mídias sociais ou lista telefônica também foram registradas como não localizadas.

Foram também, convidadas mulheres da comunidade com histórico de abuso sexual na infância. O convite foi realizado a partir de anúncios nos meios de comunicação locais ou mídias sociais, no qual eram oferecidos os telefones para entrarem em contato tendo a possibilidade de deixarem mensagem pelas redes sociais informando o telefone de contato (Anexos H e I). Neste caso, o histórico era obtido por meio do autorrelato da mulher, não sendo necessário qualquer outro tipo de confirmação.

#### **4.3.1. Avaliação do histórico de violência sexual na infância**

Para avaliar o histórico de violência sexual, foi utilizado o Inventário de Auto Avaliação de Traumas Precoces (ETISR-SF – Anexo A1) – instrumento auto aplicado composto por 27 itens pontuados em respostas binárias do tipo “sim /não”, que avalia a ocorrência de traumas durante a infância e adolescência (BREMNER; BOLUS; MAYER, 2007). Foram utilizadas as seis questões da parte 4 (“Eventos Sexuais/Antes da idade de 18 anos”) da versão traduzida e adaptada para o português do Brasil por Osório et al. (2013). Consideramos, como indicador positivo da presença de violência sexual na infância, a resposta “sim” a pelo menos uma das seis questões presentes nessa subescala.

Para acessar o significado (crença) que a participante atribuiu à violência sexual que sofreu foi utilizado um instrumento semiestruturado elaborado pelos autores contendo as seguintes questões: “Você considera ter sido vítima de abuso sexual?”, e “Isso

influenciou sua vida sexual de algum jeito?”, ambas com resposta binária (sim/não). Para conhecer o agressor foi utilizada a seguinte questão: “Quem cometeu o abuso sexual?”, com as opções: desconhecido, conhecido da família ou membro da família (pai, padrasto, avô, tio, irmão, primo, outros), (Anexo 2).

#### **4.3.2. Avaliação da função sexual**

O risco de disfunção sexual é a variável de desfecho primária deste estudo. Para avaliar a função sexual foi empregado o Inventário da Função Sexual Feminina (IFSF - Anexo B), um questionário autoaplicável, validado para a população brasileira para a avaliação da função sexual feminina (PACAGNELLA; MARTINEZ; VIEIRA, 2009; ROSEN et al., 2000). Trata-se de um questionário formado por dezenove questões, agrupadas em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Todas as perguntas são de múltipla escolha e a cada resposta é atribuído um valor de 0 a 5. Os valores são calculados por fórmula matemática, obtendo-se, assim, o escore da função sexual, que varia de 2 a 36, considerando-se que quanto menor for o escore obtido, pior será a função sexual. Um escore  $\leq 26,55$  significa risco para a disfunção sexual (WIEGEL; MESTON; ROSEN, 2005).

#### **4.3.3. Avaliação de comorbidades psiquiátricas**

Para avaliação do risco de episódio depressivo maior (EDM) foi utilizado o Questionário Sobre a Saúde do Paciente - 9 (versão da PHQ-9 para o Português Brasileiro – Anexo C), instrumento breve que reúne nove itens, dispostos em uma escala de quatro pontos do tipo Likert: 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias), com pontuação que varia de 0 a 27 para avaliar a frequência de sinais e sintomas de depressão nas últimas duas semanas. Estima-se, como indicador de risco para EDM, valor maior ou igual a 10 (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001; OSÓRIO et al., 2009).

Para avaliação do risco de transtorno de ansiedade generalizada (TAG), optou-se pela versão para o português brasileiro do *Generalized Anxiety Disorder - 7* (GAD-7 – Anexo D), instrumento breve de acordo com os critérios da 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (MORENO et al., 2016; SPITZER et al., 2006). É composto por sete itens, dispostos em uma escala de quatro pontos: 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias), com pontuação que varia de 0 a 21, ao medir frequência de



sinais e sintomas de ansiedade nas últimas duas semanas. Considera-se valor igual ou maior que 10 como indicador positivo de risco para TAG (SPITZER et al., 2006).

Para avaliação do risco de transtorno de estresse pós traumático (TEPT) foi utilizada a versão adaptada para o português do Brasil da *Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PCL-5 – Anexo E), escala de vinte itens em uma escala de quatro pontos: 0 (de modo nenhum) a 4 (extremamente) que permite a identificação de sintomas associados a um evento traumático (BLEVINS et al., 2015; DE LIMA OSÓRIO et al., 2017). Considera-se um valor maior ou igual a 36 como indicador positivo de risco para TEPT (PEREIRA-LIMA et al., 2019).

#### **4.4. Procedimentos**

Às mulheres que concordaram em participar do estudo foi solicitado o endereço para o envio do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e dos questionários em envelope lacrado, pelo correio, no qual constava também, um envelope selado com o endereço do pesquisador. Foram oferecidas quatro possibilidades de devolução dos questionários: por correio, utilizando o envelope selado enviado junto aos questionários; por meio de auxiliares de pesquisa treinados, que recolhiam o envelope em local combinado com a participante; pessoalmente ao pesquisador, no HCFMRP, onde poderiam esclarecer suas dúvidas junto ao pesquisador; por e-mail, para aquelas que solicitaram o envio de uma versão digitalizada dos documentos e tinham acesso a scanner para o envio do TCLE assinado.

Todas as respostas dos questionários foram codificadas numericamente e transferidas para um banco de dados digital por meio do programa Microsoft Excel para Office 365 (Redmond, VA, Estados Unidos).

#### **4.5. Análise Estatística**

A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa SAS versão 9.4. Foi realizada uma análise exploratória de dados através de medidas de posição central e de dispersão. O teste t-Student foi aplicado para verificar se existe diferença entre as médias da variável idade em relação aos desfechos. As frequências absolutas e relativas foram estimadas para verificar a distribuição das variáveis qualitativas. O teste qui-quadrado foi aplicado para verificar quais as variáveis qualitativas se relacionam ao risco de disfunção

sexual, de acordo com o escore do IFSF. O teste exato de Fischer foi aplicado quando na tabela de contingência verificou-se valores absolutos menores do que 5. Para todas as análises, foram considerados como estatisticamente relevantes os testes que apresentaram valor de p menor do que 0,05.

Foram construídos modelos de regressão logística univariada e multivariada para quantificar a associação entre as variáveis explicativas em relação ao risco de disfunção sexual, avaliado pelo IFSF, e à percepção subjetiva da influência da violência sexual na infância na função sexual. Como medida de tamanho de efeito foi considerado o odds ratio, com intervalo de confiança de 95%.

Para verificar a concordância entre o resultado obtido pela ETISR-SF, pelo IFSF e pelo questionário semiestruturado, estimou-se o coeficiente Kappa, de acordo com a classificação de Cohen (<0 - sem concordância, 0-0,19 - concordância ruim, 0,20-0,39 - concordância leve, 0,40-0,59 - concordância moderada, 0,60-0,79 - alta concordância, >0,80+ - excelente concordância).

#### **4.6. Aspectos Éticos**

Anteriormente à coleta de dados, este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia e posteriormente aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP (CAAE 79751517.3.0000.5440). Foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a assinatura deste era condição para a participação na pesquisa. As atividades práticas deste projeto foram pautadas segundo as normas éticas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com Ser Humano.

Para as participantes que identificassem dificuldades associadas à violência sexual, quer seja em sua repercussão na função sexual ou saúde mental, foi oferecido o atendimento por equipe multidisciplinar especializada (ginecologistas, psiquiatras e psicólogos) no Ambulatório de Estudos da Sexualidade Humana do HCFMRP.

## 5. RESULTADOS

Setenta e sete mulheres participaram do estudo sendo 66 (85,7%) da coorte do HCFMRP e 11 (14,3%) da internet. A recusa em participar da pesquisa ocorreu das seguintes maneiras: as mulheres não concordavam com a participação logo no primeiro contato com o pesquisador; elas concordavam em participar mas não atendiam mais às ligações após o contato inicial, não enviavam os questionários respondidos, não compareciam ao HCFMRP ou não recebiam os auxiliares de pesquisa no local combinado; elas eram impedidas por familiares de receber os auxiliares de pesquisa que, em alguns casos, sofreram agressões verbais e ameaças por parte destes familiares. A Figura 1 apresenta o fluxograma amostral.

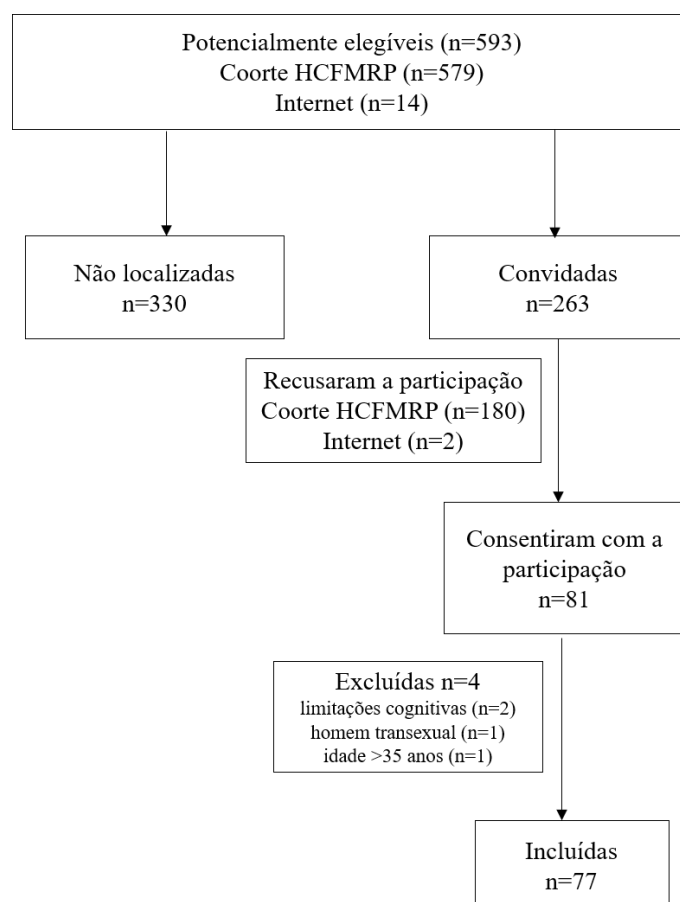


Figura 1. Fluxograma do recrutamento e seleção de participantes

A média de idade das participantes foi de  $23,96 \pm 5,07$  anos, 49 (63,6%) eram brancas, 42 (56,8%) tinham entre 9 e 11 anos de escolaridade, 50 (65,8%) estavam em um

relacionamento estável, 44 (57,9%) não tinham filhos, 5 (6,6%) eram gestantes ou lactantes. (Tabela 1).

**Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres que sofreram violência sexual na infância (n=77)**

<b>Variável</b>	
<b>Idade em anos*</b>	24 ± 5,07
	n (%)
<b>Raça/cor</b>	
Branca	49 (63,6)
Não branca	28 (36,4)
<b>Escolaridade em anos</b>	
0 a 8	21 (28,4)
9 a 11	42 (56,8)
12 ou mais	11 (14,9)
<b>Relacionamento</b>	
Sim	50 (65,8)
Não	26 (34,2)
<b>Filhos</b>	
Sim	32 (42,1)
Não	44 (57,9)
<b>Gestante ou lactante</b>	
Sim	5 (6,6)
Não	71 (93,4)

\*Valor dado em média ± desvio padrão.

Na avaliação da função sexual das mulheres, 53 (68,8%) delas apresentaram o escore total do IFSF menor do que 26,55 (Tabela 2). Ao excluir-se as mulheres que não tiveram relação sexual nas últimas 4 semanas (n=17), 38 (63,3%) mulheres apresentaram o escore total do IFSF menor do que 26,55.

A avaliação das comorbidades psiquiátricas evidenciou que 55 (71,4%) mulheres estão em risco de apresentar um episódio depressivo maior (PHQ-9), 54 (70,1%) estão em risco de apresentar o transtorno de ansiedade generalizada (GAD-7) e 43 (56,6%) estão em risco de apresentar o transtorno de estresse pós traumático (PCL-5). Cinquenta e cinco mulheres (72,4%) já haviam recebido tratamento psiquiátrico ou psicológico alguma vez e 9 (11,8%) estavam fazendo uso de antidepressivos.

Na avaliação do histórico de violência sexual na infância pela escala ETISR-SF, 62 (80,5%) mulheres tiveram pelo menos um evento sexual traumático (não consentido) antes dos 18 anos.

A avaliação pelo questionário semiestruturado evidenciou que 64 (84,2%) mulheres se consideram vítimas de abuso sexual na infância e destas, 41 (64,1%) acreditam que o abuso sexual influenciou sua vida sexual.

Com relação ao agressor, 37 (56%) mulheres relataram ter sido vitimizadas por algum membro da família e 14 (21,2%) relataram que o agressor foi o pai ou padrasto, e 9 (12,5%) relataram abuso sexual por mais de um agressor.

Pertencer ao grupo de mulheres recrutadas pela internet foi associado ao maior uso de antidepressivos ( $p=0,02$ ), à maior frequência de percepção da influência do abuso sexual na infância em sua vida sexual ( $p=0,01$ ) e de ter tido, como agressor, um membro da família ( $p=0,017$ ). Para as outras variáveis clínicas, não houve diferença significativa entre a coorte do HCFMRP e as participantes da internet, incluindo-se o risco para disfunção sexual, avaliado pelo IFSF ( $p=0,32$ ). A Tabela 2 evidencia estes resultados.

**Tabela 2. Características clínicas das mulheres que sofreram violência sexual na infância (n=77)**

<b>Variável</b>	<b>n (%)</b>
<b>Risco para Disfunção Sexual</b>	
Sim (IFSF $\leq 26,55$ )	53 (68,8)
Não (IFSF $> 26,55$ )	24 (31,2)
<b>Risco para EDM</b>	
Sim (PHQ-9 $< 10$ )	55 (71,4)
Não (PHQ-9 $\geq 10$ )	22 (28,6)
<b>Risco para TAG</b>	
Sim (GAD-7 $< 10$ )	54 (70,1)
Não (GAD-7 $\geq 10$ )	23 (29,9)
<b>Risco para TEPT</b>	
Sim (PCL-5 $< 36$ )	43 (56,6)
Não (PCL-5 $\geq 36$ )	33 (43,4)
<b>Você já fez tratamento psiquiátrico ou psicológico alguma vez?</b>	
Sim	55 (72,4)
Não	21 (27,6)
<b>Você está tomando antidepressivos neste momento?</b>	
Sim	9 (11,8)
Não	67 (88,2)
<b>Eventos sexuais traumáticos antes dos 18 anos (ETISR-SF)</b>	
Sim	62 (80,5)
Não	15 (19,5)
<b>Você se considera vítima de abuso sexual?</b>	
Sim	64 (84,2)
Não	12 (15,8)
<b>Isto influenciou sua vida sexual de algum jeito? (n=64)</b>	
Sim	41 (64)
Não	23 (36)
<b>Quem foi o agressor? (n=64)</b>	

Pai ou padrasto	14 (21,2)
Outros familiares	21 (31,8)
Parceiro íntimo	4 (6)
Conhecido/não familiar	10 (13)
Desconhecido	26 (39,4)
<b>Agressor: membro da família (n=64)</b>	
Sim	37 (56)
Não	29 (44)
<b>Agressor era pai o padrasto (n=64)</b>	
Sim	52 (78,8)
Não	14 (21,2)
<b>Número de agressores (n=64)</b>	
1	55 (87,5)
2 ou mais	9 (12,5)

IFSF: Inventário da Função Sexual Feminina, EDM: Episódio Depressivo Maior, PHQ-9: Questionário Sobre a Saúde do Paciente – 9, TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada, GAD-7: Triagem para Transtorno de Ansiedade Generalizada - 7, TEPT: Transtorno de Estresse Pós Traumático, PCL-5: Lista de Verificação do TEPT para o DSM-5, ETISR-SF: Inventário de Auto Avaliação de Traumas Precoces

Através do teste do qui-quadrado, houve associação entre o risco de disfunção sexual e não estar em um relacionamento ( $p < 0,01$ ), não ser gestante ou lactante ( $p = 0,016$ ), apresentar risco para episódio depressivo maior ( $p < 0,01$ ), para transtorno de ansiedade generalizada ( $p < 0,01$ ), para transtorno de estresse pós traumático ( $p < 0,01$ ) e histórico de pelo menos um evento sexual traumático antes dos 18 anos ( $p = 0,04$ ), (Tabela 3).

