

O Risco para Queixas Ginecológicas e Disfunções Sexuais Segundo História de Violência Sexual

Risk of Gynecologic Complaints and Sexual Dysfunctions
According to History of Sexual Violence

Anibal Faúndes, Ellen Hardy, Maria José Osis, Graciana Duarte

RESUMO

Objetivo: *avaliar, numa população brasileira, a possível associação entre história de violência sexual e algumas das queixas ginecológicas referidas com maior frequência pelas mulheres.*
Métodos: *análise secundária de dados de um estudo do tipo transversal retrospectivo em que foram entrevistadas, em seus domicílios, 1.838 mulheres com 15 a 49 anos de idade, residentes em Campinas e Sumaré, no Estado de São Paulo. Utilizou-se um questionário estruturado e pré-testado, que permitiu caracterizar a história de violência sexual das mulheres, a existência de disfunções sexuais e a presença de sintomas ginecológicos no ano anterior à entrevista. As diferenças estatísticas foram avaliadas com o teste χ^2 .*

Resultados: *pouco mais de um terço (38,1%) das mulheres não relatou história de violência sexual; 54,8% referiram que, alguma vez, tiveram relações sexuais contra sua vontade, sem terem sido forçadas a isto, embora 23% mencionaram algum tipo de constrangimento; 7,1% relataram já terem sido forçadas a manter relações. Verificou-se associação estatística entre história de violência sexual e a referência a queixas ginecológicas e a disfunções sexuais.*
Conclusões: *evidenciou-se que até formas menos agressivas de imposição da vontade masculina na vida sexual do casal associaram-se a uma maior prevalência das queixas ginecológicas mais frequentes. O ginecologista deve, portanto, ter em conta este fator etiológico, excepcionalmente considerado no presente momento.*

PALAVRAS-CHAVE: *Violência sexual. Sintomas ginecológicos. Disfunção sexual.*

Introdução

A violência sexual contra a mulher é um problema que sempre existiu mas que nos últimos anos vem recebendo grande atenção e tem sido considerado como uma anomalia da conduta social. As diferenças de poder entre homens e mulheres e a falta de equidade nas relações entre gêneros no âmbito público e doméstico passaram a ser reconhecidas como um atropelo aos di-

reitos humanos, devendo, portanto, ser corrigidas¹.

Foi somente em 1992 que o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas definiu a violência contra a mulher como “Todo ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher, incluindo a ameaça de ditos atos, a coerção ou privação arbitrária da liberdade, tanto na vida pública como na privada”². Diversos estudos têm mostrado que a maior parte da violência contra a mulher se dá no ambiente doméstico³⁻⁵, e que a violência dentro do lar tende a seguir uma evolução progressiva, que se inicia com violência psicológica/emocional, passa em seguida pela violência física e termina com violência sexual⁶.

Em geral, quando se pensa em atendimento à mulher vítima de violência sexual, a preocupação é com o trauma físico e psicológico e com a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e da gravidez^{7,8}. Mais recentemente,

Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP)
Departamento de Ginecologia e Obstetria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Correspondência:

Anibal Faúndes

CEMICAMP

Caixa Postal 6181

13081-970 - Campinas - SP

A pesquisa que deu origem a este trabalho recebeu auxílio financeiro da Fundação Ford.

têm surgido evidências de que a violência sexual acarreta conseqüências ginecológicas a longo prazo⁹, cuja origem permanece oculta porque, dificilmente, a mulher vai relatar espontaneamente a situação de violência, particularmente se ela ocorre dentro do lar¹⁰. Além disso, no contexto do casamento ou da união consensual, é freqüente que a própria mulher-vítima não se refira a certas ocorrências como formas de violência, considerando-as naturais na vida conjugal^{11,12}.

Essas situações levaram a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) a aprovar resolução a respeito na assembleia realizada em Copenhague em 1997. A resolução reconhece a violência contra a mulher como um problema grave e recomenda que ginecologistas e obstetras: eduquem-se, assim como outros profissionais de saúde, quanto a extensão, tipos e conseqüências da violência contra as mulheres; melhorem sua capacidade de identificar as mulheres que sofrem violência e provejam aconselhamento, apoio e tratamento apropriados; trabalhem, junto com outros grupos, para entender o problema e documentar os determinantes desta violência e suas danosas conseqüências; ajudem nos processos legais em casos de agressão sexual e estupro, por meio de documentação cuidadosa das evidências no exame da vítima e dêem apoio a todos os que trabalham para acabar com a violência contra a mulher, a família e a comunidade.

