



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Processos Psicológicos Básicos
Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento

**A violência sexual e suas marcas na memória episódica, atitudes
e comportamento sexual:**

Uma investigação em mulheres vitimadas

Danilo Ribeiro do Nascimento Aragão

Orientadora: Profa. Dra. Goiara Mendonça de Castilho

Dissertação apresentada ao
Instituto de Psicologia da
Universidade de Brasília, como
requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Ciências
do Comportamento

Brasília, 28 de março de 2023.



Este trabalho foi desenvolvido no Laboratório de Processos Cognitivos do Departamento de Processos Psicológicos Básicos do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, com o apoio da CAPES.

Comissão Examinadora,

Prof.^a Dr.^a Goiara Mendonça de Castilho
(Presidente) Universidade de Brasília - UnB.

Prof.^a Dr.^a Isabelle Patrícia Freitas Soares Chariglione
(Membro Efetivo) Universidade de Brasília - UNB

Prof.^a Dr.^a Graziela Furtado Scarpelli Ferreira
(Membro Externo) Centro Universitário do Instituto Superior de Brasília - IESB.

Profa. Dra. Wânia Cristina de Souza
(Membro Suplente) Universidade de Brasília - UnB.



Contar as histórias dessas mulheres faz diferença?

Uma das jovens yazidis que entrevistei para o livro me mandou uma mensagem questionando: "Eu contei a minha história, mas que diferença isso fez?". Não consegui responder. Eu sempre achei que o meu papel como jornalista era jogar luz nas coisas que aconteciam e que outras pessoas fariam algo a respeito.

Sinto que tenho a responsabilidade de falar sobre essas meninas e mulheres o quanto eu puder e em todas as plataformas possíveis. Continuo acreditando que o nosso trabalho é narrar os fatos como os vemos, só que estou nessa profissão há muitos anos e fiquei um pouco desiludida por contar as mesmas histórias repetidamente e nada mudar. Então entendi que, nós jornalistas, precisamos fazer um pouco mais, e isso não é um problema quando algo terrível como a violência sexual está acontecendo.

(Trecho da entrevista da jornalista Christina Lamb à Renata Izaal do GLOBO)

[Fonte: https://oglobo.globo.com/mundo/noticia/2023/02/existe-uma-epidemia-de-estupros-diz-jornalista-autora-de-livro-sobre-violencia-sexual-em-zonas-de-conflito.ghtml?utm_source=globo.com&utm_medium=oglobo]

“Gender inequality and norms on the acceptability of violence against women are a root cause of violence against women”

(WHO, 2021).



Agradecimentos

Agradeço,

A todas as mulheres que dispuseram tempo a responder esta longa pesquisa. Elas romperam paradigmas e enfrentaram recordações dolorosas, para que resultados fossem produzidos, na expectativa de que algo possa ser feito e para minimamente melhorar a convivência com o trauma de ser violentada.

À Dra. Goiara Mendonça de Castilho, que generosamente, topou me orientar nessa empreitada, com todas as dificuldades que nos foram impostas, conseguimos finalizar. Agradeço ainda, as Doutoradas Isabelle Patriciá Freitas Soares Chariglione, Graziela Furtado Scarpelli Ferreira e Wânia Cristina de Souza que, gentilmente, aceitaram participar da banca e conseqüentemente a me ouvirem a indagar sobre um mundo de expectativas.

À CAPES, por se manter firme diante do desgoverno que desqualificava a ciência em prol de achismos elitistas. Estendo este agradecimento à Universidade de Brasília que manteve os pés no chão, remando contra as forças externas de boicote e se consolida como uma referência internacional de combate à ignorância pela produção do saber. Continuo a agradecer, a secretaria da pós-graduação, em especial “Ti Dani” (Daniel Oliveira) pela paciência, generosidade e atenção para comigo.

Ao Instituto Matriusca, representado na figura da Dra. Ladyane Ramos do Santos, que sempre apoiou esta ideia e arduamente participou do processo de divulgação.



A espiritualidade, a toda energia bondosa, caridosa e generosa, que me orienta e sustenta nesta caminhada.

A Trieb Psicologia, Libertè Psicologia Integrada e o Instituto Brasileiro de Estudos do Inconsciente-IBEI que gentilmente se propuseram a fornecer o apoio psicológico às participantes, quando necessário.

À Fabiana, amiga querida, que nos bastidores sempre se fez presente e possui meu carinho e admiração.

Ao Gabriel Cavendish, que chegou e deixou contribuições supervaliosas para a consolidação deste trabalho.

A minha mãe, por todo apoio, amor e carinho que nunca me faltaram.

A minha companheira, que me apresentou “as melhores coisas da vida”, que sempre andamos lado a lado, que toda vez que pensei em desistir, ela quem impulsionou a continuar, gratidão a ti pela parceria e a generosidade do teu amor.

Ao meu filho, que todo dia me renova a esperança de um mundo melhor, que a cada sorriso enche meu dia de luz, que me traz a alegria e força para continuar a caminhada.

E por fim, dedico este trabalho à mulher mais forte que tive o prazer de conhecer, minha avó, falecida neste período pandêmico.



Sumário

Lista de figuras	9
Lista de Tabelas	10
Lista de Anexos	11
Lista de Apêndices.....	12
Lista de siglas e abreviaturas por ordem alfabética	13
Resumo	15
Abstract.....	17
Caracterização do Problema de Pesquisa.....	19
Da violência Sexual.....	24
Os impactos da violência sexual	29
As respostas sexuais em mulheres	32
Das marcas emocionais da violência sexual	34
Da memória.....	38
Figura 1.....	39
Objetivos e Justificativa.....	44
Método	46
Participantes	46
Instrumentos e Materiais	50
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	50
Questionário A (QA): Levantamento Sociodemográfico e Histórico Clínico	51
Inventário Beck de depressão (BDI).....	51
Female Sexual Function Index (FSFI- ANEXO 2	52
Inventário Beck de Ansiedade (BAI	52
Escala de Imobilidade Tônica (Tonic Immobility Scale [TIS – ANEXO 3.....	52
Lista de Eventos da Vida (Live Events Checklist [LEC-5.....	53
Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5)	53
Questionário B (QB): Histórico Sexual Pré-Agressão	53
Questionário C (QC): Dados da agressão.....	54
Inventário de Cognições Pós-Traumáticas (PTCI – ANEXO 6	54
Escala de Aceitação dos Mitos de Estupro - Illinois Rape Myth Acceptance Scale [IRMA	54
Questionário D (QD): Histórico Sexual Pós Agressão.....	55



Paradigma Que-Onde-Quando (QQQ).....	56
Figura 3.....	57
Figura 4.....	58
Paradigma Que-Onde-Qual contexto (QQQc):	58
Figura 5.....	59
Procedimentos	60
Figura 6.....	60
Um estudo exploratório: Procedimentos Específicos.....	62
Um Quase-Experimento: Procedimentos Específicos e Delineamento	63
Procedimentos Éticos.....	67
Procedimentos de Análise de Dados	68
Resultados.....	69
PARTE I.....	69
Questionários B e D: Práticas Sexuais antes e depois da agressão.....	69
Questionário C (QC): Dados da Agressão	71
Inventário Beck de depressão (BDI)	72
Inventário Beck de Ansiedade (BAI)	72
FSFI- Female Sexual Function Index	73
Tabela 2.....	74
<i>Distribuição dos escores médios e desvios padrões por domínio, grupo e aplicação.....</i>	74
PCL-5 e LEC-5 _ Sintomas de TEPT e Lista de Eventos	75
Escala de imobilidade tônica -TIS	76
Tabela 3.....	76
Inventário de cognições pós-traumáticas – PTCI.....	77
Figura 9.....	77
Escala de Aceitação dos Mitos de Estupro – IRMA.....	78
PARTE II.....	80
Estudo Quase Experimental: Os efeitos da violência sexual sobre a memória episódica.....	80
Tabela 4.....	80
Tabela 5.....	82
PARTE III.....	83
Análise de Forças Correlacionais: Uma integração entre as Fases I e II.....	83
Tabela 6.....	83
Tabela 7.....	84



Discussão.....	85
Conclusão e sugestões para estudos futuros	92
Referências.....	95
ANEXOS	122
APÊNDICES	149



Lista de figuras

Figura 1.	Proposta taxonômica para organização da memória.	38
Figura 2.	Distribuição das participantes, por grupo, no território brasileiro	47
Figura 3.	Estímulos utilizados no Paradigma de memória “QOQ”.	56
Figura 4.	Ilustrações dos estímulos do Paradigma “QOQ”	57
Figura 5.	Exemplo de telas utilizados no Paradigma “QOQc”	58
Figura 6.	Fluxograma de procedimentos para coleta de dados	59
Figura 7.	Taxa de incidência de depressão no Grupo Controle e Grupo Sobreviventes	71
Figura 8.	Taxa de incidência de Ansiedade no Grupo Controle e Grupo Sobreviventes	73
Figura 9.	Médias do PTCI de cada grupo por domínio	77
Figura 10.	Modelo de Basson para a resposta sexual em mulheres	90