**Tabela 3. Associação entre o escore do Índice da Função Sexual Feminina (IFSF) e as variáveis sociodemográficas e clínicas de mulheres que sofreram violência sexual na infância (n=77)**

Variável	Escore total do IFSF		Total	P**
	≤ 26,55	> 26,55		
	<b>53 (68,8%)</b>	<b>24 (31,2%)</b>	<b>77</b>	
<b>Idade em anos</b>	24,2 ± 5,2	23,5 ± 4,8		0,59
<b>Raça/cor</b>				0,37
Branca	32 (60,4)	17 (70,8)	49	
Não branca	21 (39,6)	7 (29,2)	28	
<b>Escolaridade em anos</b>				0,51
0 a 8	13 (25,5)	8 (34,8)	21	
9 a 11	29 (56,9)	13 (56,5)	42	
12 ou mais	9 (17,6)	2 (8,7)	11	
<b>Relacionamento</b>				<b>&lt;0,01</b>
Sim	29 (55,8)	21 (87,5)	50	
Não	23 (44,2)	3 (12,5)	26	
<b>Filhos</b>				0,58
Sim	23 (44,2)	9 (37,5)	32	
Não	29 (55,8)	15 (62,5)	44	
<b>Risco para EDM (PHQ-9)</b>				<b>&lt;0,01</b>

Sim	10 (18,9)	12 (50)	22	
Não	43 (81,1)	12 (50)	57	
<b>Risco para TAG (GAD-7)</b>				<b>&lt;0,01</b>
Sim	12 (22,6)	11 (45,8)	23	
Não	41 (77,3)	13 (54,2)	54	
<b>Risco para TEPT (PCL-5)</b>				<b>&lt;0,01</b>
Sim	18 (34,6)	15 (62,5)	33	
Não	34 (65,4)	9 (37,5)	43	
<b>Você já fez tratamento psiquiátrico ou psicológico alguma vez?</b>				0,72
Sim	37 (71,2)	18 (75)	55	
Não	15 (28,8)	6 (25)	21	
<b>Você está tomando antidepressivos neste momento?</b>				0,52
Sim	7 (13,5)	2 (8,3)	9	
Não	45 (86,5)	22 (91,7)	67	
<b>Evento sexual traumático/ não consentido antes dos 18 anos (ETISR-SF)</b>				<b>0,04</b>
Sim	46 (86,8)	16 (66,7)	62	
Não	7 (13,2)	8 (33,3)	15	
<b>Alguém já fez sexo com você contra a sua vontade, antes dos 18 anos?</b>				0,48
Sim	31 (58,5)	12 (50)	43	
Não	22 (41,5)	12 (50)	34	
<b>Você se considera vítima de abuso sexual?</b>				0,13
Sim	46 (88,5)	18 (75)	64	
Não	6 (11,5)	6 (25)	12	
<b>Isto influenciou sua vida sexual?</b>				0,06
Sim	32 (66,7)	10 (43,5)	42	
Não	16 (33,3)	13 (56,5)	29	
<b>Agressor era membro da família?</b>				0,9
Sim	26 (56,5)	11 (55)	37	
Não	20 (43,5)	9 (45)	29	
<b>Agressor foi o pai ou o padrasto?</b>				0,87
Sim	10 (21,7)	4 (20)	14	
Não	36 (78,2)	16 (80)	52	
<b>Número de agressores</b>				0,57
1	39 (84,8)	18 (90)	57	
Mais de 1	7 (15,2)	2 (10)	9	

\* valores dados em média  $\pm$  desvio padrão, número (porcentagem em relação ao total) ou número. \*\* p-valor obtido pelo teste t-Student, teste do  $\chi^2$  ou teste exato de Fischer. IFSF: Inventário da Função Sexual Feminina, EDM: Episódio Depressivo Maior, PHQ-9: Questionário Sobre a Saúde do Paciente – 9, TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada, GAD-7: Triagem para Transtorno de Ansiedade Generalizada - 7, TEPT: Transtorno de Estresse Pós Traumático, PCL-5: Lista de Verificação do TEPT para o DSM-5, ETISR-SF: Inventário de Auto Avaliação de Traumas Precoces

Pela análise univariada, os fatores de risco para disfunção sexual, avaliada pelo escore total do IFSF, foram não estar em um relacionamento, não ser gestante ou lactante, possuir risco para episódio depressivo maior, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós traumático e histórico de pelo menos um evento sexual

traumático antes dos 18 anos. Pela análise multivariada, não estar em um relacionamento associou-se com o risco de disfunção sexual (Tabela 4).

**Tabela 4. Análise uni e multivariada da associação entre características sociodemográficas e clínicas e o escore total do Índice da Função Sexual Feminina (IFSF) de mulheres que sofreram violência sexual na infância (n=77)**

<b>Variável</b>	<b>Univariada OR bruto (IC 95%)*</b>	<b>Multivariada OR ajustado (IC 95%)*</b>
<b>Raça/cor</b>		
Branca	1,00 (referência)	
Não branca	0,63 (0,22 - 1,77)	
<b>Escolaridade em anos</b>		
0 a 8	0,36 (0,06 - 2,11)	
9 a 11	0,50 (0,09 - 2,62)	
12 ou mais	1,00 (referência)	
<b>Relacionamento</b>		
Sim	1,00 (referência)	1,00 (referência)
Não	<b>5,55 (1,47 - 20,94)</b>	<b>6,80 (1,54 - 30,03)</b>
<b>Filhos</b>		
Sim	1,00 (referência)	
Não	0,76 (0,28 - 2,04)	
<b>Risco para EDM (PHQ-9)</b>		
Sim	<b>4,29 (1,51 - 12,34)</b>	2,30 (0,39 - 13,51)
Não	1,00 (referência)	1,00 (referência)
<b>Risco para TAG (GAD-7)</b>		
Sim	<b>2,89 (1,03 - 8,06)</b>	1,04 (0,21 - 5,02)
Não	1,00 (referência)	1,00 (referência)
<b>Risco para TEPT (PCL-5)</b>		
Sim	<b>3,14 (1,15 - 8,62)</b>	1,8 (0,36 - 8,85)
Não	1,00 (referência)	1,00 (referência)
<b>Já fez tratamento psiquiátrico ou psicológico alguma vez?</b>		
Sim	1,00 (referência)	
Não	1,21 (0,4 - 3,66)	
<b>Você está tomando antidepressivos neste momento?</b>		
Sim	1,71 (0,33 - 8,93)	
Não	1,00 (referência)	
<b>Eventos sexuais antes dos 18 anos traumáticos/não consentidos (ETISR-SF)</b>		
Sim	<b>2,94 (1,03 - 10,53)</b>	2,82 (0,62 - 12,99)
Não	1,00 (referência)	1,00 (referência)
<b>Você se considera vítima de abuso sexual?</b>		
Sim	2,55 (0,73 - 9,01)	
Não	1,00 (referência)	
<b>Isto influenciou em sua vida sexual?</b>		
Sim	2,28 (0,75 - 6,99)	
Não	1,00 (referência)	
<b>Agressor era membro da família?</b>		
Sim	1,06 (0,37 - 3,06)	
Não	1,00 (referência)	
<b>Agressor foi o pai ou o padrasto?</b>		



Sim	1,11 (0,30 - 4,08)
Não	1,00 (referência)
<b>Número de agressores</b>	
1	1,00 (referência)
Mais de 1	1,62 (0,31 - 8,55)

\*OR: Odds Ratio, IC: Intervalo de Confiança. \*\*Obtido pelo Teste t-Student. IFSF: Inventário da Função Sexual Feminina, EDM: Episódio Depressivo Maior, PHQ-9: Questionário Sobre a Saúde do Paciente – 9, TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada, GAD-7: Triagem para Transtorno de Ansiedade Generalizada - 7, TEPT: Transtorno de Estresse Pós Traumático, PCL-5: Lista de Verificação do TEPT para o DSM-5, ETISR-SF: Inventário de Auto Avaliação de Traumas Precoces

Sessenta e quatro (84,2%) mulheres se consideram vítimas de abuso sexual na infância (responderam “sim” à questão “isto influenciou sua vida sexual de algum jeito?”). Pelo teste do qui-quadrado, verificou-se a associação entre a crença de que o abuso sexual na infância influenciou sua vida sexual e as variáveis: possuir risco para episódio depressivo maior ( $p=0,05$ ), transtorno de ansiedade generalizada ( $p=0,001$ ), transtorno de estresse pós traumático ( $p=0,02$ ) e abuso sexual por um membro da família ( $p=0,01$ ), (Tabela 5).

**Tabela 5. Associação entre a crença de que o abuso sexual na infância influenciou a vida sexual e as características sociodemográficas e clínicas de mulheres que se consideram vítimas de abuso sexual na infância (n=64)\***

Variável	"Isto influenciou em sua vida sexual de algum jeito?"			P**
	Sim 41 (64%)	Não 23 (36%)	Total 64	
<b>Idade em anos</b>	24,6 ± 5,5	24,1 ± 4,5		0,73
<b>Raça/cor</b>				0,99
Branca	25 (61)	14 (61)	39	
Não branca	16 (39)	9 (39)	25	
<b>Escolaridade em anos</b>				0,77
0 a 8	10 (25,6)	6 (26,1)	16	
9 a 11	21 (53,9)	14 (60,9)	35	
12 ou mais	8 (20,5)	3 (13,4)	11	
<b>Relacionamento</b>				0,78
Sim	26 (63,4)	16 (69,6)	42	
Não	15 (36,6)	7 (31,4)	22	
<b>Filhos</b>				0,57
Sim	19 (46,3)	9 (39,1)	28	
Não	22 (53,7)	14 (60,9)	36	
<b>Risco para EDM (PHQ-9)</b>				<b>0,04</b>
Sim	34 (82,9)	14 (60,9)	48	
Não	7 (17,1)	9 (39,1)	16	
<b>Risco para TAG (GAD-7)</b>				<b>0,001</b>
Sim	35 (85,4)	11 (47,8)	46	
Não	6 (14,6)	12 (52,2)	18	
<b>Risco para TEPT (PCL-5)</b>				<b>0,02</b>
Sim	30 (73,2)	10 (43,5)	40	

Não	11 (26,8)	13 (56,5)	24	
<b>Já fez tratamento psiquiátrico ou psicológico alguma vez?</b>				0,54
Sim	30 (73,2)	19 (82,6)	49	
Não	11 (26,8)	4 (17,4)	15	
<b>Está tomando antidepressivos neste momento?</b>				0,14
Sim	8 (19,5)	1 (4,4)	9	
Não	33 (80,5)	22 (95,6)	55	
<b>Eventos sexuais antes dos 18 anos traumáticos/não consentidos (ETISR-SF)</b>				0,99
Sim	38 (92,7)	22 (95,6)	60	
Não	3 (7,3)	1 (4,4)	4	
<b>Alguém já fez sexo com você contra a sua vontade, antes dos 18 anos?</b>				0,59
Sim	25 (61)	16 (69,6)	41	
Não	16 (39)	7 (30,4)	23	
<b>Agressor era membro da família?</b>				0,01
Sim	27 (67,5)	8 (34,8)	35	
Não	13 (32,5)	15 (65,2)	28	
<b>Agressor foi o pai ou o padrasto?</b>				0,94
Sim	9 (22,5)	5 (21,7)	14	
Não	31 (77,5)	18 (78,3)	49	
<b>Número de agressores</b>				0,47
1	7 (17,5)	2 (8,7)	9	
Mais de 1	33 (82,5)	21 (91,3)	54	

\* valores dados em média  $\pm$  desvio padrão, número (porcentagem em relação ao total) ou número. \*\* p-valor obtido pelo teste t-Student, teste do  $\chi^2$  ou teste exato de Fischer. \* valores dados em média  $\pm$  desvio padrão, número (porcentagem em relação ao total) ou número. \*\* p-valor obtido pelo teste t-Student, teste do  $\chi^2$  ou teste exato de Fischer IFSF: Inventário da Função Sexual Feminina, EDM: Episódio Depressivo Maior, PHQ-9: Questionário Sobre a Saúde do Paciente – 9, TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada, GAD-7: Triagem para Transtorno de Ansiedade Generalizada - 7, TEPT: Transtorno de Estresse Pós Traumático, PCL-5: Lista de Verificação do TEPT para o DSM-5, ETISR-SF: Inventário de Auto Avaliação de Traumas Precoces

Pela análise univariada, os fatores de risco para a crença de que o abuso sexual na infância influenciou a vida sexual são: risco para transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós traumático e abuso sexual por um membro da família. Pela análise multivariada, os fatores de risco identificados são a presença de risco para transtorno de ansiedade generalizada e abuso sexual por um membro da família (Tabela 6).

**Tabela 6. Análise univariada e multivariada da associação entre a crença de que o abuso sexual na infância influenciou a vida sexual e as características sociodemográficas e clínicas de mulheres que se consideram vítimas de abuso sexual na infância (n=64)**

Variável	Univariada OR bruto (IC 95%)*	Multivariada OR ajustado (IC 95%)*
<b>]]mmm-</b>		
Branca	1,00 (referência)	
Não branca	1,00 (0,34 - 2,83)	
<b>Escolaridade em anos</b>		
0 a 8	0,62 (0,12 - 3,32)	
9 a 11	0,56 (0,13 - 2,49)	
12 ou mais	1,00 (referência)	
<b>Relacionamento</b>		
Sim	1,00 (referência)	
Não	1,32 (0,44 - 3,93)	
<b>Filhos</b>		
Sim	1,00 (referência)	
Não	0,74 (0,26 - 2,10)	
<b>Risco para EDM (PHQ-9)</b>		
Sim	3,12 (0,97 - 10)	
Não	1,00 (referência)	
<b>Risco para TAG (GAD-7)</b>		
Sim	<b>6,36 (1,93 - 20,83)</b>	<b>5,88 (1,3 - 27,03)</b>
Não	1,00 (referência)	1,00 (referência)
<b>Risco para TEPT (PCL-5)</b>		
Sim	<b>3,55 (1,21 - 10,42)</b>	2,08 (0,51 - 8,55)
Não	1,00 (referência)	1,00 (referência)
<b>Já fez tratamento psiquiátrico ou psicológico alguma vez?</b>		
Sim	1,00 (referência)	
Não	1,74 (0,48 - 6,27)	
<b>Você está tomando antidepressivos neste momento?</b>		
Sim	5,32 (0,62 - 45,4)	
Não	1,00 (referência)	
<b>Eventos sexuais antes dos 18 anos traumáticos/não consentidos (ETISR-SF)</b>		
Sim	0,58 (0,06 - 5,88)	
Não	1,00 (referência)	
<b>Alguém já fez sexo com você contra a sua vontade, antes dos 18 anos?</b>		
Sim	0,68 (0,23 - 2,03)	
Não	1,00 (referência)	
<b>Agressor era membro da família?</b>		
Sim	<b>3,89 (1,32 - 11,49)</b>	<b>5,78 (1,57 - 21,28)</b>
Não	1,00 (referência)	1,00 (referência)
<b>Agressor foi o pai ou o padrasto?</b>		

Sim	1,04 (0,30 - 3,59)
Não	1,00 (referência)
<b>Número de agressores</b>	
1	1,00 (referência)
Mais de 1	2,23 (0,42 - 11,76)

---

\*OR: Odds Ratio, IC: Intervalo de Confiança. \*\* Obtido pelo teste t-Student. IFSF: Inventário da Função Sexual Feminina, EDM: Episódio Depressivo Maior, PHQ-9: Questionário Sobre a Saúde do Paciente – 9, TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada, GAD-7: Triagem para Transtorno de Ansiedade Generalizada - 7, TEPT: Transtorno de Estresse Pós Traumático, PCL-5: Lista de Verificação do TEPT para o DSM-5, ETISR-SF: Inventário de Auto Avaliação de Traumas Precoces

A análise de concordância (kappa) entre as respostas no ETIRS-SF (parte 4) e a resposta à pergunta "Você considera que foi vítima de abuso sexual infantil?" foi de 0,78 (IC 95%: 0,59 - 0,96), o que expressou concordância substancial entre as duas formas de avaliar o histórico de VSI. O coeficiente kappa entre a classificação do risco de disfunção sexual, de acordo com o IFSF, e a resposta à pergunta "isso influenciou sua vida sexual de alguma forma?" foi de 0,18 (-0,06 - 0,43), indicando pequena concordância entre as duas formas de avaliar as repercussões da VSI na vida sexual das mulheres.