O estudo cujos resultados apresentamos a seguir está respondendo a essas recomendações e teve por objetivo avaliar a possível associação entre a história de violência sexual e algumas das queixas ginecológicas e disfunções sexuais mais freqüentes numa população brasileira.

Pacientes e Métodos

O objetivo principal da pesquisa foi estudar a freqüência e as condições em que era feito o aborto provocado no contexto de assistência integral à saúde da mulher¹³. O desenho do estudo foi do tipo transversal retrospectivo. O tamanho da amostra foi estimado em 1.801 mulheres, com base em uma proporção de 25% de abortos provocados, estimados na população, com uma diferença de 2% entre a proporção populacional e amostral e com um intervalo de confiança de 95%. Ao final, entrevistaram-se 1.838 mulheres com 15 a 49 anos de idade e que haviam tido pelo menos uma gravidez.

Utilizou-se um questionário estruturado e pré-testado, com perguntas cujas respostas já eram pré-codificadas e outras em que a resposta

era anotada textualmente. Os dados foram obtidos mediante entrevistas individuais, realizadas nos domicílios das mulheres selecionadas. Quando isto não era possível, marcava-se a entrevista para outro local.

Os domicílios visitados foram selecionados em setores censitários dos municípios de Campinas e Sumaré, em que predominava a população de baixa renda, existindo favelas e cortiços. Na Delegacia do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de cada cidade foram obtidos mapas dos bairros em que se pretendia trabalhar, com a correspondente divisão em setores. Cada entrevistadora recebia um setor por dia para realizar entrevistas. Em um de cada oito domicílios foram entrevistadas todas as mulheres com idade entre 15 e 49 anos e que residiam na casa. Não foram selecionadas as mulheres que estavam de visita ou de passagem. Posteriormente, foram excluídas do estudo as que nunca haviam estado grávidas.

As entrevistadas responderam, entre outras, a um grupo de perguntas que objetivou saber se, alguma vez, elas haviam tido relações sexuais contra a sua vontade. Em caso afirmativo, perguntou-se se elas haviam sido obrigadas a isto; quando responderam que sim, indagou-se como haviam sido obrigadas a manter a relação, e quando disseram que não haviam sido obrigadas, foi perguntado por que haviam aceitado a relação. Com base nas respostas a essas perguntas, as entrevistadas foram subdivididas em quatro grupos visando à análise aqui apresentada: mulheres que não referiram história de violência sexual (disseram que nunca haviam mantido relações sexuais contra a sua vontade); mulheres que alguma vez tiveram relações contra a sua vontade mas não se sentiram constrangidas a isto; aquelas que foram constrangidas e as que referiram terem sido obrigadas, por meio de alguma forma de agressão, a manter a relação sexual, o que equivaleria a terem sofrido um estupro.

Em outra seção do questionário, as mulheres foram indagadas acerca de terem tido, nos 12 meses anteriores à entrevista, irregularidades menstruais, dor pélvica e/ou dismenorréia. Para investigar as possíveis disfunções sexuais, foram feitas perguntas em que se pedia que a entrevistada referisse a freqüência (sempre, às vezes ou nunca) com que sentia vontade de ter relações sexuais, sentia prazer nelas e tinha dor depois do coito.

Para o processamento e análise dos dados foi utilizado o "Statistical Package for the Social Sciences (SPSS-PC)". A diferença entre os grupos foi estudada com o χ^2 ¹⁴.

Resultados

Mais da metade das mulheres entrevistadas (54,8%) referiu que, alguma vez, tivera relações sexuais contra sua vontade mas sem chegar ao extremo de ser obrigada: 31,8% disseram que isto ocorreu sem que elas tivessem se sentido constrangidas às relações, ao passo que 23% referiram algum tipo de constrangimento como, por exemplo: “é obrigação da mulher, tem que servir o homem”, “para ele não procurar outra”, “por insistência do marido/para acabar logo/para ver se sossega”, “para evitar briga/para o companheiro não ficar com raiva”, “para o companheiro não pensar que ela tem outro”. Deste grupo, 7,1% das entrevistadas relataram já terem sido forçadas a ter relações sexuais (violência física e por fortes

ameaças) e apenas pouco mais de um terço (38,1%) não relatou história de violência sexual.