Lista de Tabelas

Tabela 1.	Perfil das participantes do estudo (respostas em médias e frequências em %)	48
Tabela 2.	Distribuição dos escores médios e desvios padrões por domínio, grupo e aplicação	74
Tabela 3.	Taxa de incidência de Imobilidade Tônica por grupo	76
Tabela 4.	Taxas de acertos do Paradigma “QOQ” por tarefas e níveis.	80
Tabela 5.	Tamanho do efeito do paradigma “QOQ”	82
Tabela 6.	Descrições da Correlação de Spearman para o FSFI.	73
Tabela 7.	Descrições da Correlação de Spearman, com indicações correlacionais	84



Lista de Anexos

- ANEXO 1 Questionário: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)
- ANEXO 2 Female Sexual Function Index (FSFI)
- ANEXO 3 Tonic Immobility Scale (TIS) - Escala de Imobilidade Tônica
- ANEXO 4 Lista de Eventos da Vida (LEC-5)
- ANEXO 5 Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5)- Versão Civil
- ANEXO 6 Inventário de Cognições Pós-Traumáticas (PTCI)
- ANEXO 7 Illinois Rape Myth Acceptance Scale (IRMA) - Escala de Aceitação dos Mitos de Estupro



Lista de Apêndices

- | | |
|------------|--|
| APÊNDICE 1 | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) |
| APÊNDICE 2 | Questionário A (QA): Levantamento Sociodemográfico e histórico clínico |
| APÊNDICE 3 | Questionário B (QB): Histórico sexual Pré-agressão |
| APÊNDICE 4 | Questionário C (QC): Dados da Agressão |
| APÊNDICE 5 | Questionário D (QD): Histórico sexual Pós-agressão |
| APÊNDICE 6 | Lista com Links e QR codes |



Lista de siglas e abreviaturas por ordem alfabética

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Questionário)

BAI - Escala de Ansiedade de Beck

BDI - Inventário Beck de depressão

COVID-19 - (Coronavirus Disease)/ Doença causada pelo vírus Sar-CoV- 2

DF - Distrito Federal

FSFI - Female Sexual Function Index / Índice de Funcionamento Sexual Feminino

GC - Grupo Controle

GS - Grupo Sobreviventes

HPA - Hipotálamo-Pituitária-Adrenal

IRMA (Illinois Rape Myth Acceptance Scale) - A escala de Aceitação dos Mitos de Estupro

IST's - Infecções Sexualmente Transmissíveis

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LEC-5 - Lista de Eventos da Vida

MMFDH - Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PCL-5- Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Versão Civil

PTCI - Inventário de Congnições Pós-Traumáticas

QA – Questionário A: Levantamento Sociodemográfico e Histórico Clínico

QB - Questionário B: Histórico Sexual Pré-agressão



QC - Questionário C: Dados da Agressão

QD - Questionário D: Histórico Sexual Pós-Agressão

QOQc – Que-Onde-Qual contexto (Paradigma)

QOQ – Que-Onde-Quando (Paradigma)

SARS-CoV-2 - Vírus causador da doença COVID-19

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEPT - Transtorno de Estresse Pós-Traumático

TIS -Tonic Immobility Scale - Escala de Imobilidade Tônica

WHO – World Health Organization



Resumo

Introdução: A violência sexual sofrida por mulheres é um problema de saúde pública. Segundo a Organização das Nações Unidas (World Health Organization [WHO/OMS], 2013), estima-se que um terço das mulheres no mundo já foram vítimas de violência, sendo observados extensos efeitos deletérios em várias esferas da vida da mulher vítima (emocional, cognitiva, sexual, interpessoal, biológica). **Objetivos:** Comparar os efeitos da violência sexual entre mulheres vítimas (Grupo Sobreviventes) e não vítimas (Grupo Controle) através de escalas e questionários visando identificar o perfil das vítimas, histórico de agressão, estados emocionais (depressão e ansiedade), respostas somáticas, cognições e atitudes em relação à violência sexual, aspectos da vida sexual e rastreamento de disfunções sexuais. Também são objetivos a condução de um estudo quase-experimental para avaliar os efeitos da violência sexual sobre a memória episódica e um estudo correlacional entre as mediadas aferidas. **Materiais e Procedimentos:** Para essa mensuração foram utilizados os paradigmas “*Que-Onde-Quando*” (QOQ) e “*Que-Onde-Qual contexto*”(QOCc), contextualizados em um Quase-Experimento onde se testou a hipótese de que as mulheres vítimas teriam pior performance nas tarefas de memória episódica (QOQ e QOCc), em relação ao controle. Também foram adotados em uma fase de estudos exploratórios os instrumentos para rastreio da função sexual com o teste *Female Sexual Function Index* - FSFI, a existência de Transtorno de Estresse Pós Traumático (*Posttraumatic Stress Disorder Checklist - PCL-C*) a Escala de Aceitação do Mitos de Estupro (*IRMA*), Escala de Imobilidade Tônica (*TIS*), Lista de Qualidade de vida (*LEC-5*), os inventários de depressão de ansiedade de Beck e 4 questionários idealizados para identificar o perfil



socioeconômico das participantes, identificar mudanças no comportamento sexual das vítimas antes e depois da agressão e coletar dados sobre a agressão sexual. Os procedimentos incluíram seis blocos seriais de coleta de dados, onde foram distribuídos os instrumentos e protocolos descritos, sendo que os inventários de depressão e ansiedade assim com a escala FSFI foram aplicados em dois momentos distintos. Todo o procedimento foi conduzido em ambiente virtual através da Plataforma Google Forms, sendo o quase experimento programado no Psychopy e hospedado em site para coleta on-line. **Resultados:** No Quase-Experimento não foram identificadas diferenças significativas entre as médias globais de acertos entre grupos. Por outro lado, efeitos parciais foram identificados pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney para uma das tarefas do QOQ, o fator “INTEGRAÇÃO” ($U=7,000$, $p>0,001$, com tamanho de efeito grande ($r=0,67$)), e para “QOQc” ($U=9,00$, $p\leq 0,05$) e significância moderada para o fator “QUE” ($U=14,500$, $P\geq 0,05$). Não foram encontradas correlações significativas entre o FSFI e os paradigmas de memória, embora outras correlações fortes tenham sido identificadas. **Conclusão:** A violência sexual é acompanhada de moderadas a severas alterações emocionais, com forte indicativo de TEPT; foi observada a presença de mitos sobre o estupro, disfunção sexual, respostas somáticas ao estresse, cognições negativas sobre o self. Os efeitos parciais sobre a memória episódica sugerem uma relação entre violência sexual e pior desempenho em tarefas com o paradigma QOQ e QOQc, entretanto novos estudos devem ser conduzidos com amostras maiores. Em relação às diferenças entre grupos, via de regra e em números absolutos, as mulheres vítimas tiveram pior desempenho em todas as avaliações.

Palavras-chave: Mulheres, Violência Sexual, Memória episódica, TEPT, IRMA, TIS, LEC-5.



Abstract

Introduction: Sexual violence suffered by women is a public health problem. According to the United Nations (World Health Organization [WHO/WHO], 2013), it is estimated that one third of women in the world have already been victims of violence, with extensive deleterious effects being observed in various spheres of the victim's life (emotional, cognitive, sexual, interpersonal, biological). **Objectives:** To compare the effects of sexual violence among female victims (Survivors Group) and non-victims (Control Group) using scales and questionnaires to identify the profile of victims, history of aggression, emotional states (depression and anxiety), somatic responses, cognitions and attitudes towards sexual violence, aspects of sexual life and screening for sexual dysfunctions. Also objectives are conducting a quasi-experimental study to assess the effects of sexual violence on episodic memory and a correlational study between measured measures. **Materials and Procedures:** For this measurement, the paradigms “What-Where-When” (WWWhen) and “What-Where-What context” (WWWc) were used, contextualized in a Quasi-Experiment where the hypothesis was tested that women victims would have worse performance in episodic memory tasks (WWWhen and WWWc), in relation to the control. Also adopted in a phase of exploratory studies were instruments for screening sexual function with the Female Sexual Function Index - FSFI test, the existence of Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C), Illinois Rape Myth Acceptance Scale (IRMA), Tonic Immobility Scale (TIS), Quality of Life List (LEC-5), the Beck Depression and Anxiety Inventories and 4 questionnaires designed to identify the socioeconomic profile of the participants, identify changes in the sexual behavior of the victims before and after the aggression and collect data on sexual aggression. at two different times. The entire procedure was



conducted in a virtual environment through the Google Forms Platform, with the quasi-experiment being programmed in Psychopy and hosted on a website for online collection. **Results:** In the Quasi-Experiment, no significant differences were identified between the global means of correct answers between groups. On the other hand, partial effects were identified by the non-parametric Mann-Whitney test for one of the WWWhen tasks, the “INTEGRATION” factor ($U=7.000$, $p \geq 0.001$, with large effect size ($r=0.67$)), and for “WWWc” ($U=9.00$, $p \leq 0.05$) and moderate significance for the factor “WHAT” ($U=14.500$, $P \geq 0.05$). . No significant correlations were found between FSFI and memory paradigms, although other strong correlations were identified.