## 6. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo principal verificar o risco de disfunção sexual em mulheres que sofreram violência sexual na infância, bem como verificar os fatores associados ao risco de disfunção sexual e a crença de que o abuso sexual na infância teve influência na vida sexual destas mulheres. Os resultados desse estudo evidenciaram que 68,8% das mulheres apresentaram risco para disfunção sexual, 71,4% apresentaram risco para EDM, 70,1% apresentaram risco para TAG e 56,6% apresentaram risco para TEPT. Para 64% dessas mulheres, o abuso sexual foi um marco importante na concepção delas de terem sido abusadas e isso influenciou, de alguma forma, a sexualidade e a vivência sexual delas. Nossos resultados mostram, ainda, que o abuso sexual cometido por membro da família e as comorbidades psiquiátricas avaliadas foram associados à crença de que o abuso sexual influenciou a vida sexual delas. Já o risco para disfunção sexual foi associado ao histórico de evento sexual traumático/não consentido, às comorbidades psiquiátricas investigadas e não estar em um relacionamento.

É um desafio investigar a função sexual em mulheres vítimas de violências sexual devido ao tabu que permeia esse tema e à complexidade de fatores psicossociais envolvidos na violência sexual (COLLIN-VÉZINA et al., 2015). Desde o recrutamento da amostra ao convite das mulheres para a participação no estudo, inúmeros entraves surgiram e muitas potenciais participantes foram perdidas. Muitas mulheres não foram localizadas pelo telefone disponível ou não foram encontradas nos endereços dos cadastros nos prontuários do HCFMRP. Outras mulheres pertenciam à população flutuante que migra para Ribeirão Preto em busca de empregos temporários, de universidades e de serviços de saúde que a região oferece (SILVA, 1999) e deixaram esses endereços transitórios. Mas, cerca de 72,2% das mulheres contatadas se negaram a participar e algumas participantes foram impedidas de participar pelos familiares que, inclusive, fizeram ameaças ao pesquisador.

A violência sexual constitui um evento traumático, em especial quando acontece o contato sexual com ou sem penetração e quando envolve um membro da família (PRIEBE; SVEDIN, 2008). No presente estudo 56% das participantes tiveram, como agressor, um membro da família o que, muitas vezes, leva a família a optar por manter o silêncio sobre a violência (TENER et al., 2018) para, supostamente, minimizar as consequências emocionais associadas ao evento, ou para proteger o perpetrador de consequências jurídicas (SAUZIER, 1989). Não se sabe ao certo qual o impacto dessa conduta familiar para a

vítima do abuso sexual, mas estudo mais antigo evidenciou que 19% dos adolescentes se arrependem de compartilhar a experiência do abuso sexual sofrido (SAUZIER, 1989). Além disso, 56,6% das participantes apresentaram risco para TEPT, que é caracterizado por intenso sofrimento psíquico associado a lembranças relacionadas ao evento traumático (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Tanto o trauma psicológico quanto a natureza intrafamiliar da agressão sexual podem justificar a dificuldade em acessar parcela significativa das mulheres elegíveis para o estudo. Por outro lado, muitas mulheres que participaram externaram sua gratidão pela oportunidade de falar sobre suas experiências e por serem assistidas em um serviço especializado em saúde sexual.

Um dado interessante desse estudo é a alta frequência (68,8%) de risco para disfunção sexual identificada, bem como de mulheres que creem que o abuso sexual influenciou sua vida sexual de alguma maneira (64,1%). Um estudo brasileiro evidenciou uma prevalência de 58% de disfunção sexual em mulheres vítimas abuso em relação as mulheres que não tiveram essa experiência (CARREIRO et al., 2016). Em uma revisão da literatura que realizamos (dados não publicados), na maioria dos estudos internacionais a prevalência de disfunção sexual nessa população está entre 56 e 63% em amostras clínicas e comunitárias, e em um estudo sueco dois terços das mulheres vítimas de abuso sexual apresentavam tal desfecho (ÖBERG; FUGL-MEYER; FUGL-MEYER, 2002). Ao se aproximar daqueles resultados, o nosso estudo evidencia a alta prevalência de disfunção sexual nesta população, maior do que a prevalência de disfunção sexual na população brasileira feminina, que é de 49%, e de 44,4 a 45,1% entre mulheres com menos de 40 anos (ABDO et al., 2004).

A avaliação do histórico de VSI pela escala ETISR-SF evidenciou que 80,5% das mulheres tiveram pelo menos um evento sexual traumático/não consentido antes dos 18 anos. É interessante observar que houve alta concordância ( $\kappa=0.78$ ) com o dado obtido por meio do questionário semiestruturado, que mostrou que 84,2% das mulheres se consideram vítimas de abuso sexual na infância. Esse dado é relevante porque mostra a utilidade desta pergunta como ferramenta de rastreio na assistência a essas mulheres.

Chama atenção o fato de que 21% das mulheres não reportaram quaisquer eventos sexuais traumáticos antes dos 18 anos e cerca de 17% não se consideram vítimas de abuso sexual. Esse dado corrobora um estudo que avaliou mulheres com histórico de abuso sexual na infância evidenciou que 39% delas não reportavam eventos sexuais traumáticos, confirmados por meio de registros da ocorrência (WILLIAMS, 1995). Esse esquecimento

pode estar relacionado a fenômenos psicológicos: dificuldades na compreensão do abuso pela criança no momento em que ocorreu, o que prejudica sua armazenagem na memória; existência de um conflito entre a concepção geral do sujeito sobre si mesmo e a possibilidade de se reconhecer como vítima, que pode impedir o resgate da lembrança do abuso sexual (JOSLYN; CARLIN; LOFTUS, 1997); amnésia dissociativa, que é um sintoma do transtorno de estresse pós traumático que consiste na dificuldade em lembrar-se de aspectos importantes de uma experiência traumática (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). É importante destacar que algumas mulheres que não reportavam histórico de abuso sexual foram vítimas de violência presumida, situação em o consentimento da menina com o ato sexual é considerado nulo pela lei, em virtude de sua idade (BRASIL, 2009). Elas são encaminhadas aos serviços de atenção a vítimas de violência sexual pelos equipamentos da rede de proteção dos direitos da criança, como o Serviço Social, Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude (BRASIL, 2012) mas, muitas vezes, não se reconhecem como vítimas e sustentam que participaram do ato por vontade própria. É importante destacar que, mesmo assim, elas estão sujeitas às consequências do início precoce da vida sexual para a saúde sexual e reprodutiva. Isso porque a sexarca precoce está associada ao maior número de parceiros sexuais ao longo da vida, maior chance de gravidez na adolescência, maior risco de infecções sexualmente transmissíveis (HEYWOOD et al., 2015), arrependimento (SABIA; REES, 2008) e menor satisfação com a autoimagem (VASILENKO; RAM; LEFKOWITZ, 2011). Desta forma, estratégias mais eficazes na abordagem da sexualidade desta população devem ser adotadas, com ênfase na prevenção da violência sexual, preferencialmente em cenários escolares e comunitários (LUNDGREN; AMIN, 2015).

Um estudo demonstrou que mulheres que tiveram experiências sexuais não desejadas, mas que não se identificaram como vítimas de abuso sexual na infância, alcançam maior satisfação sexual na vida adulta em relação às mulheres com passado de experiências similares e que se sentem vítimas (RELLINI; MESTON, 2007). As diferenças encontradas entre os dois grupos foram observadas em relação ao desfecho “satisfação sexual”, avaliado por meio da escala “Sexual Satisfaction Scale-Women”, mas não em relação a função sexual, também avaliada através do IFSF, o que está de acordo com os resultados de nosso estudo. A pergunta que avaliou a crença da participante sobre a influência do abuso sexual na infância em sua vida sexual permitiu que a mulher fizesse uma avaliação subjetiva da relação entre a exposição e o desfecho. Essa crença teve

associação com o risco para TAG e TEPT, e com o histórico de agressão por familiar. O estudo de Rellini e Meston (2007) não evidenciou diferenças quanto à satisfação sexual em função de características do abuso, incluindo-se a agressão por familiar. No entanto os autores avaliaram esse efeito através de instrumentos estruturados e não realizaram avaliação subjetiva, que é importante porque nem sempre a avaliação pelo escore reflete o verdadeiro impacto do abuso sexual na vida sexual da mulher. Vale lembrar que mulheres com histórico de VSI são mais propensas a atribuir significados negativos a experiência sexual, mesmo quando a resposta sexual está preservada (MESTON; HEIMAN, 2000).

Estudos prévios evidenciam que adultos que reportam VSI apresentam risco aumentado para desfechos negativos em saúde mental como depressão, transtornos de ansiedade e TEPT (CHEN et al., 2010; COLES et al., 2015; MOLNAR; BUKA; KESSLER, 2001). Também é conhecida a associação entre transtornos mentais e disfunção sexual em mulheres (BROTTO; KLEIN, 2010). Corroborando esses achados, nosso estudo evidenciou que o risco para EDM, TAG e TEPT foi associado ao risco para disfunção sexual. É conhecido que experiências de abuso sexual não necessariamente levam a disfunção sexual (BONANNO, 2005), mas indivíduos que desenvolvem TEPT como consequência da VSI apresentam prejuízo da resposta sexual, o que dá suporte à hipótese de que a disfunção sexual seja mediada por processos biológicos, afetivos e cognitivos relacionados a este transtorno, tais como a dissociação e a evitação (BORNEFELD-ETTMANN et al., 2018; YEHUDA; LEHRNER; ROSENBAUM, 2015). A atividade sexual pode evocar a memória do abuso sexual (HALL, 2007), o que dificulta a entrega, interfere na intimidade do casal e predispõe a disfunção sexual (BA; BHOPAL, 2017). É importante salientar que a relação entre saúde mental e função sexual é bidirecional, uma vez que a disfunção sexual pode, por sua vez, levar a humor deprimido, ansiedade e outros sintomas psiquiátricos (ATLANTIS; SULLIVAN, 2012; BROTTO; KLEIN, 2010).

Mas, um dado inédito é que os riscos para TAG e TEPT se associaram também à percepção subjetiva de influência do abuso sexual na vida sexual das mulheres, e não apenas ao escore do IFSF. Entretanto, a baixa concordância ( $\kappa = 0,18$ ) entre a classificação de risco para disfunção sexual de acordo com o IFSF e a pergunta que avaliou a percepção do impacto da VSI na vida sexual indica que a resposta a essa pergunta não é equivalente ao resultado obtido pelo escore daquele instrumento. O IFSF avalia objetivamente os domínios da resposta sexual (ROSEN et al., 2000), enquanto o nosso questionário procurou avaliar a percepção de uma relação entre o histórico de VSI e as queixas sexuais atuais.



Mulheres com histórico de VSI são mais propensas a atribuir significados negativos à experiência sexual, mesmo quando a resposta sexual é preservada (MESTON; HEIMAN, 2000), e podem não perceber aspectos de sua própria resposta sexual, como excitação sexual, devido aos mecanismos de dissociação que ocorrem quando os estímulos sexuais são processados (RELLINI, 2008). Nossa hipótese foi de que a maioria das mulheres não conhece a relação entre o trauma sexual precoce e suas dificuldades sexuais atuais ou que a influência atribuída ao abuso sexual é sentida pelas mulheres em outros aspectos da sexualidade que não os avaliados pelo IFSF.

Novos estudos devem buscar compreender a sexualidade dessas mulheres de maneira mais ampla, contemplando não apenas os domínios da resposta sexual avaliados objetivamente, por meio de escores, mas também como a mulher qualifica a sua experiência sexual e o impacto da VSI em sua saúde sexual. Outros desfechos apontados pela literatura, como o bem-estar sexual, que abrange a satisfação física e emocional com a parceria, a satisfação com a própria função e saúde sexual, a importância dada ao sexo e as percepções sobre a própria sexualidade (LAUMANN et al., 2006; ÖBERG; FUGL-MEYER; FUGL-MEYER, 2002) apontam para a necessidade de validação de novos instrumentos, como o que foi proposto pelo presente estudo.

Uma limitação deste estudo foi o grande número de sujeitos que não foram encontrados, o que limitou o tamanho da amostra, o que pode interferir nos resultados. Essa limitação poderá ser aferida em futuros estudos.

Os pontos fortes deste trabalho são a dupla checagem dos critérios de inclusão, utilizando-se do prontuário médico e de questionários e o uso de instrumentos validados para a avaliação do risco de disfunção sexual e comorbidades psiquiátricas. O questionário semiestruturado permitiu que a participante se expressasse a respeito de como dá significado ao histórico de abuso sexual. Nossos resultados permitiram evoluir no conhecimento uma vez que mostraram a concordância da questão subjetiva sobre o histórico de violência sexual com os dados obtidos por meio do questionário validado (ETISR-SF).

O conhecimento sobre a violência sexual na infância é fundamental para o estabelecimento de políticas públicas nesta área, e deve nortear o desenvolvimento de protocolos clínicos e estratégias de prevenção dos agravos a ela relacionados. Destaca-se a importância de se abordar a resposta sexual em consultas ginecológicas de rotina, e

referenciar para tratamento especializado as mulheres que relatem histórico de violência sexual na infância, considerando-se a alta prevalência de disfunção sexual nesta população, bem como de comorbidades psiquiátricas. É importante ressaltar, também, que a linha de cuidado da pessoa em situação de violência deve contemplar não apenas o atendimento emergencial, mas também o acolhimento de mulheres que percebam a influência do abuso sexual em sua vida sexual, o que pode demorar muitos anos para acontecer, dadas as características do abuso sexual e suas consequências, em geral crônicas e insidiosas.

Muitos são os entraves à pesquisa neste campo, principalmente relacionados aos tabus socioculturais, incluindo-se a natureza intrafamiliar da violência de gênero. Estudos com maiores amostras, controlados e com avaliação de maior número de variáveis (como idade à época do abuso, qualidade do relacionamento e comorbidades clínicas) são necessários para que se avalie melhor a prevalência da disfunção sexual e dos transtornos mentais nesta população, bem como os fatores de risco para estas condições e as percepções subjetivas que estas mulheres tem do impacto do abuso sexual em suas vidas.

## 7. CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou alto risco para disfunção sexual em mulheres vítimas de violência sexual na infância. Também identificou risco elevado para EDM, TAG e TEPT, e a sua associação com o risco para disfunção sexual nesta população. Por fim, encontrou associação entre a crença, por parte das mulheres que se consideravam vítimas de abuso sexual na infância, de que isso influenciou a sua vida sexual e possuir risco para TAG e TEPT, e também ter sido vitimizada por um membro da família. Este estudo contribuiu, ainda, para a proposição de questões simples, de grande utilidade clínica, pois evitam o uso de questionários e permitem ao profissional de saúde avaliar o histórico de violência sexual na infância e à paciente expressar o significado atribuído a esta experiência. Isso pode melhorar a assistência a estas mulheres ao permitir a identificação de mulheres em risco para disfunções sexuais, insatisfação com a vida sexual e transtornos mentais e o encaminhamento dessas pacientes para a assistência especializada.

## 8. REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N. et al. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women - Results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). **International Journal of Impotence Research**, v. 16, n. 2, p. 160–166, 2004.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition**. 5th. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ATLANTIS, E.; SULLIVAN, T. Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 6, p. 1497–1507, 2012.

BA, I.; BHOPAL, R. S. **Physical, mental and social consequences in civilians who have experienced war-related sexual violence: a systematic review (1981–2014)** **Public Health** Elsevier B.V., , 1 jan. 2017.

BARTH, J. et al. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Public Health**, v. 58, n. 3, p. 469–483, 2013.

BASSANI, D. G. et al. Child sexual abuse in southern Brazil and associated factors: a population-based study. **BMC public health**, v. 9, p. 133, maio 2009.

BLEVINS, C. A. et al. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. **Journal of Traumatic Stress**, v. 28, n. 6, p. 489–498, 1 dez. 2015.

BONANNO, G. A. **Resilience in the face of potential trauma** **Current Directions in Psychological Science**, jun. 2005.