Em torno de um terço das mulheres entrevistadas relatou irregularidades menstruais, moléstia que foi cerca de 10 pontos percentuais mais prevalente entre aquelas com história de estupro que entre as sem história de violência sexual. As mulheres que relataram terem tido sexo contra a sua vontade, mas não propriamente estupro, apresentaram uma prevalência intermediária. Diferenças no mesmo sentido, porém mais acentuadas, observaram-se para os sintomas dor pélvica e dismenorréia, com 17 e 20 pontos percentuais de diferença entre os grupos “sem violência” e “estupro”, sempre com as mulheres com história de sexo contra vontade, mas não forçadas, ocupando uma posição intermediária. Todas estas diferenças foram estatisticamente significativas (Tabela 1).

Tabela 1 - Prevalência de alguns sintomas ginecológicos segundo história de violência sexual, em porcentagem.

| | História de violência sexual | | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|
| | Sem história | Sexo contra a vontade, sem constrangimento | Sexo contra a vontade, com constrangimento | Obrigadas a fazerem sexo |
| Sintomas | (A) | (B) | (C) | (D) |
| Irregularidades menstruais * | 28,8 | 33,6 | 34,3 | 39,4 |
| Dor pélvica # | 24,7 | 36,0 | 39,9 | 41,7 |
| Dismenorréia @ | 28,9 | 32,9 | 35,7 | 48,8 |
| Total de mulheres | 685 | 571 | 414 | 127 |

* (A) comparado a (D): $p < 0,03$; (A) comparado a (B) + (C) + (D): $p < 0,02$

(A) comparado a (B), (C), (D): $p < 0,001$; (A) comparado a (B) + (C) + (D): $p < 0,001$

@ (A) comparado a (C): $p < 0,03$; (A) comparado a (D): $p < 0,001$; (D) comparado a (B): $p < 0,002$; (D) comparado a (C): $p < 0,02$.

A prevalência de falta de libido foi duas vezes maior entre as mulheres com história de sexo contra a sua vontade, mas que não se sentiram constrangidas a isto, mais de três vezes maior entre as que referiram constrangimento e mais de quatro vezes maior entre aquelas com história de estupro, em comparação com as mulheres sem história de violência sexual. A anorgasmia apre-

sentou-se com prevalência um pouco menor, mas as diferenças entre os grupos sem violência e os demais mantiveram-se proporcionalmente semelhantes, exceto quanto ao grupo de mulheres que referiu ter tido relações contra a sua vontade mediante algum constrangimento, que apresentou proporção praticamente igual ao grupo de mulheres que sofreram estupro (Tabela 2).

Tabela 2 - Prevalência de disfunções sexuais segundo história de violência sexual, em porcentagem.

| | História de violência sexual | | | |
|----------------------|------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|
| | Sem história | Sexo contra a vontade, sem constrangimento | Sexo contra a vontade, com constrangimento | Obrigadas a fazerem sexo |
| Disfunções | (A) | (B) | (C) | (D) |
| Ausência de libido * | 4,4 | 10,5 | 19,4 | 20,6 |
| Anorgasmia # | 2,9 | 8,2 | 14,8 | 14,3 |
| Total de mulheres | 679 | 569 | 413 | 126 |

* (A) comparado a (B), (C), (D): $p < 0,001$; (A) comparado a (B) + (C) + (D): $p < 0,001$; (D) comparado a (B): $p < 0,005$

(A) comparado a (B), (C), (D): $p < 0,001$; (A) comparado a (B) + (C) + (D): $p < 0,001$

A prevalência de dispareunia “sempre” foi pouco menos que o dobro e duas vezes maior entre as mulheres com história de sexo contra a vontade, com e sem constrangimento, e de estupro, respectivamente, em comparação com as mulheres sem história de violência sexual. A referência a ter dor durante o coito “quase sempre” foi menor, assim como as diferenças entre os grupos

foram proporcionalmente menores. Aproximadamente uma de cada sete mulheres com história de sexo contra a vontade e uma de cada cinco com história de estupro relataram dispareunia sempre ou quase sempre, ao passo que uma de cada 12 mulheres sem história de violência sexual mencionaram esse sintoma. Estas diferenças foram estatisticamente significativas (Tabela 3).