Conclusion: Sexual violence is accompanied by moderate to severe emotional changes, with a strong indication of PTSD; the presence of myths about rape, sexual dysfunction, somatic responses to stress, negative cognitions about the self was observed. Partial effects on episodic memory suggest a relationship between sexual violence and worse performance on tasks with the WWWhen and WWWc paradigm, however new studies should be conducted with larger samples. Regarding differences between groups, as a rule and in absolute numbers, female victims performed worse in all assessments.

Keywords: Women, Sexual Violence, Episodic memory, PTSD, IRMA, TIS, LEC-5.



Caracterização do Problema de Pesquisa

Segundo o relatório institucional do Atlas da Violência (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA], 2021), a violência sexual implica no uso da força, coerção, intimidação ou mesmo influência psicológica sobre outra pessoa com o intuito de forçá-la ou constrangê-la a algum tipo de interação sexual. Segundo o referido relatório, incluem-se na categoria violência sexual:

“...situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui, também, exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente, caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento, impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem ao matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos” (Atlas da Violência, IPEA, 2021, p. 76).

No Brasil, a violência sexual é tipificada criminalmente como “infração penal gravíssima”, sendo previstas penas de seis a 30 anos em casos de estupro, a depender do tipo de dolo adicional (e.g., morte, vítima menor de 18 anos, etc) (Art. 213, Código Penal, s.d.). Em outros lugares do mundo, a punição varia de prisão perpétua, como em



alguns estados americanos e na França, ou até pena de morte como na Arábia Saudita (History Channel Brasil, 2020). A despeito da existência de severas punições, estima-se globalmente que cerca de 1/3 das mulheres já sofreram algum tipo de violência sexual (Borumandnia et al., 2020). A violência sexual faz vítimas em todos os gêneros, majoritariamente entre mulheres, de todas as idades e classes sociais e tem um caráter endêmico segundo Tedros Adhanon Ghebreyesus, reputado político e acadêmico, com vasta experiência em saúde pública (Nações Unidas Brasil, 2021).

São muitos os fatores que concorrem para as altas taxas de violência sexual no Brasil e alhures, destacando-se aquelas contextualizadas nas relações de poder, historicamente construídas e reforçadas a partir de uma matriz patriarcal, onde a violência de gênero tem amplo escopo (Andrade, 2005; Cerqueira et al., 2017; Contreras et al., 2010; Grey & Toledo, 2022; Sarti et al., 2006; Sousa, 2017). Também concorrem para variações na prevalência da violência sexual o índice de desenvolvimento humano de cada país, parametrizado pela estimativa e saúde ao longo da vida, acesso ao conhecimento e padrão de vida (Borumandnia et al., 2020), sendo encontrada forte correlação inversa entre o índice de desenvolvimento humano e a prevalência da violência sexual.

A violência sexual deixa marcas profundas em que a sofre e prejuízos significativos nas esferas cognitiva, social e comportamental (Aragão et al., 2018; Walsh et al., 2012). Assim, compreender os efeitos desse tipo de violência é relevante para a criação e/ou refinamento de políticas públicas e tecnologias de prevenção e intervenção.



Na perspectiva de ampliar o conhecimento sobre os efeitos deletérios da violência sexual e contribuir, potencialmente, para o desenvolvimento de tecnologias e políticas públicas aplicáveis ao problema em questão, o objetivo deste estudo é avaliar os efeitos da violência sexual sobre as cognições (pensamentos e atitudes) e o comportamento sexual das vítimas, tendo grupo controle para efeito de comparação. Adicionalmente, pretende-se contribuir para um nicho pouco explorado, notadamente no contexto brasileiro, a relação entre violência sexual e memória episódica para eventos neutros.

No que tange aos aspectos psicológicos e comportamentais de mulheres vítimas de violência sexual, muitos estudos utilizam pesquisa bibliográfica e documental (e.g., Baigorria et al., 2017; Dartnall & Jewkes, 2013), pesquisas qualitativas (e.g., Stefanini et al., 2021), estudos comparativos (e.g., Nunes et al., 2017), sendo poucos aqueles que abordam a questão propondo uma tarefa experimental ou quase-experimental, tendo a memória episódica como pano de fundo. Nesse escopo, muito embora haja um número de trabalhos que investiguem a relação entre memória e violência sexual (e.g., Kozina et al., 2019), preponderam trabalhos que utilizam metodologias que não a experimental o que se justifica considerando questões éticas referentes à manipulação de variáveis e, geralmente, com foco em memórias traumáticas renitentes (e.g., Baldwin, 2010; Millon et al., 2018; Shin et al., 2015) ou na ocorrência de falsas memórias de abusos sexuais (para uma revisão, Clancy et al., 2000; Salter & Blizard, 2022). Outros estudos, a exemplo de Dawtry et al. (2019), ainda estabelecem correlações entre a memória e cognições em relação ao estupro, comparando-se mulheres vítimas e não vítimas de agressão sexual.



Considerando a relevância do tema e a identificação de lacunas na área de interesse a exemplo dos poucos estudos sobre a relação entre violência sexual e memória episódica para eventos neutros, o presente estudo tem dois objetivos principais: a) investigar o efeito deste tipo de agressão sobre comportamentos, atitudes e emoções em mulheres vítimas de agressão sexual; b) investigar os efeitos da violência sexual sobre a memória episódica para eventos neutros. Para atingir ambos os objetivos foram constituídos dois grupos, sendo assim caracterizados: Grupo Sobreviventes (GS), cuja nomenclatura acompanha literatura internacional para designar as mulheres vítimas de violência sexual (O'Donohue & Schewe, 2019), e Grupo Controle (GC) de mulheres não vítimas de violência sexual.

Quanto à organização desta dissertação, apresenta-se primeiramente a revisão da literatura com seções destinadas ao mapeamento da violência sexual e seus efeitos sobre as vítimas. No que tange aos efeitos, apresenta-se inicialmente um escopo mais amplo acerca das consequências da violência, sendo destacadas em subseções específicas aquelas relacionadas a quadros emocionais (i.e., ansiedade e depressão), comportamentos e atitudes em relação à vida sexual e seção específica sobre a memória, onde são apresentados conceitos básicos e dados empíricos que subjazem a relação memória e violência sexual.

O método é iniciado pela caracterização das participantes, seguindo-se a descrição dos instrumentos e materiais, procedimentos e apresentação esquemática da sequência cronológica de eventos. Ainda na seção de procedimentos são descritos aqueles gerais e os específicos para a coleta de dados, considerando um conjunto de estudos exploratórios em uma primeira etapa e a condução de um quase experimento na reta final da coleta de dados. Embora se proponha um fluxograma em um *continuum*



para a condução das etapas de coleta, optamos por descrever duas fases discriminadas na seção de procedimentos, tanto em função da natureza dos objetivos quanto do tipo de estudo conduzido. Assim, na primeira fase da coleta — caracterizada pela produção de dados mais qualitativos do que quantitativos e orientada por objetivos exploratórios — são objetivos específicos: a) identificar se há diferenças ou não nos padrões somáticos e comportamentais na esfera sexual das vítimas; b) coletar dados sobre a natureza da violência sexual sofrida (tipo, perpetrador, local, frequência, etc); c) mensurar escores de depressão e ansiedade; d) avaliar potenciais mudanças em respostas somáticas associadas ao trauma; e) levantar crenças sobre a percepção de eventos traumáticos; f) identificar crenças (pensamentos e atitudes) relacionadas ao estupro. Já a segunda etapa da coleta inclui um estudo de caráter quantitativo, um quase-experimento, delineado para investigar os efeitos da violência sexual sobre a memória episódica de eventos neutros.