BORNEFELD-ETTMANN, P. et al. Sexual Functioning After Childhood Abuse: The Influence of Post-Traumatic Stress Disorder and Trauma Exposure. **Journal of Sexual Medicine**, v. 15, n. 4, p. 529–538, 2018.

BRASIL. **Código Penal Brasileiro de 1940. Vade Mecum**. 8a. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

BRASIL, M. DA S. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes : norma técnica**. 3a. ed. Brasília: [s.n.].

BREMNER, J. D.; BOLUS, R.; MAYER, E. A. Psychometric properties of the early trauma inventory-self report. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 195, n. 3, p. 211–218, mar. 2007.

BROTTO, L. A.; KLEIN, C. **Psychological factors involved in womens sexual dysfunction****Expert Review of Obstetrics and Gynecology**Taylor & Francis, , jan. 2010.

CARREIRO, A. V et al. Sexual dysfunction risk and quality of life among women with a history of sexual abuse. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 134, n. 3, p. 260–263, 2016.

CHEN, L. P. et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 85, n. 7, p. 618–629, 2010.

COID, J. et al. Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: A cross-sectional survey. **Lancet**, v. 358, n. 9280, p. 450–454, 11 ago. 2001.

COLES, J. et al. Childhood Sexual Abuse and Its Association With Adult Physical and Mental Health: Results From a National Cohort of Young Australian Women. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 30, n. 11, p. 1929–1944, 2015.

COLLIN-VÉZINA, D. et al. A preliminary mapping of individual, relational, and social factors that impede disclosure of childhood sexual abuse. **Child Abuse and Neglect**, v. 43, p. 123–134, 2015.

DARTNALL, E.; JEWKES, R. Sexual violence against women: The scope of the problem. **Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 27, n. 1, p. 3–13, fev. 2013.

DE LIMA OSÓRIO, F. et al. Posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Transcultural adaptation of the Brazilian version. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 44, n. 1, p. 10–19, 1 jan. 2017.

DENNERSTEIN, L.; GUTHRIE, J. R.; ALFORD, S. Childhood abuse and its association with mid-aged women's sexual functioning. **Journal of sex & marital therapy**, v. 30, n. 4, p. 225–234, 2004.

GARCIA-MORENO, C. et al. **WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses** Geneva World Health Organization, , 2005. Disponível em: <<http://www.cabdirect.org/abstracts/20063002089.html>>

GREIJER, SUSANNA; DOEK, J. **Terminology guidelines for the protection of children from sexual exploitation and sexual abuse**. Luxembourg: [s.n.].

GUILLIAMS, T. G.; EDWARDS, L. **The Stress Response System Chronic Stress and the HPA Axis: Clinical Assessment and Therapeutic Considerations**. [s.l: s.n.].

HALL, K. Sexual dysfunction and childhood sexual abuse: Gender differences and treatment implications. In: **Principles and practice of sex therapy, 4th ed**. New York, NY, US: The Guilford Press, 2007. p. 350–378.

HEIMAN, J. R. Orgasmic disorders in women. In: LEIBLUM, S. (Ed.). . **Principles and practice of sex therapy**. New York, NY, US: The Guilford Press, 2007. p. 84--123.

HEYWOOD, W. et al. Associations Between Early First Sexual Intercourse and Later Sexual and Reproductive Outcomes: A Systematic Review of Population-Based Data. **Archives of Sexual Behavior**, v. 44, n. 3, p. 531–569, 2015.

JOSLYN, S.; CARLIN, L.; LOFTUS, E. F. Remembering and Forgetting Childhood Sexual Abuse. **Memory**, v. 5, n. 6, p. 703–724, 1997.

KAMIYA, Y.; TIMONEN, V.; KENNY, R. A. The impact of childhood sexual abuse on the mental and physical health, and healthcare utilization of older adults. **International Psychogeriatrics**, v. 28, n. 3, p. 415–422, 2016.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. **Journal of General Internal Medicine**, v. 16, n. 9, p. 606–613, 2001.

KRUG, E. G. et al. The world report on violence and health. **The Lancet**, v. 360, n. 9339, p. 1083–1088, 5 out. 2002.

LAUMANN, E. O. et al. A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: Findings from the global study of sexual attitudes and behaviors. **Archives of Sexual Behavior**, v. 35, n. 2, p. 145–161, 2006.

LEEB, R. T. et al. **CHILD MALTREATMENT SURVEILLANCE Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements Version 1.0.** [s.l.: s.n.].

LEONARD, L. M.; FOLLETTE, V. M. Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: review of the empirical literature and clinical implications. **Annual review of sex research**, v. 13, p. 346–388, 2002.

LOEB, T. B. et al. Child sexual abuse: associations with the sexual functioning of adolescents and adults. **Annual review of sex research**, v. 13, p. 307–345, 2002.

LUNDGREN, R.; AMIN, A. Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: Emerging evidence of effectiveness. **Journal of Adolescent Health**, v. 56, n. 1, p. S42–S50, 2015.

MATHEWS, B.; COLLIN-VÉZINA, D. Child Sexual Abuse: Toward a Conceptual Model and Definition. **Trauma, violence & abuse**, v. 20, n. 2, p. 131–148, 2019.

MESTON, C. M.; HEIMAN, J. R. Sexual abuse and sexual function: an examination of sexually relevant cognitive processes. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 68, n. 3, p. 399–406, jun. 2000.

MESTON, C. M.; RELLINI, A. H.; HEIMAN, J. R. Women's history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 74, n. 2, p. 229–236, abr. 2006.

MOLNAR, B. E.; BUKA, S. L.; KESSLER, R. C. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the national comorbidity survey. **American Journal of Public Health**, v. 91, n. 5, p. 753–760, 2001.

MORENO, A. L. et al. Factor structure, reliability, and item parameters of the Brazilian-Portuguese version of the GAD-7 questionnaire. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 367–376, 1 mar. 2016.

MURRAY, L. K.; NGUYEN, A.; COHEN, J. A. Child sexual abuse. **Child and adolescent psychiatric clinics of North America**, v. 23, n. 2, p. 321–337, abr. 2014.

ÖBERG, K.; FUGL-MEYER, K. S.; FUGL-MEYER, A. R. On sexual well-being in sexually abused Swedish women: Epidemiological aspects. **Sexual and Relationship Therapy**, v. 17, n. 4, p. 329–341, 2002.

OSÓRIO, F. et al. Study of the discriminative validity of the phq-9 and phq-2 in a sample of brazilian women in the context of primary health care. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 45, n. 3, p. 216–227, jul. 2009.

OSÓRIO, F. L. et al. Psychometrics Properties of Early Trauma Inventory Self Report - Short Form (ETISR-SR) for the Brazilian Context. **PLoS ONE**, v. 8, n. 10, 3 out. 2013.

PACAGNELLA, R. DE C.; MARTINEZ, E. Z.; VIEIRA, E. M. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. **Cadernos de Saude Publica**, v. 25, n. 11, p. 2333–2344, nov. 2009.

PEREDA, N. et al. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, v. 29, n. 4, p. 328–338, 2009.

PEREIRA-LIMA, K. et al. Psychometric properties and diagnostic utility of a Brazilian version of the PCL-5 (complete and abbreviated versions). **European Journal of Psychotraumatology**, v. 10, n. 1, 1 jan. 2019.

PRIEBE, G.; SVEDIN, C. G. Child sexual abuse is largely hidden from the adult society. An epidemiological study of adolescents' disclosures. **Child Abuse and Neglect**, v. 32, n. 12, p. 1095–1108, dez. 2008.

RELLINI, A. Review of the empirical evidence for a theoretical model to understand the sexual problems of women with a history of CSA. **The journal of sexual medicine**, v. 5, n. 1, p. 31–46, jan. 2008.

RELLINI, A. H.; MESTON, C. M. Sexual self-schemas, sexual dysfunction, and the sexual responses of women with a history of childhood sexual abuse. **Archives of sexual behavior**, v. 40, n. 2, p. 351–362, abr. 2011.

RELLINI, A.; MESTON, C. Sexual function and satisfaction in adults based on the definition of child sexual abuse. **The journal of sexual medicine**, v. 4, n. 5, p. 1312–1321, set. 2007.

RICH-EDWARDS, J. W. et al. Physical and sexual abuse in childhood as predictors of early-onset cardiovascular events in women. **Circulation**, v. 126, n. 8, p. 920–927, 21 ago. 2012.

ROSEN, R. et al. The female sexual function index (Fsf): A multidimensional self-report



instrument for the assessment of female sexual function. **Journal of Sex and Marital Therapy**, v. 26, n. 2, p. 191–205, 2000.

ROSEN, R. C.; BARSKY, J. L. Normal sexual response in women. **Obstetrics and gynecology clinics of North America**, v. 33, n. 4, p. 515–526, dez. 2006.

RYAN, G. L. et al. Voluntary and involuntary childlessness in female veterans: Associations with sexual assault. **Fertility and Sterility**, v. 102, n. 2, p. 539–547, 2014.

SABIA, J. J.; REES, D. I. The effect of adolescent virginity status on psychological well-being. **Journal of Health Economics**, v. 27, n. 5, p. 1368–1381, set. 2008.

SAUZIER, M. Disclosure of child sexual abuse. For better or for worse. **The Psychiatric clinics of North America**, v. 12, n. 2, p. 455–469, jun. 1989.

SCHLOREDT, K. A.; HEIMAN, J. R. Perceptions of sexuality as related to sexual functioning and sexual risk in women with different types of childhood abuse histories. **Journal of traumatic stress**, v. 16, n. 3, p. 275–284, jun. 2003.

SEGE, R. D.; FLAHERTY, E. G. **Forty years later: Inconsistencies in reporting of child abuse** *Archives of Disease in Childhood* BMJ Publishing Group Ltd, , 1 out. 2008. Disponível em: <<https://adc.bmj.com/content/93/10/822>>. Acesso em: 22 jun. 2020

SILVA, M. DE M. **Errantes do fim do século**. [s.l.] Unesp, 1999.

SPITZER, R. L. et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. **Archives of Internal Medicine**, v. 166, n. 10, p. 1092–1097, 22 maio 2006.

STEPHENSON, K. R.; HUGHAN, C. P.; MESTON, C. M. Childhood sexual abuse moderates the association between sexual functioning and sexual distress in women. **Child abuse & neglect**, v. 36, n. 2, p. 180–189, fev. 2012.

TENER, D. et al. Parental Attitudes Following Disclosure of Sibling Sexual Abuse: A Child Advocacy Center Intervention Study. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 88, n. 6, p. 661–669, 2018.

VASILENKO, S. A.; RAM, N.; LEFKOWITZ, E. S. Body image and first sexual intercourse in late adolescence. **Journal of Adolescence**, v. 34, n. 2, p. 327–335, abr. 2011.

WEAVER, T. L. Impact of rape on female sexuality: review of selected literature. **Clinical**

**obstetrics and gynecology**, v. 52, n. 4, p. 702–711, dez. 2009.

WHO. **Understanding and addressing violence against women**. Geneva PP - Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77434/1/WHO\\_RHR\\_12.37\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77434/1/WHO_RHR_12.37_eng.pdf)>.

WIEGEL, M.; MESTON, C.; ROSEN, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. **Journal of Sex and Marital Therapy**, v. 31, n. 1, p. 1–20, jan. 2005.

WILLIAMS, L. Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 62, p. 1167–1176, 1 jun. 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines**. Geneva: World Health Organization, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the consultation on child abuse prevention WHO, Geneva, 29-31 March 1999** Geneva PP - Geneva World Health Organization, , 1999. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/65900#sthash.lclqbNv9.dpuf>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO | Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence** World Health Organization Geneva PP - Geneva World Health Organization, , 2003. Disponível em: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/med\\_leg\\_guidelines/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/)>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva**. Geneva: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Diseases, 11th Revision**. 2018.

YEHUDA, R.; LEHRNER, A.; ROSENBAUM, T. Y. PTSD and Sexual Dysfunction in Men and Women. **Journal of Sexual Medicine**, v. 12, n. 5, p. 1107–1119, 2015.

## 7. ANEXOS

### A1. Questionário de Triagem

1. Qual é a sua idade? \_\_\_\_\_.
2. Você estudou até que série? \_\_\_\_\_.
3. Qual é o seu estado civil?  
 solteira  
 casada  
 amasiada  
 divorciada  
 viúva
4. Você está em um relacionamento neste momento?  
 sim  
 não
5. Você está grávida ou amamentando neste momento?  
 sim  
 não
6. Você tem filhos?  
 não  
 sim. Quantos? \_\_\_\_\_.
7. Você já fez algum tratamento psiquiátrico ou psicológico alguma vez?  
 sim  
 não
8. Você está tomando medicamentos psiquiátricos (antidepressivos) neste momento?  
 não  
 sim. Quais? \_\_\_\_\_.

## A2. Inventário de Auto Avaliação de Traumas Precoces

### Versão Reduzida (ETISR-SF)

Identificação: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Parte 4. Eventos Sexuais. Antes da idade de 18 anos

1	Você já foi tocado em alguma parte íntima do seu corpo (como seios, coxas, genitais) de um jeito que te surpreendeu ou te fez sentir desconfortável?	SIM	NÃO
2	Você já teve a experiência de alguém esfregar os genitais em você?	SIM	NÃO
3	Você já foi forçado ou coagido a tocar em partes íntimas do corpo de outra pessoa?	SIM	NÃO
4	Alguém já fez sexo com você contra a sua vontade?	SIM	NÃO
5	Você já foi forçado ou coagido a fazer sexo oral em alguém contra a sua vontade?	SIM	NÃO
6	Você já foi forçado ou coagido a beijar alguém de maneira sexual ao invés de um modo carinhoso?	SIM	NÃO

*Se você respondeu "SIM" para qualquer um dos eventos acima, responda a seguir considerando o evento que teve o maior impacto em sua vida. Na sua resposta, considere como você se sentiu no momento do evento.*

1	Você experimentou medo intenso, pavor ou desamparo?	SIM	NÃO
2	Você se sentiu fora do seu corpo ou como se você estivesse em um sonho?	SIM	NÃO

#### A3. Questões complementares

1. Você considera ter sido vítima de abuso sexual?

( ) Sim

( ) Não

Se você respondeu "sim", responda às perguntas 2 e 3.

2. Quem cometeu o abuso sexual?

( ) Pai ou padrasto

( ) Avô, tio, primo ou outra pessoa da família

( ) Conhecido da família

( ) Desconhecido

Se nenhuma opção contém a sua resposta ou se houve mais de uma pessoa, escreva a sua resposta neste espaço: \_\_\_\_\_

3. Isto influenciou sua vida sexual de algum jeito?

( ) Sim

( ) Não

## **B. Inventário da Função Sexual Feminina (IFSF)**

### **DESEJO**

Desejo Sexual ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo.

**1- Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?**

5( ) Quase sempre ou sempre

4( ) A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3( ) Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

2( ) Poucas vezes (menos da metade do tempo)

1( ) Quase nunca ou nunca

**2- Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?**

5( ) Muito alto

4( ) Alto

3( ) Moderado

2( ) Baixo

1( ) Muito baixo ou absolutamente nenhum

### **TENHA EM MENTE:**

Atividade Sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação e ato sexual.

Ato Sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina.

Estímulo Sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro(a), auto estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos).

## EXCITAÇÃO SEXUAL

Excitação Sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor ou inchaço nos genitais, lubrificação (sentir-se molhada), ou contrações musculares. CUIDADO COM A PALAVRA “TESÃO” QUE PODE SIGNIFICAR TANTO EXCITAÇÃO COMO PRAZER SEXUAL

3- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- 0( ) Sem atividade sexual
- 5( ) Quase sempre ou sempre
- 4( ) A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3( ) Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2( ) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1( ) Quase nunca ou nunca

4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?

- 0( ) Sem atividade sexual
- 5( ) Muito alto
- 4( ) Alto
- 3( ) Moderado
- 2( ) Baixo
- 1( ) Muito baixo ou absolutamente nenhum

5- Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- 0( ) Sem atividade sexual
- 5( ) Segurança muito alta
- 4( ) Segurança alta
- 3( ) Segurança moderada
- 2( ) Segurança baixa
- 1( ) Segurança muito baixa ou Sem segurança

6- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?

- 0( ) Sem atividade sexual
- 5( ) Quase sempre ou sempre
- 4( ) A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3( ) Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2( ) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1( ) Quase nunca ou nunca

## LUBRIFICAÇÃO

Lubrificação Vaginal é a sensação de umidade vaginal decorrente de estímulo sexual. Pode ter como sinônimos vagina molhada, “tesão vaginal” entre outros.

7- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual?

- 0( ) Sem atividade sexual
- 5( ) Quase sempre ou sempre
- 4( ) A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3( ) Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2( ) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1( ) Quase nunca ou nunca

8- Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a “vagina molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?

- 0( ) Sem atividade sexual
- 1( ) Extremamente difícil ou impossível
- 2( ) Muito difícil
- 3( ) Difícil
- 4( ) Ligeiramente difícil
- 5( ) Nada difícil

9- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

- 0( ) Sem atividade sexual
- 5( ) Quase sempre ou sempre
- 4( ) A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3( ) Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2( ) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1( ) Quase nunca ou nunca

10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (“vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

- 0( ) Sem atividade sexual
- 1( ) Extremamente difícil ou impossível
- 2( ) Muito difícil
- 3( ) Difícil
- 4( ) Ligeiramente difícil
- 5( ) Nada difícil

**RELACIONAMENTO SEXUAL**

14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?

- 0( ) Sem atividade sexual
- 5( ) Muito satisfeita
- 4( ) Moderadamente satisfeita
- 3( ) Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2( ) Moderadamente insatisfeita
- 1( ) Muito insatisfeita

15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?

- 5( ) Muito satisfeita
- 4( ) Moderadamente satisfeita
- 3( ) Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2( ) Moderadamente insatisfeita
- 1( ) Muito insatisfeita

16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?

- 5( ) Muito satisfeita
- 4( ) Moderadamente satisfeita

**DOR**

Dor é uma sensação subjetiva. Dor na relação sexual pode ocorrer por vários motivos e em várias localizações como dor na vulva, vagina abdome inferior, ânus, cabeça, etc. Não se preocupe em localizar a dor, somente se você sente “dor”.

17- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- 0( ) Não tentei ter relação
- 1( ) Quase sempre ou sempre
- 2( ) A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3( ) Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 4( ) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 5( ) Quase nunca ou nunca

18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- 0( ) Não tentei ter relação
- 1( ) Quase sempre ou sempre
- 2( ) A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3( ) Algumas vezes (cerca de metade do tempo)



4( ) Poucas vezes (menos da metade do tempo)

5( ) Quase nunca ou nunca

19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

0( ) Não tentei ter relação

1( ) Muito alto

2( ) Alto

3( ) Moderado

4( ) Baixo

5( ) Muito baixo ou absolutamente nenhum

3( ) Quase igualmente satisfeita e insatisfeita

2( ) Moderadamente insatisfeita

1( ) Muito insatisfeita

### C. Questionário sobre a saúde do/a paciente 9 (Portuguese for Brazil version of the PHQ-9)

**Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?**

	Nenhuma vez	Vári-os dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3

9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a                      0                      1                      2                      3

*Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas.*

- ( ) Nenhuma dificuldade  
 ( ) Alguma dificuldade  
 ( ) Muita dificuldade  
 ( ) Extrema dificuldade

#### **D. Triagem para Transtorno de Ansiedade Generalizada (Portuguese version of Generalized Anxiety Disorder GAD-7)**

Durante as **últimas 02 semanas**, com que frequência você foi incomodado (a) pelos problemas abaixo? (Marque sua resposta com "X").

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1- Sentir-se nervoso(a), ansioso(a) ou muito tenso(a)	0	1	2	3
2- Não ser capaz de impedir ou controlar as preocupações	0	1	2	3
3- Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4- Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5- Ficar tão agitado(a) que se torna difícil permanecer sentado(a)	0	1	2	3
6- Ficar facilmente aborrecido(a) ou irritado(a)	0	1	2	3
7- Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

**E. Lista de Verificação do TEPT para o DSM-5  
(Brazilian version of Posttraumatic Stress Disorder Checklist - PCL-5)**

Abaixo há uma lista de problemas que as pessoas às vezes apresentam em resposta a uma experiência muito estressante. Por favor, leia cuidadosamente cada problema e então circule um dos números à direita para indicar o quanto você tem sido incomodado por este problema no último mês.

No último mês, quanto você foi incomodado por:	De modo algum	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Lembranças indesejáveis, perturbadoras e repetitivas da experiência estressante?	0	1	2	3	4
2. Sonhos perturbadores e repetitivos com a experiência estressante?	0	1	2	3	4
3. De repente, sentindo ou agindo como se a experiência estressante estivesse, de fato, acontecendo de novo (como se você estivesse revivendo-a, de verdade, lá no fato, acontecendo de novo (como se você estivesse revivendo-a, de verdade, lá no passado)?	0	1	2	3	4
4. Sentir-se muito chateado quando algo lembra você da experiência estressante?	0	1	2	3	4
5. Ter reações físicas intensas quando algo lembra você da experiência estressante (por exemplo, coração apertado, dificuldades para respirar, suor excessivo)?	0	1	2	3	4
6. Evitar lembranças, pensamentos, ou sentimentos relacionados à experiência estressante?	0	1	2	3	4
7. Evitar lembranças externas da experiência estressante (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações)?	0	1	2	3	4
8. Não conseguir se lembrar de partes importantes da experiência estressante?	0	1	2	3	4
9. Ter crenças negativas intensas sobre você, outras pessoas ou o mundo (por exemplo, ter pensamentos tais como: “Eu sou ruim”, “existe algo seriamente errado comigo”, “ninguém é confiável”, “o mundo todo é perigoso”)?	0	1	2	3	4
10. Culpar a si mesmo ou aos outros pela experiência estressante ou pelo que aconteceu depois dela?	0	1	2	3	4
11. Ter sentimentos negativos intensos como medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha?	0	1	2	3	4
12. Perder o interesse em atividades que você costumava apreciar?	0	1	2	3	4
13. Sentir-se distante ou isolado das outras pessoas?	0	1	2	3	4
14. Dificuldades para vivenciar sentimentos positivos (por exemplo, ser incapaz de sentir felicidade ou sentimentos amorosos por pessoas próximas a você)?	0	1	2	3	4
15. Comportamento irritado, explosões de raiva ou agir agressivamente?	0	1	2	3	4
16. Correr muitos riscos ou fazer coisas que podem lhe causar algum mal?	0	1	2	3	4
17. Ficar “super” alerta, vigilante ou de sobreaviso?	0	1	2	3	4
18. Sentir-se apreensivo ou assustado facilmente?	0	1	2	3	4
19. Ter dificuldades para se concentrar?	0	1	2	3	4
20. Problemas para adormecer ou continuar dormindo?	0	1	2	3	4

## **F. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Estudo:** Repercussões da violência sexual na infância sobre a função sexual e saúde mental da mulher.

**Investigador principal:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Lúcia Alves Silva Lara. Orientadora da Pesquisa, M.D, Ph.D. Ginecologia e Obstetrícia, Saúde Sexual. Presidente da Comissão Nacional de Sexologia-FEBRASGO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

**Pesquisadores envolvidos:** Prof Dr José Alexandre de Souza Crippa. Coorientador da Pesquisa, M.D, Ph.D. Professor Titular do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

**Discente:** Thiago Dornela Apolinario. Médico Psiquiatra do HCFMRP-USP, membro da Comissão Nacional de Sexologia-FEBRASGO.

---

### **INFORMAÇÃO AO PACIENTE**

Você está sendo convidada a participar voluntariamente de um estudo chamado “Repercussões da violência sexual sobre a função sexual e saúde mental da mulher”. Antes de decidir participar deste estudo, é importante que você leia e compreenda os procedimentos envolvidos. Este termo de consentimento informado descreve o motivo, os procedimentos, os benefícios e os riscos do estudo. Por favor, sinta-se à vontade para fazer quantas perguntas quiser. É necessário ler e assinar este termo de consentimento antes que você possa participar. Sua decisão de participar ou não participar neste estudo não terá qualquer interferência sobre o seu atendimento clínico.

### **POR QUE VOCÊ ESTÁ SENDO CONVIDADA A PARTICIPAR?**

Este estudo está sendo realizado com mulheres que tenham história de violência sexual, atendidas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP).

### **OBJETIVO DO ESTUDO**

Avaliar a incidência de disfunção sexual em mulheres com história de violência sexual na infância (abuso sexual ou estupro) e os fatores de risco associados à disfunção.

### **O QUE ENVOLVE A SUA PARTICIPAÇÃO?**

Responder aos cinco questionários autoaplicáveis:

- Inventário de Auto Avaliação de Traumas Precoces - Versão Reduzida (ETISR-SF) – parte 4. Eventos Sexuais antes dos 18 anos.
- Inventário da Função Sexual Feminina (IFSF)
- Questionário sobre a saúde do/a paciente 9 (Portuguese for Brazil version of the PHQ-9)
- Triagem Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7)

- Lista de Verificação do Transtorno de Estresse Pós Traumático para o DSM-5 (PCL-5)

### **O QUE MAIS SERÁ REALIZADO?**

Serão analisadas apenas as informações coletadas.

### **POSSÍVEIS RISCOS AO PARTICIPAR DESTA PESQUISA**

Os sujeitos que fizerem parte da pesquisa poderão sofrer constrangimento ao responderem as questões dos questionários e ao possível sofrimento em recordar aspectos traumáticos de sua história. Será garantida a possibilidade de interrupção da participação, em qualquer momento, ou a recusa em responder qualquer pergunta sem nenhum prejuízo para a sua assistência no serviço.

### **POSSÍVEIS BENEFÍCIOS**

Esta pesquisa contribuirá para aumentar o conhecimento sobre o impacto da violência sexual na saúde sexual e mental de mulheres. Com esse conhecimento será possível elaborar as estratégias de cuidado as mulheres que sofreram este tipo de violência.

### **O QUE ACONTECE SE VOCÊ NÃO QUISER PARTICIPAR?**

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Se você decidir não participar, não haverá penalidade, perda de benefícios ou redução na qualidade dos cuidados médicos. Se forem disponíveis novas informações que possam afetar a sua vontade de continuar nesta pesquisa, você terá conhecimento destas informações.

### **E SE VOCÊ QUISER SAIR DO ESTUDO APÓS TER ACEITADO PARTICIPAR?**

Você pode descontinuar sua participação neste estudo a qualquer momento sem penalidade ou perda dos benefícios que de outra forma você teria direito. Caso você deseje retirar o seu consentimento, favor notificar o investigador, através do número de telefone listado na primeira página deste termo de consentimento livre e esclarecido. Você tem o direito de se retirar do estudo completamente (isto significa que você não deseja ser contatado por qualquer pessoa do estudo depois da sua retirada) ou pode só desejar parar de realizar os procedimentos, mas permitir que o pessoal do estudo entre em contato com você e utilize os seus dados sem que você seja identificada. Você será informado de forma oportuna sobre qualquer nova informação relacionada à sua segurança que possa influenciar sua disposição em continuar participando do estudo.

Este estudo poderá ser interrompido caso o pesquisador responsável perceba qualquer risco ou dano significativo causado pela pesquisa.

## **SIGILO E DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES PESSOAIS**

Todas as informações coletadas durante este estudo, incluindo seus registros médicos, dados pessoais e dados de pesquisa, serão mantidas em sigilo. No entanto, um representante autorizado irá analisar essas informações.

Você será identificado por um número em toda documentação e avaliação, estando seu nome em segredo absoluto. Seu nome ou o material que o identifique como um participante do estudo não será liberado sem a sua permissão por escrito, exceto quando for exigido por lei.

## **REGISTRO DO ESTUDO PESQUISA**

Como se trata de uma avaliação diagnóstica e não haverá intervenção e nem uso de drogas, não solicitamos o registro no trial.gov.

## **CUSTOS E REMUNERAÇÃO**

Sua participação não terá custos e você não terá que pagar por nenhum procedimento que será realizado neste estudo. Você não será pago por sua participação.

## **NO CASO DE DANO RELACIONADO À PESQUISA**

Caso você sofra algum dano como resultado de qualquer atividade da pesquisa, os pesquisadores e o centro irão providenciar assistência integral, dentro do padrão internacional de boas práticas clínicas e resolução vigente no Brasil (Resolução 466/2012).

De forma alguma, o presente termo renuncia os direitos legais do participante ou isenta o investigador, a instituição, o patrocinador ou seus representantes das responsabilidades legais caso haja algum dano.

## **CONTATO PARA MAIS INFORMAÇÕES**

Os pesquisadores estarão disponíveis para responder a quaisquer perguntas que você possa ter em relação ao tratamento descrito ou os procedimentos do estudo. Se você tiver alguma dúvida sobre esta pesquisa, você pode entrar em contato com:

-Pesquisador Thiago Dornela Apolinario, telefone de contato 3610-2282, email [drthiagoapolinario@gmail.com](mailto:drthiagoapolinario@gmail.com)

- Pesquisadora orientadora, Profª Drª Lúcia Alves Silva Lara, telefone de contato 16 3602-2804

- Local para contato: Ambulatório de Estudos de Sexualidade Humana (AESH), Balcão 1, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP), segunda-feira das 8 às 11h.

Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como um participante de pesquisa ou em caso de julgamento relacionado com uma lesão, entre em contato com o médico do estudo ou o seu médico de confiança. Caso você quiser falar com alguém não diretamente envolvido neste estudo sobre os seus direitos, preocupações, danos relacionados à pesquisa, você pode se comunicar com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de

São Paulo no Campus Universitário, S/N, Monte Alegre, Prédio Central, Subsolo - 14048-900 – Ribeirão Preto/SP, em 16 3602 2228 com horário de funcionamento de segunda a sexta-feira das 8 às 17h.

Você também poderá entrar em contato, caso se sentir coagido para aceitar ou continuar a participar da pesquisa.

### **CONSENTIMENTO**

Ao assinar e datar este formulário, você irá confirmar que foi suficiente informado sobre a natureza, a finalidade, a duração e os riscos deste estudo. Confirma também que foi capaz de discutir dúvidas em detalhes com o pesquisador, e que estas, foram completamente e satisfatoriamente respondidas.

Você receberá uma via assinada deste formulário e a outra via ficará com o pesquisador.

Nome da Paciente:

Ribeirão Preto, \_/\_/\_\_\_

Nome do Pesquisador:

Ribeirão Preto, \_/\_/\_\_\_

## **G. ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA O PRIMEIRO CONTATO POR TELEFONE**

Bom dia/ boa tarde/ boa noite, meu nome é Thiago Apolinario, sou médico psiquiatra e pesquisador da USP.

Estou entrando em contato porque você já foi atendida neste hospital aos ... anos. Você se lembra?

Estou fazendo uma pesquisa para verificar como estão hoje as mulheres que passaram pelo mesmo que você passou naquela época. Podemos falar sobre isso?

Muitas mulheres que passaram pelo mesmo problema que você passou podem ter dificuldades sexuais ou emocionais.

A nossa pesquisa avaliará o seu estado emocional e se você tem alguma dificuldade sexual.

Se você me permitir, enviarei os questionários pelo correio ou pela internet, junto com um termo de consentimento. Não é necessário escrever o seu nome nos questionários, e seu nome não será identificado na pesquisa.

Se você tiver alguma dificuldade nestas duas áreas, você será atendida no HC por uma equipe especializada.

Você só não poderá participar se não conseguir ler e entender os questionários, ou se você for uma mulher trans. Mas, ainda assim, pode ser atendida por nossa equipe caso acredite que tenha problemas nestas áreas.

Você aceita participar?

Para qual endereço posso enviar os questionários?

Um auxiliar de pesquisa pode ir até a sua casa ou outro local de sua preferência para levar e buscar os questionários, caso prefira. Você também pode comparecer ao HC para respondê-los.