Tabela 3 - Prevalência de dispareunia “sempre” e “quase sempre” segundo história de violência sexual, em porcentagem.

| | História de violência sexual | | | |
|------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|
| | Sem história | Sexo contra a vontade, sem constrangimento | Sexo contra a vontade, com constrangimento | Obrigadas a fazerem sexo |
| Dispareunia * | (A) | (B) | (C) | (D) |
| Sempre ou quase sempre | 8,6 | 12,6 | 13,9 | 19,1 |
| Total de mulheres | 679 | 570 | 412 | 126 |

* (A) comparado a (B): $p < 0,05$; (A) comparado a (C), (D): $p < 0,001$; (A) comparado a (B) + (C) + (D): $p < 0,001$

Discussão

Os resultados do presente estudo confirmam, em uma população brasileira de condição sócio-econômica baixa ou média baixa, a associação já descrita na literatura entre história de violência sexual e algumas queixas ginecológicas mais frequentes^{9,15,16}. Não surpreende que a maior associação se observa com disfunções sexuais, já que parece plausível supor que o trauma da violência deve repercutir com maior intensidade sobre a capacidade da mulher manter uma vida sexual satisfatória.

O achado mais interessante deste estudo é que, mesmo quando se tratou de um tipo de violência menos explícita, em que não se satisfazem as condições para caracterizar um estupro, também se verificou uma clara associação com os mesmos sintomas e disfunções observados quando houve estupro.

À primeira vista, poder-se-ia alegar que ter relações sexuais contra a vontade sem, contudo, ter sido “obrigada” ou “forçada” a isto, não chegaria a constituir violência sexual. Isto porque a elevada porcentagem de mulheres que relatou que, em algum momento, manteve relações sexuais contra a sua vontade faz pensar que um fenômeno de tão alta frequência entre as entrevistadas é, provavelmente, visto como fazendo parte da relação “normal” entre homem-mulher, sem chegar a ser caracterizado como uma real violência. Porém, quando se focalizaram as razões pelas quais as mulheres aceitaram essas relações contra a sua vontade, verificou-se que quase a metade delas, na verdade, havia experimentado algum tipo de constrangimento para que concordasse com essa situação.

Essa constrangimento foi de natureza diversificada, aparecendo desde a internalização da submissão de gênero das mulheres terem “o dever de servir o marido” até formas que, facilmente, poderiam ser caracterizadas como sendo de violência implícita, como foi o caso das mulheres que queriam evitar brigas com o companheiro. Assim, a proporção significativamente elevada de sintomas ginecológicos e disfunções sexuais neste grupo de mulheres seguramente é uma mistura de casos de persuasão relativamente delicada e de outros que beiram o estupro ou deveriam ter sido definidos como tais.

De qualquer forma, a verificação de que este grupo de mulheres, que se aproximou de 60% do total de entrevistadas, apresentou um incremento significativo de queixas ginecológicas em relação às que não relataram qualquer história de violência sexual, deve fazer pensar no papel das relações entre parceiros na etiologia dos distúrbios mais frequentes observados pelo especialista. Ainda mais, esta observação sugere a conveniência de indagar adequadamente sobre história de violência, quando não se identificarem possíveis causas somáticas para queixas como as referidas neste trabalho.

Entendemos que poderia dar-se uma interpretação inversa à associação observada entre disfunções sexuais, como falta de libido, e ter sexo contra a vontade. Seria até natural entender que, quase por definição, a mulher sem libido nunca terá desejo de fazer sexo e sempre fará sexo contra a vontade. Não parece, entretanto, que fosse essa a interpretação das entrevistadas diante da pergunta feita. No contexto das relações conjugais, não é raro iniciar o jogo sexual em circunstâncias em que um dos parceiros não está com desejo, mas falta de desejo não significa necessariamente

te oposição a ter relações, seja porque o desejo se desperta durante o processo, seja porque proporcionar prazer ao companheiro ou companheira é também prazeroso. Assim, não é correto interpretar que ausência de desejo sexual seja equivalente a que o ato sexual aconteça contra a vontade.

É possível, entretanto, que o risco de que o companheiro imponha o ato sexual contra a vontade da mulher seja maior se esta nunca tem desejo, do que no caso oposto. Esta possibilidade deve ser considerada pelo ginecologista que atende a mulher com este tipo de queixa. Na história clínica, seria preciso esclarecer se a ausência de libido é causa ou conseqüência de alguma forma de violência ou imposição sexual, que, de qualquer forma, não poderia se justificar.