Para a condução do quase-experimento, são adotados os paradigmas “Que-Onde-Quando” (QQQ) e “Que-Onde-Qual contexto” (QQQc) (Cheke & Clayton, 2013; Easton & Eacott, 2008; Silva, 2016) onde, respectivamente, as participantes têm que se lembrar de um número variável de itens, em determinadas ordens temporais, dispostos em diferentes cenários ou se lembrar se uma informação foi apresentada em um determinado contexto. Como hipótese a ser testada, espera-se que no GS, em comparação ao GC, haja um pior desempenho na tarefa de memória, dado um conjunto de raciais pautadas na desorganização do self (Peace et al., 2008; Zoellner et al., 2019), na alocação de recursos atencionais e no processamento de eventos centrais *versus* periféricos (Janczura, 2018), na inibição da ativação de eventos traumáticos (Brewin & Andrews, 1998) e na interação entre emoção e memória (Costa, 2010; Porter



& Birt, 2001, Shobe & Kihlstorm, 1997) a exemplo dos efeitos de um grau ótimo de excitação ou de potenciais efeitos moderadores da emoção sobre a memória. Por fim, considerando os dados exploratórios e os achados do quase-experimento, pretende-se avaliar as forças correlacionais entre os resultados encontrados, integrando assim, as duas etapas da coleta. As seções finais da dissertação incluem a discussão dos resultados, a conclusão, o conjunto de referências e anexos.

Da violência Sexual

O abuso sexual é um tipo de violência caracterizada pelo uso do corpo de outrem sem seu consentimento e, que de alguma forma, provê satisfação sexual ao agressor, envolvendo relações de poder (biológico e psicológico) e degradação da vítima (Facuri et al., 2013; IPEA, 2018; Thornhill & Palmer, 2000). Estima-se que um pouco mais de um terço das mulheres no mundo já foram vítimas de alguma violência sexual, sendo observadas mais altas taxas em países mais pobres como aqueles localizados na África Subsaariana ou na Ásia meridional (Nações Unidas Brasil, 2021; Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2021). Quando o recorte é feito na América latina, estima-se que uma a cada quatro mulheres sofreram algum tipo de abuso sexual em algum momento de suas vidas, sendo observada uma maior prevalência da violência sexual contra as mulheres perpetrada pelos próprios parceiros (OPAS, 2021).

Especificamente no contexto brasileiro, tendo como referência dados da Base Nacional da Saúde e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (*apud* Ferreira et al., 2023), foram registradas 612.481 denúncias de estupro apenas em 2019, o que representa 393 estupros para cada 100.000 adultos. Já no relatório de 2019 do Ligue 180, no período de janeiro de 2018 a junho de 2019,



foram registradas 3.426 denúncias ligadas à violência sexual e, em relação à frequência, 519 mulheres denunciam serem violentadas “todos os dias” e, outras 423, “algumas vezes por semana”, dados que sugerem certa naturalização da violência, especialmente no contexto doméstico.

Quanto às condutas das mulheres após a agressão sexual, o Relatório Visível e Invisível (Bueno et al., 2021) aponta que cerca de 45% das mulheres vítimas nada fizeram, sugerindo uma alta taxa de não notificação de casos de violência sexual. Quanto às ações de denúncia, o referido relatório aponta que as delegacias especializadas são as mais procuradas entre as mulheres vítimas (11,8%) em comparação a outros canais de denúncias; entre as redes de apoio, a família ocupa o primeiro lugar (21,6%), seguida da rede de amigos (12,8%) e da igreja (8,2%). Em relação ao perfil das vítimas, o Relatório Visível e Invisível (Bueno et al., 2021) aponta que a violência sexual é o tipo prevalente de violência contra as mulheres de 16 a 24 anos, representando cerca de 35% dos casos notificados no país. Ainda de acordo com o relatório, observa-se maior taxa de violência sexual entre as mulheres pretas (28,3%) e pardas (24,6%) quando comparadas às brancas (23,5%). No contexto da violência sexual, que tem a violência de gênero como pano de fundo, observa-se relativamente pouca mudança em uma década, ou como denominam Cerqueira et al. (2017, p. 24), uma “estabilidade estatística inaceitável” que aponta os maiores índices de violência sexual contra crianças ou menores de idade (69,9%), e uma entre quatro mulheres agredidas sexualmente no contexto Brasil.

Se por um lado, observa-se uma “inaceitável estabilidade”, Cerqueira et al. (2017) apontam para um aumento do chamado estupro coletivo (quando há dois ou mais agressores), saltando cerca de 10% entre 2014 e 2017. Em relação à violência sexual na



população lésbica, Peres et al. (2018) realizaram uma pesquisa sobre a violência sofrida neste grupo, compilando então os dados no *Dossiê sobre lesbocídio no Brasil de 2014 a 2017*. Os autores apontaram que no período investigado, uma porcentagem dos assassinados eram precedidos de estupros: em 2015 foram 5%, 4% em 2016 e, em 2017, 3%. Este levantamento, chamou atenção para uma forma de violência sexual, o “Estupro Corretivo”, que em 2018 foi enquadrado como agravante para crimes contra a liberdade sexual. Esta ação consiste no estupro de mulheres lésbicas, sob a justificativa de “curá-las”, muito embora, desde 1990, a homossexualidade não seja considerada uma doença que justifique qualquer tentativa de “cura” (Mysorekar, 2019).

Entretanto, como demonstrado nos relatórios acima, os números que chegam a ser registrados, formalizando as denúncias de violência sexual no país, podem corresponder à uma pequena fração da realidade. Destarte, se fossem denunciados 90% dos casos de violência sexual contra mulheres, projeta-se algo em torno de 300 mil a 500 mil casos/ano. Outros dados apontam que 1,350 milhão de mulheres seriam vítimas de violência sexual por ano no Brasil (Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2021; IPEA, 2018; Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos [MMFDH], 2019). E há ainda cenários mais catastróficos a exemplo dos dados apresentados no Relatório Visível e Invisível (Bueno et al., 2021), onde estima-se a marca anual de 17 milhões de mulheres, o que representa, aproximadamente, 1,5 milhão de mulheres por mês apenas no Brasil! Cabe lembrar que esses levantamentos se assentam em denúncias realizadas, sendo altamente provável a subnotificação e conseqüente subestimação da realidade (Ferreira et al., 2023; IPEA, 2018, MMFDH, 2019; Oliveira, 2019).

Por outro lado, o Brasil tem desenvolvido estratégias de mapeamento e intervenção, a exemplo de delegacias especializadas, sistemas de registro em rede,



avanços na legislação, a disposição de canais de denúncias entre outras medidas que podem contribuir para o aumento das denúncias e notificações sobre a violência sexual (Ferreira et al., 2023). Em contrapartida, em outros lugares do mundo, a legislação ou políticas de suporte às vítimas são parcas ou pouco robustas. Ilustrando, na Índia, o estupro cometido pelo parceiro íntimo não é considerado crime (Raj & McDougal, 2014), um anacronismo que, segundo a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization [WHO/OMS], 2021), compõe um conjunto de fatores culturais associados a perpetuação da violência sexual, que perpassa também pela valorização da “pureza” da mulher associada à noção de honra familiar, aliada ainda à existência de fracas sanções legais para a violência sexual.

Adicionalmente, observa-se a presença de fatores que podem agravar ainda mais esse cenário, como por exemplo as medidas protetivas contra o vírus SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19 (Ministério da Saúde, 2020), que confinaram “forçosamente” agressores, e vítimas no mesmo ambiente, em tempo integral, aumentando expressivamente as estatísticas sobre violência. Em um levantamento mundial feito pela ONU Mulheres (2020), países como Argentina, Canadá, França, Alemanha, Espanha, Reino Unido e Estados Unidos relataram um aumento significativo na quantidade de denúncias de violência doméstica, considerando apenas o período inicial da quarentena pelo SARS-CoV-2. Em outros exemplos como Singapura e Chipre, o aumento foi de 30% e na Austrália 40%. No Brasil, de acordo com os dados divulgados pelo MMFDH (Alves, 2020), houve um aumento de 9% nas denúncias apenas no período de uma semana após o início da quarentena.

Tal dado não chega a ser exatamente surpreendente, considerando a já existente alta prevalência da violência sexual no contexto doméstico ou aquela perpetrada por



parceiros íntimos (World Health Organization ([WHO/OMS], 2021). Segundo relatório da WHO/OMS (2021), estima-se que a violência cometida no ambiente doméstico ou por parceiros íntimos varie entre 20% a 33%, a depender da região, sendo mais prevalente na África e sudeste da Ásia. Em consonância com tais dados estatísticos, o Relatório Visível e Invisível (Bueno et al., 2021) aponta os lares como os lugares menos seguros para as mulheres, seguindo-se a rua e o trabalho.