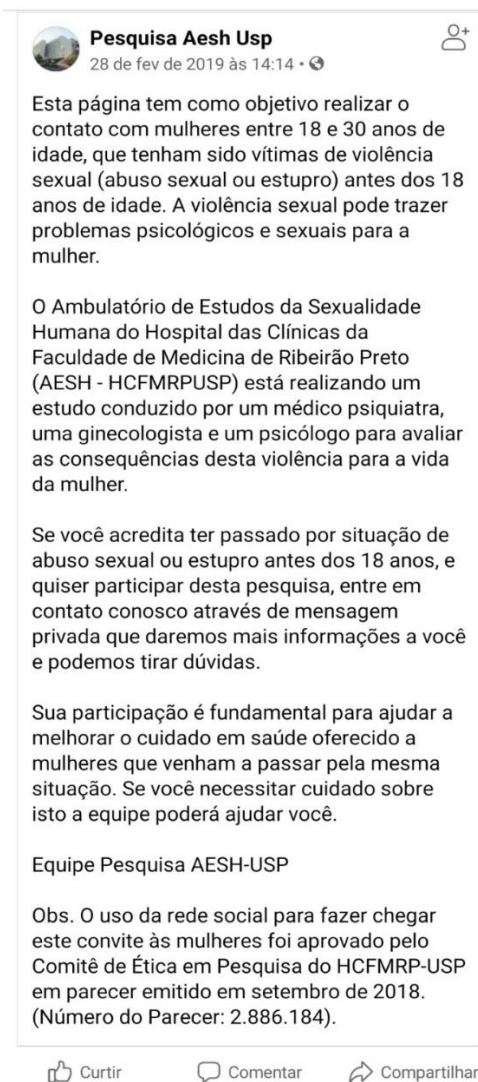
Se você tiver alguma dúvida, pode ligar no 3602-2311 às segundas, dia do ambulatório que cuida de mulheres que tem problemas sexuais.



## H. CONVITE REALIZADO POR MEIO DOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO LOCAIS.

“Eu, Thiago Apolinario, médico psiquiatra, aluno de mestrado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), estou realizando uma pesquisa para verificar as consequências do abuso sexual na vida sexual das mulheres. Se você é mulher e tem idade entre 18 e 30 anos, sofreu violência sexual (abuso) na infância e quiser participar entre em contato – 3602-2311. Certifico que a sua identidade será mantida em sigilo. Informo que este anúncio foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

## I. PÁGINA DA PESQUISA NO FACEBOOK, COMPARTILHADA ATRAVÉS DAS OUTRAS REDES SOCIAIS (INSTAGRAM, WHATSAPP).



**Pesquisa Aesh Usp**  
28 de fev de 2019 às 14:14 • 🌐

Esta página tem como objetivo realizar o contato com mulheres entre 18 e 30 anos de idade, que tenham sido vítimas de violência sexual (abuso sexual ou estupro) antes dos 18 anos de idade. A violência sexual pode trazer problemas psicológicos e sexuais para a mulher.

O Ambulatório de Estudos da Sexualidade Humana do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (AESH - HCFMRPUSP) está realizando um estudo conduzido por um médico psiquiatra, uma ginecologista e um psicólogo para avaliar as consequências desta violência para a vida da mulher.

Se você acredita ter passado por situação de abuso sexual ou estupro antes dos 18 anos, e quiser participar desta pesquisa, entre em contato conosco através de mensagem privada que daremos mais informações a você e podemos tirar dúvidas.

Sua participação é fundamental para ajudar a melhorar o cuidado em saúde oferecido a mulheres que venham a passar pela mesma situação. Se você necessitar cuidado sobre isto a equipe poderá ajudar você.

Equipe Pesquisa AESH-USP

Obs. O uso da rede social para fazer chegar este convite às mulheres foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP em parecer emitido em setembro de 2018. (Número do Parecer: 2.886.184).

👍 Curtir    💬 Comentar    ➦ Compartilhar

## J. ARTIGO ELABORADO A PARTIR DA DISSERTAÇÃO E SUBMETIDO AO JORNAL OF SEX MEDICINE

### Assessment of the Meaning of Child Sexual Abuse in Victimized Women: A Challenge for the Physician

#### ABSTRACT

**Background:** Child sexual abuse (CSA) is a frequent phenomenon, and women who report CSA are at higher risk for sexual dysfunction. Psychiatric comorbidities are often related to CSA history. However, the application of questionnaires is not always possible, due to limitations in clinical settings.

**Aim:** To verify how physicians could assess CSA history and its impact on sexual health.

**Methods:** A retrospective cohort of female victims of CSA before 18 years (n=77), from a victim's care program at a University Hospital was conducted. Community women with a history of CSA were also invited, by local and social media platforms.

**Main Outcome Measure:** A semi-structured instrument developed by the authors, with the following questions: "Do you consider that you were a victim of child sexual abuse?" and "Did this influence your sex life in any way?" and "Who committed sexual abuse?"

**Outcomes:** To assess CSA, the Early Trauma Inventory Self Report – Short Form (ETIRS-SF) was used. The Female Sexual Function Index (FSFI) was used to assess sexual function. To assess the risk of major depressive episode (MDE), generalized anxiety disorder (GAD) and posttraumatic stress disorder (PTSD), the Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) and Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) were used, respectively.

**Results:** Sixty-two (80.5%) women had at least one traumatic sexual event and 53 (68.8%) of them had a total IFSF score  $\leq 26.55$ . In the semi-structured questionnaire, 64 (84.2%) considered themselves victims of CSA and of these, 41 (64.1%) believed that CSA have impacted their sex life. A high concordance ( $k=0.78$ ) between the brief questionnaire and ETIRS-SF was found. There was an association between the belief that CSA influenced their sex life, being at risk for MDE ( $p = 0.04$ ), GAD ( $p = 0.001$ ), PTSD ( $p = 0.02$ ), and sexual abuse by a family member ( $p = 0.01$ ). By multivariate analysis, risk factors were the presence of risk for GAD (OR=5.88[1.3-27.03]), and CSA by a family member (OR=5.78[1.57-21.28]).

**Clinical Implications:** This allows the patient to express the meaning attributed to this experience in a faster way.

**Strength & Limitations:** The utilization of robust instruments for each disorder was a strength. The large number of unrecruited participants impacted sample size.

**Conclusion:** Simple questions might be an alternative to the use of standardized instruments to assess CSA and its repercussions on women's mental and sexual health.

**Keywords:** child sexual abuse, sexual dysfunction, depression, anxiety, PTSD

## INTRODUCTION

Child sexual abuse (CSA) is the involvement of a child in sexual activity that he or she does not fully comprehend, is unable to give consent to, or is not developmentally prepared for. CSA is evidenced by this activity between a child and an adult or another child who, by age or development, is in a relationship of responsibility, trust, or power, with the activity being intended to gratify or satisfy the needs of the latter person (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). The prevalence of CSA varies across studies, from 8 to 31% (BARTH et al., 2013), and is probably related to variance in definitions of CSA and its underreport (MATHEWS; COLLIN-VÉZINA, 2019; SEGE; FLAHERTY, 2008).

Studies indicate a high prevalence of sexual dysfunction in women victims of CSA [5]. About 35% of women victims of CSA are afraid of having sexual intercourse, 32% reported reduced sexual interest, and 36% reported decreased sexual pleasure [6] and fear of the sexual partner [7]. While women with no history of CSA perceive their sexual response as pleasurable and exciting, for women who have been abused, its physical and psychological elements can be aversive [8], by evoking memories of abuse through intrusive sexual thoughts related to abuse. This makes a satisfactory interaction with the partner less likely [9]. Sex is perceived as utilitarian or obligatory instead of an intimate and pleasurable experience, which explains, in part, the reduction in the victims' ability to give in to sexual intercourse [10]. The negative emotions associated with CSA make it difficult to process sexually relevant clues necessary for the sexual arousal phase, and to appreciate the positive effects of a satisfactory sexual response [11,12].

In addition to impaired sexual function, psychiatric comorbidities such as depression, anxiety, and posttraumatic stress disorder are common in this population [13–15]. These are associated with lower self-esteem, poorly adapted coping skills, difficulty in interpersonal relationships, and greater vulnerability to stress [6]. Substance abuse and increased suicide risk are also observed, as well as negative perceptions of general health

status, resulting in impaired quality of life and greater use of health services [16], which makes CSA a worldwide public health problem [17].

In spite of the variety of physical, psychological, and sexual symptoms that CSA victims can present, it is necessary to evaluate this history in women with sexual complaints. However, in clinical contexts, the application of questionnaires in their assessment is not always feasible, due to the time spent for its application and interpretation and the possibility of limiting the doctor-patient relationship. We thought that a brief questionnaire completed by the physician themselves may facilitate assessment of the meaning (belief) that the woman attributed to the sexual violence suffered, and to verify whether this experience influenced her sexual life. In addition, we verified whether there is a relationship between CSA and the risk for sexual dysfunction and psychiatric comorbidities.

## **MATERIALS AND METHODS**

### **Study design and patient recruitment**

This was a retrospective cohort with women who were victims of sexual violence (sexual abuse or rape) before the age of 18, from a specialized care program for victims of at a University Hospital. Moreover, we extended the enrollment for women outside our service who presented the same inclusion criteria through local media and social media platforms (Facebook, Instagram, WhatsApp); Twitter was not considered as this tool is not as commonly used in Brazil. Medical history was obtained through self-report, with no other confirmation being required. Women between 18 and 35 years of age were included. Illiterate women, women with cognitive impairment hindering filling out the questionnaire, and transgender women were excluded. This study was approved by the Institutional Review Board of HCFMRP (CAAE 79751517.3.0000.5440), and all women signed the informed consent prior to enrollment.

The first contact with women was made by a single investigator (T.D.A.), using the phone number available in the medical chart. Initially, the researcher informed the participant that he was conducting a study with women who attended at the service before the age of 18. Then, he asked the woman if she remembered the reason for this consultation. For the patients who answered “yes”, the researcher asked for permission to continue

talking about it. For those who allowed it, they received information about the research objectives and, afterwards, an invitation to participate.

If the woman did not remember the reason for being contacted at that time, but agreed to continue talking to the researcher, it was explained that she may have received specialized care related to a trauma experienced in childhood or adolescence. If she consented to receiving more information, the researcher informed her about the diagnostic hypothesis in her medical record, but without stating that sexual violence did occur. This strategy aimed to respect the level of understanding of the woman about the reason for that service and to give her the opportunity to express herself freely about what happened, leaving it up to her to decide whether or not she agreed to participate, regardless of the confirmation of sexual violence. We also took this precaution to avoid the shock associated with recalling this kind of traumatic event.

## **Variables**

Sociodemographic data were collected through a structured interview. Participants were also asked about previous mental health (psychiatric consultation or psychological support) and current use of antidepressants.

The primary outcome was the meaning (belief) that the participant attributed to the sexual violence she suffered. A semi-structured instrument developed by the authors was used, with the following questions: “Do you consider that you were a victim of childhood sexual abuse?”, and “Did this influence your sex life in any way?”, both with (yes / no) answers. The following question was used to know about the offender: “Who committed sexual abuse?”, with the options: unknown, family acquaintance, or family member (father, stepfather, grandfather, uncle, brother, cousin, others) (Figure 1).

To assess the history of sexual violence, the Early Trauma Inventory Self Report – Short Form (ETISR-SF) was used – a self-administered instrument composed of 27 items categorized in “yes / no” responses, which assesses the occurrence of trauma during childhood and adolescence [18]. The six questions in part 4 (“Sexual Events / Before the age of 18 years”) of the adapted and translated Brazilian Portuguese version by Osório et al. [19] were used. The ETISR was demonstrated to be a valid measure of early trauma. Individual domains of physical, emotional, and sexual abuse and general trauma were found to be internally consistent and valid in previous studies. Of the different scoring

strategies, none added additional information than the simple method of adding up the number of events that ever occurred. We have considered as a positive index of CSA history, women who had at least one of the six events listed in the sexual events subscale [18].

To evaluate sexual function, the Female Sexual Function Index (FSFI) was used, a self-administered questionnaire validated for the Brazilian population [20,21]. The questionnaire consists of nineteen questions, grouped into six domains: desire, excitement, lubrication, orgasm, satisfaction, and pain. All questions are of multiple choice, and each answer is assigned a value from 0 to 5. The values are calculated by a formula, thus obtaining the score of sexual function, which varies from 2 to 36, with a lower score indicating worse sexual function. A score  $\leq 26.55$  indicates risk for sexual dysfunction [22].

To assess the risk of major depressive episode (MDE), the Brazilian Portuguese version of the Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9) was used, a brief instrument that brings together nine items, arranged on a four-point Likert scale: 0 (not once) to 3 (almost every day), with a score ranging from 0 to 27, to assess the frequency of signs and symptoms of depression in the past two weeks. A score  $\geq 10$  indicates risk for MDE [23,24].

To assess the risk of generalized anxiety disorder (GAD), the Brazilian Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder Screener - 7 (GAD-7) was chosen, a brief instrument based on the criteria of the 4th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) [25,26]. It consists of seven items on a four-point scale: 0 (not once) to 3 (almost every day), with a score ranging from 0 to 21, measuring frequency of signs and symptoms of anxiety in the last two weeks. A score  $\geq 10$  indicates risk for GAD [25].

To assess the risk of posttraumatic stress disorder (PTSD), the Brazilian Portuguese version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) was used. This is a 20-item instrument on a four-point scale: 0 (not at all) to 4 (extremely), which allows the identification of symptoms associated with a traumatic event [27,28]. A score  $\geq 36$  indicates risk for PTSD [29].

### **Statistical analysis**

We utilized the SAS program version 9.4 (Cary, NC, USA). A t-test was applied to verify if there is a difference between the mean of the age variable in relation to the outcomes. A chi-square test was employed to verify which categorical variables were related to CSA or influenced sex life in some way for women who considered themselves as victims. Fischer's exact test was applied when the contingency table showed absolute values  $< 5$ . Significance level was defined as  $p < 5\%$ . Univariate and multivariate logistic regression models were constructed to quantify the associations between explanatory variables regarding the perception of the influence of sexual violence in childhood, with the construction of odds ratio (OR) plus 95% confidence interval (95% CI). An agreement between ETISR-SF, and the semi-structured questionnaire were verified by estimating the Kappa coefficient by Cohen's classification ( $< 0$  – no concordance, 0-0.19 – poor concordance, 0.20-0.39 – mild concordance, 0.40-0.59 – moderate concordance, 0.60-0.79 – high concordance,  $> 0.80+$  - excellent concordance). Internal consistency with item-test, item-rest correlations and covariance were calculated for all validated questionnaires. Spearman's correlation coefficient was calculated among the four validated questionnaires' total scores.

## RESULTS

Figure 2 depicts the path to recruitment for the participants. 593 patients were eligible, and 263 were found. Of these, 182 refused participation while 81 agreed to participate. Finally, 77 women participated in the study, 66 (85.7%) from the HCFMRP cohort, and 11 (14.3%) from the internet (Figure 2). A large number of potential participants were lost because many phone numbers in the register no longer existed and others belonged to their parents, who did not allow access to them.

Sociodemographic characteristics of the participants are shown in Table 1. Most of the women were Caucasian, with a mean age of 24 years, less than 11 years of education, stable partners, and nulliparous. In the assessment of history of CSA, 62 (80.5%) women had at least one traumatic sexual event (not consented), and 53 (68.8%) had a total IFSF score  $\leq 26.55$ . In the semi-structured questionnaire, 64 (84.2%) considered themselves victims of CSA and of these, 41 (64.1%) answered “yes” to the question, “Did this influence your sex life in any way?”, indicating that they believe that CSA impacted their sex life. (Table 2).

The analysis of concordance (kappa) between responses on ETIRS-SF (part 4) and the response to the question, “Do you consider that you were a victim of child sexual abuse?” was 0.78 (95% CI: 0.59 - 0.96), which expressed substantial concordance between the two ways of assessing CSA history. Kappa between classification on the risk for sexual dysfunction, according to FSFI, and the response to the question, “Did this influence your sex life in any way?” was 0.18 (-0.06 – 0.43), which indicated slight agreement between the two ways of assessing repercussions of CSA on women’s sexual life. Internal consistencies of the four validated questionnaires were over 0.75, with the highest scores from the FSFI instrument (ICC=0.95) (Supplementary Tables 1-4). There were statistically significant correlations among the FSFI total score and GAD, PCL5, and PHQ total scores; not all FSFI domains presented a correlation with the other instruments (Supplementary Table 5).

There was a statistically significant association between the belief that CSA influenced their sex life and being at risk for MDE ( $p = 0.04$ ), GAD ( $p = 0.001$ ), PTSD ( $p = 0.02$ ), and sexual abuse by a family member ( $p = 0.01$ ) (Table 3).

The univariate analysis showed that the risk for GAD (OR=6.36[1.93-20.83]), PTSD (OR=3.55[1.21-10.42]), and sexual abuse (OR=3.89[1.32-11.49]) by a family member were risk factors for the belief that CSA influenced the participants' sexual life. However, in multivariate analysis, the risk factors that remained were the presence of risk for GAD (OR=5.88[1.3-27.03]), and CSA by a family member (OR=5.78[1.57-21.28]), (Table 4).