Independentemente destas interpretações alternativas dos achados deste estudo, fica evidente que até formas menos agressivas de imposição da vontade masculina na vida sexual do casal associam-se a uma maior prevalência das queixas ginecológicas mais freqüentes, que, muitas vezes, não têm explicações aparentes. Estes resultados devem chamar a atenção do ginecologista, para lembrá-lo deste fator etiológico até agora praticamente desconhecido. Ao mesmo tempo, no âmbito da sociedade como um todo, impõe-se a contínua promoção de maior equidade nas relações de gênero entre mulheres e homens como fator de extrema relevância para alcançar melhores condições de saúde sexual e reprodutiva.

SUMMARY

Purpose: to evaluate, in a Brazilian population, the possible association between history of sexual violence and some of the more frequent gynecologic complaints related by women.

Methods: secondary analysis of data from a cross-sectional study in which 1838 women between 15 and 49 years of age were interviewed in their homes. They were residents of the cities of Campinas and Sumaré, in the state of São Paulo. A structured and pretested questionnaire was used, which allowed to characterize the interviewees' history of sexual violence, the existence of sexual dysfunctions and the presence of gynecologic symptoms in the year previous to the interview. The statistical differences were evaluated by the χ^2 test.

Results: little more than one third (38.1%) of the women did not report history of sexual violence; 54.8% related that at least once they had had sexual intercourse against their will, without being forced to, although 23% mentioned some kind of coercion; 7.1% reported having been forced to have sex. Statistical association was found between history of sexual violence and the reference to gynecologic complaints and sexual dysfunctions.

Conclusions: it was observed that even less aggressive forms of imposition of the man's will in the couple's sexual life were associated with a higher prevalence of the most frequent gynecologic complaints. The gynecologist must, therefore, have in mind this etiological factor which is rarely being

considered at the present time.

KEY WORDS: *Sexual violence. Gynecologic symptoms. Sexual dysfunction.*

Referências

1. Barsted L. Violência contra a mulher e cidadania: uma avaliação das políticas públicas. Rio de Janeiro: Cêpia; 1994. p.9-61. (Cadernos CEPIA, 191).
2. Economic and Social Council. Report of the working group on violence against women. Viena: United Nations; 1992. (E/Cn. 6WG.2/ L.3).
3. Dimenstein G. País conta 337 mulheres agredidas por dia. Folha de São Paulo, São Paulo, 29 nov. 1992. Cotidiano. Caderno 4. p.4.
4. Hartigan P. La OPS enfoca el problema de la violencia contra la mujer. Rev Panam Salud Pública 1997; 2:290-4.
5. Heise L. Gender-based abuse: the global epidemic. Cad Saúde Públ 1994; 10 Supl 1:135-45.
6. Heise L, Pitanguy J, German A. Violence against women: the hidden health burden. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 1994.
7. Faúndes A, Oliveira G, Andalaft Neto J, Costa Lopez JR. II Fórum interprofissional sobre atendimento ao aborto previsto na lei. Femina 1998; 26:134-8.
8. Faúndes A, Andalaft Neto J, Freitas F. III Fórum interprofissional para implementação sobre o atendimento ao aborto previsto por lei. Femina 1999; 27:317-21.
9. Golding JM, Wilsnack SC, Learman LA. Prevalence of sexual assault history among women with common gynecologic symptoms. Am J Obstet Gynecol 1998; 179:1013-9.
10. Koss MP. Detecting the scope of rape: a review of prevalence research methods. J Interpers Violence 1993; 8:198-222.
11. Americas Watch. Injustiça criminal versus a violência contra a mulher no Brasil. s. l. : Projeto dos Direitos da Mulher; 1991.
12. Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. Cad Saúde Públ 1994; 10 Suppl 1:146-55.
13. Osís MJD, Hardy EE, Faúndes A, Rodrigues T. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. Rev Saúde Públ 1996; 30:444-51.
14. Armitage P. Statistical methods in medical research. Oxford: Blackwell Scientific; 1971.
15. Koss MP, Heslet L. Somatic consequences of violence against women. Arch Fam Med 1992; 1:53-9.
16. Letourneau EJ, Holmes M, Chasedunn-Roark J. Gynaecologic health consequences to victims of interpersonal violence. Women's Health Issues 1999; 9:115-20.