Além do cenário pandêmico, há outros contextos, historicamente facilitadores para a violência sexual. Em contextos de guerra, por exemplo, a violência sexual é utilizada como um instrumento ou dispositivo de guerra, uma “arma” de humilhação e punição para que objetivos militares e, principalmente, políticos sejam alcançados (Banwell, 2016; Cohen, 2013; Kitharidis, 2015; Munroe et al., 2023; Sinnreich, 2008). Em contextos de guerra, a violência sexual é caracterizada como uma estratégia de submissão e rotulada como “A outra pandemia” (Ochab, 2021). Na antiguidade, não muito diferente da atualidade, os vencedores da batalha violentavam as mulheres, sendo documentadas várias descrições desta prática (Organização das Nações Unidas [ONU], 2014, 2021; Office the Special Representative of the Secretary-General on Sexual Violence Conflict [OSRSG-SVC], 2022; Oliveira & Júnior, 2019): 1) no episódio do “Estupro de Nanquin” aproximadamente 80 mil mulheres foram vítimas; 2) a Segunda Grande Guerra mundial vitimou em torno de 2 milhões de mulheres alemãs; 3) relata-se que soldados paquistaneses violentaram em torno de 200 a 400 mil mulheres; 5) ações estas que se repetiram na antiga Iugoslávia (60.000), no Kosovo, Kuwait, Bangladesh, Afeganistão, Serra Leoa (60.000), Congo (200.000), Libéria (40.000), Ruanda (250.000), El Salvador e Guatemala; 6) na Ucrânia diversos órgãos internacionais



denunciam uma série de estupros de mulheres (incluindo grávidas) e crianças, perpetrados por soldados russos.

Os estupros realizados em cenários de conflito/guerras podem alcançar outro sentido, não exatamente dissociado da demonstração de domínio, mas antes ancorados em estratégias de sobrevivência. Por exemplo, Stallone (2022), relata que os estupros realizados nos conflitos armados na Colômbia funcionariam como estratégia de sobrevivência, onde a “permissão” à violência sexual seria uma espécie de moeda de troca pela própria vida e de familiares, ou ainda para evitar que a violência (física e/ou sexual) se estenda a outras pessoas. Por mais contraditório e lamentável que isto possa ser, é uma estratégia de medida protetiva ou de sobrevivência para mulheres em situação de conflito, justificada para evitar um mal maior. Por outro lado, como aponta Stallone, tal estratégia tende a prejudicar as mulheres porque tais vítimas têm mais dificuldades de serem reconhecidas como vítimas reais que são, enfrentando assim mais obstáculos para a garantia de direitos legais e sociais.

Considerando o caráter endêmico da violência sexual e seus efeitos nefastos sobre as vítimas, assim como o impacto econômico, social e político associados, a ONU (2021) recomenda que os países tratem os serviços de combate à violência como serviços essenciais e com atenção redobrada.

Os impactos da violência sexual

Na pesquisa realizada por Aragão et al. (2018), rastreou-se na literatura científica (nacional e internacional) as descrições do impacto da violência sexual na vida das vítimas. Como resultado os autores encontraram estudos que apontam a violência sexual como fator causal de uma série de déficits ou quadros disfuncionais,



destacando-se problemas de memória, queda brusca na frequência e qualidade das relações sexuais (pós agressão), dispareunia, lesões genitais, disfunção menstrual (i.e., ausência da menstruação ou hemorragia excessiva; fluxos menstruais irregulares ou dolorosos), presença de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), problemas reprodutivos, ausência de prazer ou diminuição do desejo sexual. Entre os transtornos emocionais associados, os autores mapearam quadros de depressão, ansiedade, crises de pânico e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Ainda, segundo Aragão et al. (2018), mulheres vitimadas também apresentaram comportamentos sexuais de risco (ditos “promíscuos”) se comparados às mulheres não vítimas: possuem um número maior de parceiros ao longo da vida; tendem a evitar o uso de preservativos; consomem mais álcool e drogas antes e durante as relações sexuais e praticam mais sexo com desconhecidos. Estes dados podem apontar um certo tipo de reciprocidade, o “uso” de parceiros sexuais para não serem mais “usadas” (ou exatamente por terem se sentido “usadas”!), enquanto outras vítimas relatam um completo desinteresse por novas ou futuras relações sexuais (Aragão et al., 2018).

Para um conjunto expressivo de autores (e.g., Freitas & Farinelli, 2016; Krindges et al., 2016; Marques, 2015; Perilloux et al., 2012; Viola et al., 2011; van Berlo & Ensink, 2000; Weaver, 2009), a magnitude da violência sexual assola a vida da vítima para sempre. Ademais, algumas características do abuso podem amplificar os prejuízos, como por exemplo: a idade, quando o evento ocorreu, a duração, frequência, a relação que possuía com o agressor, os níveis de violência física/psicológica, e a verbalização do violentador (Krindges et al., 2016; Marques, 2015; Perilloux et al., 2012; Viola et al., 2011; van Berlo & Ensink, 2000; Weaver, 2009). Entre as possíveis



sequelas nos domínios biopsicossociais, e em consonância com outros achados a exemplo do estudo de Aragão et al. (2018), encontram-se déficits cognitivos, início precoce da sexualidade, hipersexualidade, tendências ao retraimento social, disfunções sexuais, sintomas psicóticos e dissociativos, ativação desregulada do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), respostas desproporcionais ao estresse, obesidade, automutilação e abuso de substâncias (Bovin et al., 2008; Blanchard et al., 2001; Freitas & Farinelli, 2016; Shuhama et al., 2016; Souza et al., 2012; Volchan et al., 2011).

Outras consequências incluem ainda a maternidade precoce e/ou indesejada levando a partos prematuros, abortos, ciclos de violência doméstica, maus tratos com o bebê, fatores estes que consolidam o estupro como um sério problema de saúde (Aragão et al., 2018; Trickett et al., 2011), cuja discussão perpassa pela interação entre aspectos mentais e biológicos.

Nesta perspectiva, Basson et al. (2003, 2005) sustentam que, nas mulheres, os aspectos psicológicos e biológicos interagem de forma mais ampliada que nos homens, sendo o bem-estar mental um preditor fundamental para a uma resposta sexual funcional. Assim, as mulheres tendem a buscar uma maior intimidade emocional como motivação para (re)iniciar sua vida sexual, sendo que características do relacionamento eliciam diferentes desejos: em estágios iniciais a tendência é que seja mais espontâneo (ocorre em menor frequência); por outro lado, nos relacionamentos mais duradouros, (como alguns anos) o desejo exige mais intimidade ao invés de um estímulo físico. Assim, a natureza do relacionamento emocional com o parceiro durante a atividade sexual é um forte prognosticador para a presença ou ausência de sofrimento sexual (Basson et al., 2005).



As respostas sexuais em mulheres

Sexo e sexualidade são conceitos distintos, como apontam diversos autores em diferentes campos de conhecimento, a exemplo de Halperin (1989), Seidman (2015) ou Vance (1991). Esta distinção é claramente apontada no trabalho de Halperin (1989), onde o autor aponta que somente a sexualidade tem uma história, como produto cultural resultante da “apropriação do corpo humano e de suas capacidades fisiológicas por um discurso ideológico” (p. 257). O sexo, na análise de Halperin, teria apenas uma dimensão somática, biológica, um evento natural não influenciado pela cultura, portanto, a-histórico. Esta distinção é importante porque deriva uma ampla discussão sobre a sexualidade feminina e o lugar da violência sexual na sociedade. Por exemplo, em um artigo de Dussich (2001), explora-se o silêncio do estupro na cultura japonesa e, para além do silêncio, a condescendência em relação a este tipo de violência. Dussich (2001) relata que no Japão, a construção da sexualidade tem contornos ainda feudais, onde a mulher “muito” moderna, que foge ao seu papel tradicional, poderia, inclusive, estar “fadada” ao estupro. Ou seja, não apenas se nega às mulheres japonesas a expressão de sua sexualidade, como também se justifica e se naturaliza o estupro.

A despeito das diferenças apontadas entre o sexo e a sexualidade, quaisquer efeitos na vida sexual das mulheres, em um contexto de pós-agressão, perpassam tanto pela esfera biológica/somática, afetando o comportamento sexual da vítima, quanto pela vivência da sexualidade, nas suas dimensões cultural e sócio-histórica. Isto é particularmente verdadeiro ao se considerar as disfunções sexuais decorrentes de histórico de violência sexual. Por exemplo, em um artigo de 2010, Antonioli e Simões



apresentam dados estatísticos sobre os tipos mais frequentes de disfunções sexuais, sendo mais prevalente, a disfunção do desejo, seguindo-se as disfunções orgásmicas, de excitação e, a dispareunia, um transtorno de dor gênito-pélvica (APA, 2014) “Desejo”, “orgasmo” e “excitação” compõem o conjunto de respostas sexuais tipicamente associadas ao padrão de normalidade do desempenho sexual conforme extensas e revolucionárias pesquisas realizadas no século XX, a exemplo dos dados compilados nos relatórios de Kinsey et al. (1954), Masters e Johnson (1966) e Hite (1979).