## **DISCUSSION**

In the present study, the evaluation by ETISR-SF showed that 80.5% of women reported at least one sexual event without consent before age 18. In a similar fashion, in the evaluation using our semi-structured questionnaire, 84.2% considered themselves as victim of CSA.

Sexual violence is a traumatic event even if penetration does not occur, especially when it involves a family member [30], and represents an important factor associated with sexual dysfunctions [5]. Medical care for a person who has had this experience is challenging, and requires the professional's ability to detect the repercussion of violence in the woman's life. It is noteworthy that 21% women did not report any traumatic sexual



events before the age of 18 and about 17% do not consider themselves victims of sexual abuse. A previous study showed that an important proportion (39%) of women who suffered CSA, confirmed by records of the occurrence, did not report any traumatic sexual event [31]. The child may not understand sexual abuse, which impairs its storage in memory, or there may be a conflict between the subject's general conception of him/herself and the possibility of recognizing him/herself as a victim, which can prevent the recall of CSA [32]. Therefore, it is essential to know the meaning that women give to the experience of violence, so that health professionals do not worsen patients' sexual health. A study conducted by Rellini and Meston [33] corroborates this by showing that women with a history of unwanted sexual experiences, but who do not identify themselves as victims of CSA, accomplish greater sexual satisfaction in adulthood than women with similar experiences who consider themselves as victims. However, in the same study, there were no differences between groups regarding sexual function, also measured by FSFI. Thus, we believe that it is important for the physician to start the conversation about the relationship between a traumatic past and the patient's sexual difficulties in a comfortable environment of respect and bonding. We used the question, "Do you consider having been a victim of sexual abuse?" as a tool to track the meaning that women gave to sexual violence, whose rates of yes response were close to the results on ETISR-SF.

Another interesting point is that 64% of women think that sexual abuse influenced their sex life in some way, and the risk of sexual dysfunction assessed by FSFI was 68.8% in these women. However, the slight concordance ( $\kappa=0.18$ ) between the risk classification for sexual dysfunction according to the FSFI score, and the question that assessed the perception of the impact of the CSA on sexual life indicates that the answer to this question is not equivalent to the result obtained by the instrument. The FSFI objectively assesses the domains of sexual response [20], whereas our questionnaire sought to assess the perception of a link between the CSA and current sexual complaints. Sexual dysfunction is often multifactorial, and comprises biological, psychological, sociocultural, and relational factors. Women with a history of CSA are more likely to attribute negative meanings to sexual experiences, even when the sexual response is preserved [34], and may not perceive aspects of their own sexual response as sexual excitation because of dissociation mechanisms that take place when sexual stimuli are processed [9]. This indicates that a multidisciplinary approach is necessary to address sexual problems in these women. We hypothesized that most women are not aware of the relationship between early sexual

trauma and their current sexual difficulties, or that the perceived influence of CSA is related to other aspects of sexuality than those assessed by FSFI. Further studies must clarify this issue by understanding how women evaluate the impact of CSA on their sexual health.

In the present study, 56% of the participants had a family member as an aggressor, which often leads the family to remain silent about violence [35]. This is a relevant fact because it was a co-factor for psychiatric comorbidities (depression, anxiety, post-traumatic stress) associated with the assumption of the CSA influence on sexual life. In the study conducted by Rellini and Meston [33], the characteristics of abuse, including aggression by a family member, did not predict sexual dysfunction, besides greater sexual distress among CSA victims. However, the authors evaluated these effects using structured instruments and did not perform subjective evaluation through semi-structured interviews, which is important because the score assessment may not reflect the true impact of CSA on a woman's sexual life.

Moreover, 56.6% of the participants were at risk for PTSD. The disorder is characterized by intense psychological distress associated with memories related to the traumatic event, and can be associated with dissociative amnesia, or the difficulty in remembering important aspects of a traumatic experience [36]. This makes it even more difficult to assess the impact of CSA on women's sexual function. In addition, the biological, affective, and cognitive processes related to PTSD contribute to the pathophysiology of sexual dysfunction in CSA victims, such as dissociation and avoidance [37,38]. Sexual activity can bring flashbacks of CSA and can lead to avoidant behaviors that hinder trust and bonding, thus impairing couples' intimacy [10]. Therefore, measures to prevent sexual violence against women since childhood are essential, and strategies involving sexual education can be effective, preferably in school and community settings [39].

The present study draws attention to the need for a broader assessment in clinical and research contexts of the sexuality of these women, which includes not only domains of sexual response, which are scored objectively, but also how a woman qualifies her sexual experience. Other outcomes highlighted by the literature, such as sexual well-being, which covers physical and emotional satisfaction with a partnership, satisfaction with sexual function and health, importance given to sex, and perceptions about sexuality itself [40,41] point to the need for validation of new diagnostic tools. It would be interesting to have the

questionnaire proposed by this study translated into English and validated in further studies.

A limitation of this study was the large number of participants who were not found, which impacted sample size and a possibility of type II error. However, it is challenging to investigate sexual function in victims of sexual violence due to the taboo associated with this topic, and the complexity of psychosocial factors involved in it [42]. From sample recruitment to invitation of the women to participate in the study, numerous obstacles emerged, and many participants were lost. Moreover, it is noteworthy that about 72.2% of the contacted women refused to participate and some participants were prevented from participating by family members who even threatened some of the researchers, for reasons that were not clarified.

The strength of this study was the opportunity given to the participant to express, through simple questions, the meaning that she attributes to CSA. Considering the limitations inherent to clinical settings, this also allows the physician to screen patients who have repercussions of CSA during the consultation in a more agile way than through standardized instruments, which were used to compare the results obtained by the semi-structured questionnaire in our research. Moreover, the use of validated questionnaires for specific disorders reinforces the robust measurements employed in this study.

Scientific knowledge of CSA provides a better foundation for planning public policies, including clinical protocols and strategies to prevent its outcomes. We highlighted the importance of addressing sexual response in routine gynecological consultations, giving some support to women who report a history of CSA, and referring them for specialized treatment, considering the high prevalence of sexual dysfunction and related psychiatric comorbidities in this population. This, in part, could mitigate the negative impact of psychological and socio-cultural barriers that prevent women from breaking their silence about CSA. In addition to the assessment of sexual dysfunction, the semi-structured questionnaire can provide the physician with elements with which to start a conversation about the relationship between the traumatic past and current sexual difficulties with the patient, and thus base the referral to a specialized service.

## **CONCLUSION**

Our study showed an association between the belief by women who considered themselves CSA victims, that this influenced their sexual life and the risk for GAD, PTSD, and CSA committed by a family member. This study also contributed to the proposition of simple questions as an alternative to using standardized questionnaires, allowing health professionals to assess the history of CSA, and patients to express the meaning attributed to this experience.

Corresponding author: Lúcia Alves da Silva Lara, MD, PhD, Professor, Bandeirantes, Department of Gynecology and Obstetrics, University of São Paulo, 3.900 Monte Alegre, 14040- 900 Ribeirão Preto, Brazil. Tel: (55) 1636023000; Fax: (55) 1636331586; E-mail: luciaalvess2010@gmail.com

*Conflict of Interest:* The authors report no conflicts of interest.

*Funding:* None.

## **STATEMENT OF AUTHORSHIP**

### **Category 1**

#### **(a) Conception and Design**

Thiago Dornela Apolinario, Jucélio da Silva, José Alexandre de S. Crippa, Lucia Alves S. Lara

#### **(b) Acquisition of Data**

Thiago Dornela Apolinario, Jucélio da Silva.

#### **(c) Analysis and Interpretation of Data**

Thiago Dornela Apolinario, Luiz Gustavo O. Brito, Lucia Alves S. Lara

### **Category 2**

#### **(a) Drafting the Article**

Thiago Dornela Apolinario, Luiz Gustavo O. Brito, Jucélio da Silva, Lucia Alves S. Lara

#### **(b) Revising It for Intellectual Content**

Thiago Dornela Apolinario, Luiz Gustavo O. Brito, Rosana Maria dos Reis, José Alexandre de S. Crippa, Lucia Alves S. Lara

### Category 3

#### (a) Final Approval of the Completed Article

Thiago Dornela Apolinario, Luiz Gustavo O. Brito, Jucélio da Silva, Rosana Maria dos Reis, José Alexandre de S. Crippa, Lucia Alves S. Lara

#### ACKNOWLEDGEMENT

This work was carried out with the support of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel - Brazil (CAPES) through the Academic Excellence Program (PROEX), and was developed with support from the Foundation for the Support of Teaching, Research and Service of the University Hospital (FAEPA) through a research project grant.

#### REFERENCES

ABDO, C. H. N. et al. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women - Results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). **International Journal of Impotence Research**, v. 16, n. 2, p. 160–166, 2004.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition**. 5th. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ATLANTIS, E.; SULLIVAN, T. Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 6, p. 1497–1507, 2012.

BA, I.; BHOPAL, R. S. **Physical, mental and social consequences in civilians who have experienced war-related sexual violence: a systematic review (1981–2014)** **Public Health** Elsevier B.V., , 1 jan. 2017.

BARTH, J. et al. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Public Health**, v. 58, n. 3, p. 469–483, 2013.

BASSANI, D. G. et al. Child sexual abuse in southern Brazil and associated factors: a population-based study. **BMC public health**, v. 9, p. 133, maio 2009.

BLEVINS, C. A. et al. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. **Journal of Traumatic Stress**, v. 28, n. 6, p. 489–498, 1 dez. 2015.

BONANNO, G. A. **Resilience in the face of potential trauma** **Current Directions in Psychological Science**, jun. 2005.

BORNEFELD-ETTMANN, P. et al. Sexual Functioning After Childhood Abuse: The Influence of Post-Traumatic Stress Disorder and Trauma Exposure. **Journal of Sexual Medicine**, v. 15, n. 4, p. 529–538, 2018.

BRASIL. **Código Penal Brasileiro de 1940. Vade Mecum.** 8a. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

BRASIL, M. DA S. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes : norma técnica.** 3a. ed. Brasília: [s.n.].

BREMNER, J. D.; BOLUS, R.; MAYER, E. A. Psychometric properties of the early trauma inventory-self report. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 195, n. 3, p. 211–218, mar. 2007.

BROTTO, L. A.; KLEIN, C. **Psychological factors involved in womens sexual dysfunction** *Expert Review of Obstetrics and Gynecology* Taylor & Francis, , jan. 2010.

CARREIRO, A. V et al. Sexual dysfunction risk and quality of life among women with a history of sexual abuse. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 134, n. 3, p. 260–263, 2016.

CHEN, L. P. et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 85, n. 7, p. 618–629, 2010.

COID, J. et al. Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: A cross-sectional survey. **Lancet**, v. 358, n. 9280, p. 450–454, 11 ago. 2001.

COLES, J. et al. Childhood Sexual Abuse and Its Association With Adult Physical and Mental Health: Results From a National Cohort of Young Australian Women. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 30, n. 11, p. 1929–1944, 2015.

COLLIN-VÉZINA, D. et al. A preliminary mapping of individual, relational, and social factors that impede disclosure of childhood sexual abuse. **Child Abuse and Neglect**, v. 43, p. 123–134, 2015.

DARTNALL, E.; JEWKES, R. Sexual violence against women: The scope of the problem. **Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 27, n. 1, p. 3–13, fev. 2013.

DE LIMA OSÓRIO, F. et al. Posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Transcultural adaptation of the Brazilian version. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 44, n. 1, p. 10–19, 1 jan. 2017.

DENNERSTEIN, L.; GUTHRIE, J. R.; ALFORD, S. Childhood abuse and its association with mid-aged women's sexual functioning. **Journal of sex & marital therapy**, v. 30, n. 4, p. 225–234, 2004.

GARCIA-MORENO, C. et al. **WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Resposnes** *Genetics* Geneva World Health Organization, , 2005. Disponível em: <<http://www.cabdirect.org/abstracts/20063002089.html>>

GREIJER, SUSANNA; DOEK, J. **Terminology guidelines for the protection of children from sexual exploitation and sexual abuse.** Luxembourg: [s.n.].

GUILLIAMS, T. G.; EDWARDS, L. **The Stress Response System Chronic Stress and the HPA Axis: Clinical Assessment and Therapeutic Considerations.** [s.l: s.n.].

HALL, K. Sexual dysfunction and childhood sexual abuse: Gender differences and treatment implications. In: **Principles and practice of sex therapy, 4th ed.** New York, NY, US: The Guilford Press, 2007. p. 350–378.

HEIMAN, J. R. Orgasmic disorders in women. In: LEIBLUM, S. (Ed.). . **Principles and practice of sex therapy.** New York, NY, US: The Guilford Press, 2007. p. 84--123.

HEYWOOD, W. et al. Associations Between Early First Sexual Intercourse and Later Sexual and Reproductive Outcomes: A Systematic Review of Population-Based Data. **Archives of Sexual Behavior**, v. 44, n. 3, p. 531–569, 2015.

JOSLYN, S.; CARLIN, L.; LOFTUS, E. F. Remembering and Forgetting Childhood Sexual Abuse. **Memory**, v. 5, n. 6, p. 703–724, 1997.

KAMIYA, Y.; TIMONEN, V.; KENNY, R. A. The impact of childhood sexual abuse on the mental and physical health, and healthcare utilization of older adults. **International Psychogeriatrics**, v. 28, n. 3, p. 415–422, 2016.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. **Journal of General Internal Medicine**, v. 16, n. 9, p. 606–613, 2001.

KRUG, E. G. et al. The world report on violence and health. **The Lancet**, v. 360, n. 9339, p. 1083–1088, 5 out. 2002.

LAUMANN, E. O. et al. A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: Findings from the global study of sexual attitudes and behaviors. **Archives of Sexual Behavior**, v. 35, n. 2, p. 145–161, 2006.

LEEB, R. T. et al. **CHILD MALTREATMENT SURVEILLANCE Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements Version 1.0.** [s.l: s.n.].

LEONARD, L. M.; FOLLETTE, V. M. Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: review of the empirical literature and clinical implications. **Annual review of sex research**, v. 13, p. 346–388, 2002.

LOEB, T. B. et al. Child sexual abuse: associations with the sexual functioning of adolescents and adults. **Annual review of sex research**, v. 13, p. 307–345, 2002.

LUNDGREN, R.; AMIN, A. Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: Emerging evidence of effectiveness. **Journal of Adolescent Health**, v. 56, n. 1, p. S42–S50, 2015.

MATHEWS, B.; COLLIN-VÉZINA, D. Child Sexual Abuse: Toward a Conceptual Model and Definition. **Trauma, violence & abuse**, v. 20, n. 2, p. 131–148, 2019.

MESTON, C. M.; HEIMAN, J. R. Sexual abuse and sexual function: an examination of sexually relevant cognitive processes. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 68, n. 3, p. 399–406, jun. 2000.

MESTON, C. M.; RELLINI, A. H.; HEIMAN, J. R. Women's history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 74, n. 2, p. 229–236, abr. 2006.

MOLNAR, B. E.; BUKA, S. L.; KESSLER, R. C. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the national comorbidity survey. **American Journal of Public Health**, v. 91, n. 5, p. 753–760, 2001.

MORENO, A. L. et al. Factor structure, reliability, and item parameters of the Brazilian-Portuguese version of the GAD-7 questionnaire. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 367–376, 1 mar. 2016.

MURRAY, L. K.; NGUYEN, A.; COHEN, J. A. Child sexual abuse. **Child and adolescent psychiatric clinics of North America**, v. 23, n. 2, p. 321–337, abr. 2014.

ÖBERG, K.; FUGL-MEYER, K. S.; FUGL-MEYER, A. R. On sexual well-being in sexually abused Swedish women: Epidemiological aspects. **Sexual and Relationship Therapy**, v. 17, n. 4, p. 329–341, 2002.

OSÓRIO, F. et al. Study of the discriminative validity of the phq-9 and phq-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 45, n. 3, p. 216–227, jul. 2009.

OSÓRIO, F. L. et al. Psychometrics Properties of Early Trauma Inventory Self Report - Short Form (ETISR-SR) for the Brazilian Context. **PLoS ONE**, v. 8, n. 10, 3 out. 2013.