É interessante observar que estas três importantes obras, embora tenham a sexualidade humana como eixo temático, diverjam um tanto nas perspectivas teóricas que as orientam (Sena, 2007). O relatório Kinsey (Kinsey et al., 1954), por exemplo, aborda a sexualidade humana a partir de uma perspectiva sociológica; as pesquisas de Masters e Johnson, consolidadas em obra original de 1966, abordam a questão da sexualidade a partir de uma visão mais biológica, sendo considerada a principal obra de referência para a classificação nosológica dos transtornos sexuais (Abdo & Fleury, 2006; Antonioli & Simões, 2010), assim definidos quando há alguma disfunção nas fases da resposta sexual.

Por fim, o relatório Hite (1979) tem a marca do movimento feminista e, embora apresente várias convergências com o relatório Kinsey no que concerne ao comportamento sexual de homens e mulheres, desmitifica o “lugar” e o status do orgasmo feminino e do coito na vivência da sexualidade feminina e, neste sentido, se distancia das duas outras obras citadas acima (Sena, 2007). Assim, para Hite (1979), a discussão sobre o orgasmo feminino não se resume à capacidade das mulheres o alcançarem, sendo mais relevante a consciência feminina para outras formas de prazer (Sena, 2007).



Tais enquadramentos são relevantes porque têm implicação na discussão dos efeitos da violência sobre a vida sexual das vítimas no pós-agressão, dado que os principais instrumentos para avaliar a “qualidade” da vida sexual das vítimas, a exemplo do Índice da Função Sexual Feminina (FSFI, Rosen et al., 2000; Hentschel et al., 2007; Thiel et al., 2008), estão ancorados em padrões mais fisiológicos da resposta sexual, na esteira do trabalho de Masters e Johnson (1966).

Tais considerações são importantes porque sinalizam a necessidade de parcimônia na análise de escores oriundos de protocolos que priorizam o (dis)funcionamento sexual em oposição à contextualização da expressão da sexualidade feminina a partir de um olhar mais fenomenológico, evidenciado a necessidade de discutir sexo e sexualidade em conjunto. Nessa linha de argumentação, Amaral e Monteiro (2014) apontam a inadequação de modelos lineares como aqueles baseados no curso “desejo, excitação, orgasmo, resolução” (APA, 2014; Kaplan, 1977; Master & Johnson, 1966), sugerindo também a adoção de instrumentos subjetivos com o intuito de melhor dimensionar questões relacionadas à sexualidade e bem-estar femininos.

Das marcas emocionais da violência sexual

Em relação à dimensão emocional, as descrições dos sintomas pós violência sexual em vítimas apontam para a forte incidência do TEPT e episódios depressivos (Aragão et al., 2018; Bhuptani et al., 2019; Devries et al., 2013; Domino et al., 2020; Perilloux et al., 2012; Schnittker, 2019; Thompson et al., 2008). O TEPT é a resposta sintomática mais prevalente nos casos de eventos traumáticos, sendo que 29% das pessoas que experienciam um evento impactante são diagnosticadas com este transtorno e dentro do grupo de mulheres vítimas de estupro estima-se que este número seja em



torno de 90% (Domino et al., 2020; Rigoli et al., 2016; Sbardelloto et al., 2013; Volchan et al., 2011). Os sintomas que se derivam deste transtorno estão relacionados à maneira como as informações traumáticas são processadas, podendo gerar mudanças comportamentais, fisiológicas e cognitivas associadas a prejuízos clínicos e/ou profissionais significativos (Associação Americana de Psiquiatria [APA], 2014).

Entre os sintomas, são critérios diagnósticos a presença de um ou mais eventos intrusivos, como lembranças persistentes e dolorosas ou sonhos vívidos sobre o trauma, ou ainda reações dissociativas como *flashbacks* e intensas reações fisiológicas. No TEPT, são comuns ainda as distorções cognitivas, a exemplo da supergeneralização (e.g., nenhuma pessoa é confiável) e a catastrofização (i.e., a antecipação de eventos negativos), a presença de um forte sentimento de culpa, retraimento social, congelamento (*freezing*), hipervigilância, problemas de concentração, alteração do sono, entre outros (Souza et al., 2012).

No conjunto das alterações cognitivas, observa-se a relação inequívoca entre a ocorrência de um evento traumático, como um estupro, e o funcionamento da memória. A título de ilustração, o estudo de Emygdio et al. (2019) investigou a relação entre o TEPT e diferentes tipos de memória. Os resultados apontaram prejuízos significativos sobre a memória prospectiva, orientada para o futuro, e a memória operacional ou de trabalho, embora não tenham sido encontradas diferenças significativas entre o grupo com TEPT e o grupo controle no que tange às memórias de longo prazo, episódica e semântica. Já o estudo de Forest e Blanchette (2018) aponta que pessoas que passaram por eventos traumatizantes, especialmente as vítimas de estupro, apresentam desempenho inferior em tarefas que exigiam o uso da memória episódica com diferentes conteúdos de valência emocional, sendo que o



comprometimento parece ser amplificado quando o TEPT está instalado. Em contraponto, os autores observaram que os processos da memória autobiográfica, intimamente relacionados aos eventos traumáticos, favoreciam a evocação do trauma, conferindo uma espécie de “prioridade” à lembrança do evento perante outros conteúdos. Assim, quando os eventos traumáticos são relatados, surgem com maior consistência e riqueza de detalhes, tanto temporais quanto sensoriais. Uma provável explicação reside na alocação de recursos atencionais aos estímulos relacionados ao trauma, propiciando melhor codificação e conseqüente persistência das lembranças dolorosas, concorrendo para a revitimização a partir dos pensamentos intrusivos e flashbacks, características consolidadoras do TEPT. Nessa linha de argumentação, Janczura (2018), pontua que há uma maior alocação de recursos cognitivos, especialmente atencionais, para eventos centrais em detrimento dos periféricos.

Assim, em relação a um evento traumático é possível que a vítima tenha uma lembrança muito nítida do evento central e uma lembrança pobre para eventos periféricos concomitantes comprometendo, conseqüentemente, a integração dos elementos ou componentes da memória episódica. Falhas na memória episódica em quadros de TEPT também são destacadas no Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2014|), em sua quinta versão, mais precisamente a potencial ocorrência de amnésia dissociativa para eventos centrais da experiência traumática (Emygidio et al., 2019), a despeito da riqueza das lembranças intrusivas, dolorosas, renitentes e involuntárias, consideradas diacríticas para o TEPT.

Uma explicação alternativa — embora não necessariamente excludente — para os quadros dissociativos associados à memória episódica no TEPT ou ainda à baixa performance em tarefas que recrutam a memória episódica é a teoria do Processamento



Emocional (Foa et al., 1999). De acordo com Sbardelloto et al. (2013), que adotam como referência a Teoria do Processamento Emocional, o TEPT está intimamente associado à ruptura do processo normal de evocação das lembranças, concorrendo para uma desorganização da memória, o que explicaria os efeitos dissociativos observados frequentemente entre vítimas de violência sexual com TEPT.

Adicionalmente, Sbardelotto et al. (2013), pontuam que o TEPT se origina de um profundo efeito transformador das crenças sobre si (self) a partir do trauma, aspectos estes que são mensuráveis quando vítimas de violência sexual revelam suas cognições através de instrumentos como o inventário de cognições pós-traumáticas ou ainda através dos mitos sobre o estupro e as crenças estereotipadas que os envolvem. No que tange aos mitos e crenças estereotipadas, há ainda que se considerar questões culturalmente construídas em uma matriz de pensamento patriarcal que resulta, por exemplo, na culpabilização da vítima, na própria autculpabilização, na banalização do ato, na absolvição do agressor e a não retomada da vida sexual saudável (Dawtry et al, 2019; Payne et al., 1999; Scarpati et al., 2014; Wilson et al., 2018).

No que concerne aos transtornos de humor, a depressão tem sido considerada uma das principais sintomatologias clínicas em mulheres vitimadas (Devries et al., 2013; Frank et al., 1979; Schnittker, 2019). Para além do impacto avassalador perpetrado pelos violentadores, acredita-se que a qualidade e/ou a forma do acolhimento das vítimas também seja um fator de manutenção do estado depressivo. Por exemplo, uma situação que tende a consolidar o estado depressivo é o não acolhimento das vítimas ao revelarem a violência, sendo antes culpabilizadas ou responsabilizadas pelo fato (Bhuptani et al., 2019). A relação entre depressão e memória é também notória em mulheres vítimas de violência sexual e explorada em



diversos estudos (e.g., Airaksinen et al., 2005, 2007; Burt et al., 1995; Costa, 2010; Williams et al., 2007), os quais apontam para o mau funcionamento da memória episódica por ocasião de quadros depressivos, exceto para eventos congruentes com o humor deprimido (Wisco & Nolen-Hoeksema, 2009; Wittekind et al., 2014).

Sabe-se que a ocorrência do TEPT e depressão (juntos ou separados) estão associados a mudanças estruturais e funcionais em determinadas regiões do cérebro, dentre elas aquelas responsáveis pela memória como o Córtex Pré-frontal, hipocampo e amígdala (Zoellner et al., 2019). Sendo assim, uma baixa performance em tarefas que investigam a memória episódica tem sido considerada como um marcador relevante para o estado pré-depressivo e/ou para o TEPT (Costa, 2010; Foa et al., 1999; Sbardalotto et al., 2013), ou como definem Warren e Haslam (2007), um marcador de traço. Tal teoria é sustentada por dados robustos que evidenciam uma baixa capacidade, entre pacientes deprimidos, de recordar eventos específicos, onde, em oposição, observa-se a ocorrência maciça de supergeneralizações (Costa, 2010; Crane et al., 2007; Griffith et al., 2009). Segundo Costa (2010) uma descrição menos específica e mais generalizada tem uma função adaptativa para o indivíduo deprimido, uma vez que evita a dor de reviver um evento traumático em sua totalidade.

Da memória

A memória envolve a codificação, o armazenamento e a evocação dos fatos vividos ao longo da vida, os quais subjazem tudo aquilo que aprendemos (Anderson, 2005). Assim, a memória é um aspecto importante da nossa existência, nos dando a uma dimensão histórica e emocional dos eventos vividos, cujo grau de consciência acerca de tais eventos varia entre processos explícitos (geralmente conscientes) e implícitos ou



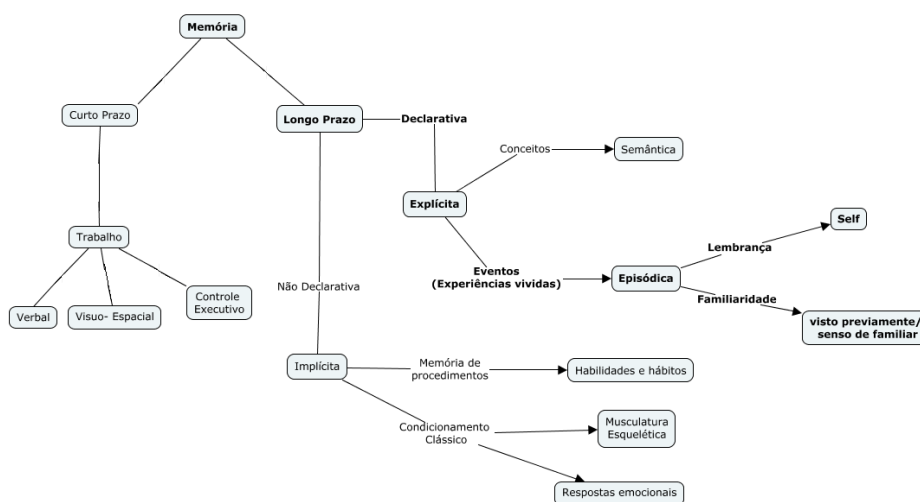
não conscientes (Baddeley et al., 2011). Ao longo do tempo, a memória passou por uma série de investigações e debates no que diz respeito à sua organização e classificação.

Ilustrando, os registros de memória possuem determinados critérios de duração ou conteúdo, podendo se considerar uma organização em categorias taxonômicas com relações hierárquicas entre os conceitos (Baddeley et al., 2011; Squire, 1992). Assim, aqueles conteúdos que utilizam da consciência compõem o conjunto das memórias explícitas ou declarativas em um nível hierárquico mais superordenado. No mesmo nível hierárquico, mas em outro ramo taxonômico, podemos identificar as chamadas memórias implícitas, que não requerem um esforço consciente para sua manipulação e cujo conhecimento associado não é declarado verbalmente, a exemplo do “saber como” andar de bicicleta, um conhecimento procedural que envolve automatismo na execução da tarefa, demanda assim poucos recursos cognitivos (Anderson, 2005; Eysenck, 2017; Gazzaniga et al., 2017; Graf & Schacter, 1985; Sternberg, 2010).

A partir deste nível hierárquico, derivam-se outros subtipos de memória baseadas no conteúdo que as compõe, a exemplo de uma memória para eventos ou fatos, e outra para conceitos. A Figura 1 abaixo representa uma síntese quanto aos diferentes tipos de memória, tendo como referência o modelo de Squire (1992):

Figura 1.

Proposta taxonômica para organização da memória





No que concerne aos subtipos de memórias declarativas de longo prazo, Endel Tulving (1972) em seu artigo nomeado “*Episodic and semantic memory*”, propôs a distinção entre memória semântica e episódica, a qual se destaca em negrito na figura acima, dada sua centralidade para os objetivos desta dissertação. Por definição, a memória semântica está associada ao conhecimento declarativo as coisas ou conceitos que temos de mundo, prescindindo de um contexto de aprendizagem espaço-temporalmente definido (Tulving, 2002). Ou seja, um indivíduo pode ter um conceito qualquer (e.g., sol ou chuva) e não ter qualquer lembrança associada de como ou quando se apropriou deste conhecimento.

Já a memória episódica está relacionada à dimensão espaço-temporal da informação. Ilustrando, uma pessoa pode dizer que comeu uma fantástica torta de morangos em uma festa, na casa de um amigo no último réveillon, ou seja, os componentes “o que” (a torta de morangos), “onde” (na casa de um amigo) e “quando” (no último réveillon) são integrados em um registro de memória constituindo um traço mnemônico factual ou episódico (Eysenck & Keane, 2017; Izquierdo, 2018; Tulving, 2002). Assim, os conteúdos que estão associados ao “que”, “onde” e “quando”, representados pelo acrônimo “QOQ” (Cheke e Clayton, 2013), se diferenciam das lembranças de caráter estritamente semântico sugerindo diferentes rotas de processamento cerebrais (Eysenck & Keane, 2017; Izquierdo, 2018; Sternberg, 2010; Tulving, 1972, 2002), argumento este que encontra respaldo em vários achados empíricos (para uma revisão, Aggleton & Brown, 1999; Rugg & Vilberg, 2013; Vargha-Khadem et al., 1997).

No que concerne ainda aos componentes da memória episódica, Tulving (2002) destaca a tríade “self, consciência autoenética e o sentido de tempo subjetivo”, como



requisitos fundamentais para lembrança de um evento espaço-temporalmente definido. Assim, o self dá a perspectiva do eu, do indivíduo com uma histórica única no mundo, consciente de sua própria existência, que “viaja no tempo” (consciência autoenética) ao mesmo tempo que distingue entre a realidade subjetiva do passado ou do futuro *versus* a realidade objetiva do presente. A tríade defendida por Tulving pode fornecer elementos para a compreensão dos efeitos, especialmente deletérios, de um evento traumático sobre a memória, pois está assentada na noção de que a memória episódica depende, para um bom funcionamento, da integridade do self e da fina discriminação entre passado e presente. Vale lembrar que entre os critérios diagnósticos para o TEPT, um transtorno assaz comum entre as mulheres vítimas, estão incluídos os quadros dissociativos (APA, 2014) que abarcam a despersonalização, indicando algum nível de fragmentação do self, e a desrealização, o que comprometeria a distinção entre o vivido e o presente.

Sugere-se ainda que a memória episódica seja integrada por dois componentes que funcionam de forma independente (Fernandes, 2014): a lembrança e a familiaridade. O primeiro está ligado diretamente à recuperação detalhada das experiências vividas e seu contexto. Dadas tais características, pressupõe-se que reúna informações que compõem o *self*, conferindo um caráter autobiográfico à memória episódica. Ou seja, trata-se de um tipo de memória que abarca as recordações da vida pessoal, onde os indivíduos tendem a se ver como atores nesses eventos ou episódios que, incluem ainda, a informação emocional e o contexto associados, aspectos cruciais para a constituição da autoidentidade do indivíduo (Fernandes, 2014). Já o segundo componente está associado à capacidade de reconhecimento e associação de algo familiar. Este é o processo que subjaz a discriminação de estímulos que, quando



apresentados após um breve intervalo temporal, são reconhecidos como “velhos” ou já apresentados. Ou ainda que não se reconheça um estímulo visto previamente, é possível a sensação subjetiva de familiaridade associada a itens únicos apartados de um contexto espaço-temporal de evocação.