PACAGNELLA, R. DE C.; MARTINEZ, E. Z.; VIEIRA, E. M. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. **Cadernos de Saude Publica**, v. 25, n. 11, p. 2333–2344, nov. 2009.

PEREDA, N. et al. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, v. 29, n. 4, p. 328–338, 2009.

PEREIRA-LIMA, K. et al. Psychometric properties and diagnostic utility of a Brazilian version of the PCL-5 (complete and abbreviated versions). **European Journal of Psychotraumatology**, v. 10, n. 1, 1 jan. 2019.

PRIEBE, G.; SVEDIN, C. G. Child sexual abuse is largely hidden from the adult society. An epidemiological study of adolescents' disclosures. **Child Abuse and Neglect**, v. 32, n. 12, p. 1095–1108, dez. 2008.

RELLINI, A. Review of the empirical evidence for a theoretical model to understand the sexual problems of women with a history of CSA. **The journal of sexual medicine**, v. 5, n. 1, p. 31–46, jan. 2008.

RELLINI, A. H.; MESTON, C. M. Sexual self-schemas, sexual dysfunction, and the sexual responses of women with a history of childhood sexual abuse. **Archives of sexual behavior**, v. 40, n. 2, p. 351–362, abr. 2011.

RELLINI, A.; MESTON, C. Sexual function and satisfaction in adults based on the definition of child sexual abuse. **The journal of sexual medicine**, v. 4, n. 5, p. 1312–1321, set. 2007.

RICH-EDWARDS, J. W. et al. Physical and sexual abuse in childhood as predictors of early-onset cardiovascular events in women. **Circulation**, v. 126, n. 8, p. 920–927, 21 ago. 2012.

ROSEN, R. et al. The female sexual function index (Fsf): A multidimensional self-report



instrument for the assessment of female sexual function. **Journal of Sex and Marital Therapy**, v. 26, n. 2, p. 191–205, 2000.

ROSEN, R. C.; BARSKY, J. L. Normal sexual response in women. **Obstetrics and gynecology clinics of North America**, v. 33, n. 4, p. 515–526, dez. 2006.

RYAN, G. L. et al. Voluntary and involuntary childlessness in female veterans: Associations with sexual assault. **Fertility and Sterility**, v. 102, n. 2, p. 539–547, 2014.

SABIA, J. J.; REES, D. I. The effect of adolescent virginity status on psychological well-being. **Journal of Health Economics**, v. 27, n. 5, p. 1368–1381, set. 2008.

SAUZIER, M. Disclosure of child sexual abuse. For better or for worse. **The Psychiatric clinics of North America**, v. 12, n. 2, p. 455–469, jun. 1989.

SCHLOREDT, K. A.; HEIMAN, J. R. Perceptions of sexuality as related to sexual functioning and sexual risk in women with different types of childhood abuse histories. **Journal of traumatic stress**, v. 16, n. 3, p. 275–284, jun. 2003.

SEGE, R. D.; FLAHERTY, E. G. **Forty years later: Inconsistencies in reporting of child abuse** *Archives of Disease in Childhood* BMJ Publishing Group Ltd, , 1 out. 2008. Disponível em: <<https://adc.bmj.com/content/93/10/822>>. Acesso em: 22 jun. 2020

SILVA, M. DE M. **Errantes do fim do século**. [s.l.] Unesp, 1999.

SPITZER, R. L. et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. **Archives of Internal Medicine**, v. 166, n. 10, p. 1092–1097, 22 maio 2006.

STEPHENSON, K. R.; HUGHAN, C. P.; MESTON, C. M. Childhood sexual abuse moderates the association between sexual functioning and sexual distress in women. **Child abuse & neglect**, v. 36, n. 2, p. 180–189, fev. 2012.

TENER, D. et al. Parental Attitudes Following Disclosure of Sibling Sexual Abuse: A Child Advocacy Center Intervention Study. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 88, n. 6, p. 661–669, 2018.

VASILENKO, S. A.; RAM, N.; LEFKOWITZ, E. S. Body image and first sexual intercourse in late adolescence. **Journal of Adolescence**, v. 34, n. 2, p. 327–335, abr. 2011.

WEAVER, T. L. Impact of rape on female sexuality: review of selected literature. **Clinical obstetrics and gynecology**, v. 52, n. 4, p. 702–711, dez. 2009.

WHO. **Understanding and addressing violence against women**. Geneva PP - Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77434/1/WHO\\_RHR\\_12.37\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77434/1/WHO_RHR_12.37_eng.pdf)>.

WIEGEL, M.; MESTON, C.; ROSEN, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. **Journal of Sex and Marital Therapy**, v. 31, n. 1, p. 1–20, jan. 2005.

WILLIAMS, L. Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 62, p. 1167–1176, 1 jun. 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The ICD-10 classification of mental and**

**behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.** Geneva: World Health Organization, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the consultation on child abuse prevention WHO, Geneva, 29-31 March 1999** Geneva PP - GenevaWorld Health Organization, , 1999. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/65900#sthash.lclqbNv9.dpuf>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO | Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence**World Health Organization Geneva PP - GenevaWorld Health Organization, , 2003. Disponível em: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/med\\_leg\\_guidelines/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/)>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva.** Geneva: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Diseases, 11th Revision. 2018.

YEHUDA, R.; LEHRNER, A.; ROSENBAUM, T. Y. PTSD and Sexual Dysfunction in Men and Women. **Journal of Sexual Medicine**, v. 12, n. 5, p. 1107–1119, 2015.

## Portuguese version

## 1. Você considera ter sido vítima de abuso sexual?

- Sim  
 Não

Se você respondeu “sim”, responda às perguntas 2 e 3.

## 2. Quem cometeu o abuso sexual?

- Pai ou padrasto  
 Avô, tio, primo ou outra pessoa da família  
 Conhecido da família  
 Desconhecido

Se nenhuma opção contém a sua resposta ou se houve mais de uma pessoa, escreva a sua resposta neste espaço: \_\_\_\_\_.

## 3. Isto influenciou sua vida sexual de algum jeito?

- Sim  
 Não

## English version

## 1. Do you consider that you were a victim of childhood sexual abuse?

- Yes  
 No

If you answered “yes”, go ahead to questions 2 and 3

## 2. Who committed sexual abuse?

- Father or stepfather  
 grandfather, uncle, brother, cousin  
 Intimate partner  
 Family acquaintance  
 Unknown

If no option contains your answer or if there was more than one offender, write your answer in the blank: \_\_\_\_\_.

## 3. Did this influence your sex life in any way?

- Yes  
 No

Figure 1 – Questionnaire proposed to assess CSA history, identity of sexual offender, and belief that it influenced sex life.

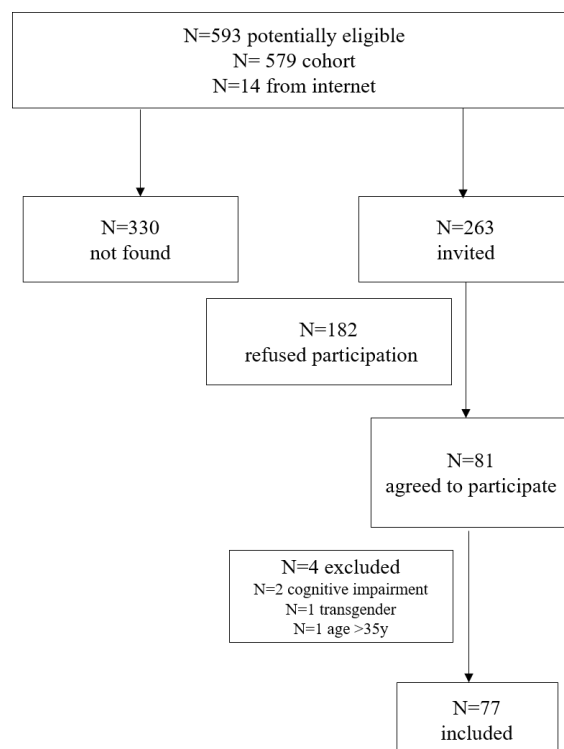


Figure 2. Flowchart of recruitment and selection of participants

**Table 1. Sociodemographic characteristics of women with history of child sexual abuse (n=77)**

<b>Variable</b>	<b>Mean ± Standard Deviation</b>
<b>Age (years)</b>	24 ± 5.07
	n (%)
<b>Skin color</b>	
White	49 (63.6)
Black or mixed	28 (36.4)
<b>Education (years)</b>	
0 - 8	21 (28.4)
9 - 11	42 (56.8)
≥ 12	11 (14.9)
<b>Relationship status</b>	
With stable partner	50 (65.8)
Without stable partner	26 (34.2)
<b>Parity</b>	
0	44 (57.9)
≥ 1	32 (42.1)
<b>Pregnant or lactating</b>	
Yes	5 (6.6)
No	71 (93.4)

**Table 2: Clinical characteristics of women with history of child sexual abuse (n=77)\***

<b>Variable</b>	
<b>Risk for Sexual Dysfunction</b>	
Yes (FSFI ≤26,55)	53 (68.8)
<b>Risk for Major Depressive Episode</b>	
Yes (PHQ-9 < 10)	55 (71.4)
<b>Risk for Generalized Anxiety Disorder</b>	
Yes (GAD-7 < 10)	54 (70.1)
<b>Risk for Posttraumatic Stress Disorder</b>	
Yes (PCL-5 < 36)	43 (56.6)

<b>Previous mental health treatment</b>	
Yes	55 (72.4)
<b>Current use of antidepressants</b>	
Yes	9 (11.8)
<b>Early sexual trauma (ETISR-SF)</b>	
Sim	62 (80.5)
<b>Do you consider that you were a victim of childhood sexual abuse?</b>	
Yes	64 (84.2)
<b>Did this influence your sex life in any way? (n=64)</b>	
Yes	41 (64)
<b>Who committed sexual abuse? (n=64)</b>	
Father or stepfather	14 (21.2)
Other relatives (grandfather, uncle, brother, cousin)	21 (31.8)
Intimate partner	4 (6)
Family acquaintance	10 (13)
Unknown	26 (39.4)
<b>Number of sexual abuse episodes (n=64)</b>	
1	55 (87.5)
≥ 2	9 (12.5)

\* Values given as mean  $\pm$  standard deviation, number (percentage of total responses), or number. The number of responses is indicated for each item when  $n \neq 77$ . FSFI: Female Sexual Function Index, PHQ-9: Patient Health Questionnaire – 9, GAD-7: Generalized Anxiety Disorder Screener, PCL-5: Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5, ETISR-SF: Early Trauma Inventory Self Report – Short Form

**Table 3. Association between the perception of the influence of abuse on sexual life and sociodemographic and clinical characteristics of participants who consider themselves victims of child sexual abuse (n=64)\***

Variable	Did this influence your sex life in any way?		P**
	Yes	No	
Age (years)	41 (64%)	23 (36%)	0,73
	24,6 $\pm$ 5,5	24,1 $\pm$ 4,5	

<b>Skin color</b>			0.99
White	25 (61)	14 (61)	
Black or mixed	16 (39)	9 (39)	
<b>Education (years) (n=62)</b>			0.77
0 - 8	10 (25.6)	6 (26.1)	
9 - 11	21 (53.9)	14 (60.9)	
≥ 12	8 (20.5)	3 (13.4)	
<b>Relationship status</b>			0.78
With stable partner	26 (63.4)	16 (69.6)	
Without stable partner	15 (36.6)	7 (31.4)	
<b>Parity</b>			0.57
≥ 1	19 (46.3)	9 (39.1)	
0	22 (53.7)	14 (60.9)	
<b>Pregnant or lactating</b>			0,99
Yes	2 (4.9)	1 (4.4)	
No	39 (95.1)	22 (95.6)	
<b>Risk for Major Depressive Episode</b>			<b>0.04</b>
Yes (PHQ-9 < 10)	34 (82.9)	14 (60.9)	
No (PHQ-9 ≥ 10)	7 (17.1)	9 (39.1)	
<b>Risk for Generalized Anxiety Disorder</b>			<b>0.001</b>
Yes (GAD-7 < 10)	35 (85.4)	11 (47.8)	
No (GAD-7 ≥ 10)	6 (14.6)	12 (52.2)	
<b>Risk for Posttraumatic Stress Disorder</b>			<b>0.02</b>
Yes (PCL-5 < 36)	30 (73.2)	10 (43.5)	
No (PCL-5 ≥ 36)	11 (26.8)	13 (56.5)	
<b>Previous mental health treatment</b>			0.54
Yes	30 (73.2)	19 (82.6)	
No	11 (26.8)	4 (17.4)	
<b>Current use of antidepressants</b>			0.14
Yes	8 (19.5)	1 (4.4)	
No	33 (80.5)	22 (95.6)	
<b>Early sexual trauma (ETISR-SF)</b>			
Yes	38 (92.7)	22 (95.6)	
No	3 (7.3)	1 (4.4)	
<b>Sexual abuse by a family member (n=63)</b>			<b>0.01</b>
Yes	27 (67.5)	8 (34.8)	
No	13 (32.5)	15 (65.2)	
<b>Number of sexual abuse episodes (n=63)</b>			0.47
1	7 (17.5)	2 (8.7)	
≥ 2	33 (82.5)	21 (91.3)	

Values given as mean ± standard deviation, number (percentage of total responses), or number. \*The number of responses is indicated for each item when n ≠ 64. \*\*P-value obtained

by the  $\chi^2$  test or Fischer test. FSFI: Female Sexual Function Index, PHQ-9: Patient Health Questionnaire – 9, GAD-7: Generalized Anxiety Disorder Screener, PCL-5: Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5, ETISR-SF: Early Trauma Inventory Self Report – Short Form

**Table 4. Univariate and multivariate analysis of the association between the belief that child sexual abuse influenced sexual life and the sociodemographic and clinical characteristics of women who consider themselves victims of child sexual abuse (n = 64)\***

Variable	Univariate Unadjusted OR (95% CI)**	Multivariate Adjusted OR (95% CI)**
<b>Skin color</b>		
White	1.00 (reference)	
Black or mixed	1.00 (0.34 – 2.83)	
<b>Education (years) (n=62)</b>		
0 - 8	0.62 (0.12 – 3.32)	
9 - 11	0.56 (0.13 – 2.49)	
≥ 12	1.00 (reference)	
<b>Relationship status</b>		
With stable partner	1.00 (reference)	
Without stable partner	1.32 (0.44 – 3.93)	
<b>Parity</b>		
≥ 1	1.00 (reference)	
0	0.74 (0.26 – 2.10)	
<b>Pregnant or lactating</b>		
Yes	1.13 (0.10 – 13.16)	
No	1.00 (reference)	

**Risk for Major Depressive****Episode**

Yes (PHQ-9 &lt; 10) 1.00 (reference)

No (PHQ-9 ≥ 10) 3.12 (0.97 - 10)

**Risk for Generalized Anxiety****Disorder**

Yes (GAD-7 &lt; 10) 1.00 (reference) 1.00 (reference)

No (GAD-7 ≥ 10) **6.36 (1.93 – 20.83)** **5.88 (1.3 – 27.03)****Risk for Posttraumatic Stress****Disorder**

Yes (PCL-5 &lt; 36) 1.00 (reference) 1.00 (reference)

No (PCL-5 ≥ 36) **3.55 (1.21 – 10.42)** 2.08 (0.51 – 8.55)**Previous mental health treatment**

Yes 1.00 (reference)

No 1.74 (0.48 – 6.27)

**Current use of  
antidepressants**

Yes 5.32 (0.62 – 45.4)

No 1.00 (reference)

**Early sexual trauma (ETISR-SF)**

Yes 0.58 (0.06 – 5.88)

No 1.00 (reference)

**Sexual abuse by family  
member (n=63)**Yes **3.89 (1.32 – 11.49)** **5.78 (1.57 – 21.28)**

No 1.00 (reference) 1.00 (reference)

**Number of sexual abuse  
episodes (n=63)**

1 1.00 (reference)

More than 1 2.23 (0.42 – 11.76)

---

\*The number of responses is indicated for each item when  $n \neq 64$ . \*\*OR: Odds ratio, CI: Confidence Interval, FSFI: Female Sexual Function Index, PHQ-9: Patient Health Questionnaire – 9, GAD-7: Generalized Anxiety Disorder Screener, PCL-5: Posttraumatic



Stress Disorder Checklist for DSM-5, ETISR-SF: Early Trauma Inventory Self Report –  
Short Form