No que concerne ao efeito de contexto no lembrar, Easton e Eacott (2008) apresentam uma proposta alternativa para o paradigma OOQ adotado por Cheke e Clayton (2013). Nessa nova proposta, Easton e Eacott (2008) sugerem que o componente “quando” não é tão relevante ou suficientemente abrangente para abarcar vários dados empíricos sobre a memória episódica, sendo o componente “Qual” um melhor descritor. Ilustrando, em um estudo com animais não humanos, foram lesionadas áreas sabidamente importantes para a memória episódica, a exemplo do hipocampo — estrutura com importante papel na consolidação das memórias (Eacott & Norman, 2004; Mumby et al., 2002) —, resultando em um pior desempenho em tarefas onde se manipulavam diferentes contextos de aprendizagem.

Adicionalmente, Easton e Eacott (2008) salientam que o componente “quando” pode decorrer mais de um processo inferencial do que um processo mnemônico, dado que as pessoas, geralmente, não se lembram de todos os elementos temporais (hora, dia, mês, ano). Assim, alguém pode se lembrar de uma festa de boas-vindas (contexto) “quando” se mudou para um novo endereço, se pautando antes pelo raciocínio, do que pela memória, de que a festa só teve lugar após a mudança, ou se lembrar de uma festa, na “qual” todos os convivas sofreram uma intoxicação! O componente contextual proposto pro Easton e Eacott (2008) não exclui a dimensão temporal do evento, mas amplia o critério dado que “contexto” pode ser uma pista interna (um determinado



estado de humor), uma pista externa como um aroma, ou mesmo um elemento temporal, resultando na proposta do paradigma alternativo QUE-ONDE-QUAL contexto (QOQc).

Considerando elementos distintos da memória episódica (Cheke & Clayton, 2013; Easton & Eacott, 2008; Tulving, 2002) torna-se possível mensurar o seu funcionamento através da associação entre os fatores “que-quando-onde” e/ou através da versão alternativa “que-onde-qual”. Ou seja, ao evocar determinada lembrança, os conteúdos possuem características que correspondem ao “QUE” (e.g., pessoas, objetos), intimamente associados ao fator temporal “QUANDO” (por exemplo, segunda-feira à tarde); somando-se a designação de um espaço físico, ONDE” (no quarto, em Brasília, dentro do carro); ou ainda, sofri uma queda (que), na rua (onde), na qual(contexto) há muitas pedras de pavimentação soltas! Devido a peculiaridade dos processos deste tipo de memória e o uso bem estabelecido dos Paradigma QUE-ONDE-QUANDO [QOQ] (Cheke, 2016; Cheke & Clayton, 2013; Hayne & Imuta, 2011; Holland & Smulders, 2011; Mazurek et al., 2015; Pause et al., 2013; Plancher et al., 2010; Russell et al., 2011; Saive et al., 2013; Silva, 2016) e QUE-ONDE-QUAL-contexto [QOQc] (Easton & Eacott (2008), desperta-se o interesse quanto à relação memória episódica e histórico de violência sexual.

Tal interesse se justifica pelas robustas evidências que apontam tal relação, aliando-se ainda à existência de um paradigma bem consolidado, mas surpreendentemente pouco ou nada explorado no contexto de investigação dos efeitos da violência sexual sobre a memória. Se, de um lado, observa-se a lacuna de evidências empíricas produzidas pela adoção dos Paradigmas QOQ ou QOQc no contexto da investigação dos efeitos da violência sexual sobre a memória episódica, por outro lado, há suficiente aporte teórico para sustentar hipóteses e raciais robustas para esta



relação. Por exemplo, como citado anteriormente, há um conjunto expressivo de dados que apontam efeitos deletérios da violência sexual sobre a memória episódica (O'Donohue & Schewe, 2019; Zoellner et al., 2019), justificados pela ressignificação do self como inadequado ou frágil, desorganizando assim os referenciais autobiográficos, por extensão a memória episódica, das mulheres vítimas da agressão.

Objetivos e Justificativa

Considerando a relevância do tema “violência sexual”, o presente estudo tem por objetivo geral avaliar os efeitos deste tipo de agressão sobre aspectos cognitivos e comportamentais de mulheres vítimas em estudo comparativo com grupo controle.

Quanto aos objetivos específicos, pretende-se:

- a) Explorar potenciais diferenças entre o comportamento sexual pré e pós-agressão das mulheres vítimas de violência sexual, considerando aspectos quali e quantitativos da experiência sexual (e.g., grau de satisfação; manutenção da excitação sexual; frequência das relações sexuais, etc);
- b) Caracterizar os tipos de violência sexual sofridas, considerando frequência, local da agressão, identidade do perpetrador entre outras informações relevantes para o mapeamento descritivo deste tipo de agressão;
- c) Levantar e comparar entre grupos a existência de crenças estereotipadas e/ou mitos relacionados ao estupro;
- d) Avaliar e comparar entre grupos a ocorrência de respostas somáticas associadas ao estresse, especificamente aquelas associadas ao tônus muscular;



- e) Avaliar e comparar potenciais efeitos da violência sexual sobre quadros de depressão e ansiedade e, concomitantemente monitorar alterações significativas nestes quadros que possam justificar atenção especial às participantes.
- f) Avaliar os aspectos cognitivos relacionados à experiência de eventos traumáticos;
- g) Avaliar e comparar aspectos relevantes para o funcionamento das respostas sexuais;
- h) Avaliar os efeitos da violência sexual sobre a memória episódica para eventos neutros.
- i) Estabelecer correlações entre as medidas aferidas, visando mapear a relação de forças entre fatores associados à violência sexual.

Em conjunto, os objetivos elencados acima permitirão avaliar, de forma ampla, os efeitos quali-quantitativos da violência sexual sobre as mulheres vítimas. E, ainda, como contribuição inédita para a área, o presente estudo utiliza os paradigmas “Que-Onde-Quando” (QOC) e “Que-Onde-Qual contexto” (QOQc) para avaliar os efeitos da violência sexual sobre a memória episódica, inovando ao propor o uso de pesquisa básica para a investigação do tema, contribuindo assim para uma maior diversidade e ampliação dos recursos metodológicos para estudos da violência sexual. Espera-se ainda que os dados empíricos a serem produzidos neste estudo possam contribuir para a ampliação de estratégias terapêuticas e/ou políticas de saúde pública relevantes para lidar com a violência sexual contra a mulher.



Método

O presente trabalho propõe uma sequência temporal de eventos organizada em blocos distintos de coletas de dados (vide fluxograma na seção de procedimentos adiante). Embora a sequência de eventos esteja organizada em um *continuum*, duas etapas de coleta de dados podem ser caracterizadas: a primeira, marcada por uma investigação exploratória, inclui a coleta de dados quali-quantitativos através de questionários, escalas e inventários; a segunda é caracterizada pela condução de um estudo quase-experimental, onde se utilizam os paradigmas “Que-Onde-Quando” (QOQ) e “Que-Onde-Qual contexto” (QOQc), com o objetivo de avaliar os efeitos da violência sexual sobre a memória episódica, comparando-se Grupo Sobreviventes (vítimas) e Grupo Controle (não vítimas de violência sexual). Os resultados são apresentados em três subseções distintas: Parte I, onde são relatados os resultados referentes à primeira parte da coleta, marcada por objetivos exploratórios dada a utilização de questionários e escalas; a Parte II inclui os achados empíricos oriundos da aplicação dos paradigmas ‘QOQ’ e ‘QOQc’; por fim, a Parte III inclui análise correlacional a partir da integração dos dados coletados nas fases anteriores.

Participantes

Ao início da investigação, o tamanho da amostra almejada foi calculado a partir do uso do Software G*power 3.1.9.7. Utilizando a expectativa de uso do Teste t pareado, com o tamanho de efeito de 0.7, com alpha de $p = 0.05$ e o poder do teste de 0.80, chegou-se a 19 participantes para cada um dos dois grupos delineados neste estudo, o Grupo Sobreviventes (GS) e o Grupo Controle, totalizando 38 participantes.



Após a divulgação da pesquisa via grupo Matriusca¹ e por redes sociais da comunidade acadêmica da Universidade de Brasília foi compilada uma lista com 132 mulheres voluntárias, sendo que 61 delas (46,21%) assinalaram terem sido vítimas de violência sexual. Apesar do cálculo do tamanho da amostra ter gerado um número bem menor, fazia-se necessário um número alto de potenciais participantes, considerando a alta probabilidade de perda amostral ao longo do estudo.

Para participação na presente pesquisa, adotou-se os seguintes critérios de inclusão: faixa etária entre 18 a 59 anos, ter sido vítima de violência sexual (Grupo Vítima), ter vida sexual ativa (independentemente da orientação sexual), ter acesso a aparelhos eletrônicos conectados à internet e necessariamente possuir o idioma português/BR como língua materna. Como pontos excludentes: possuir alguma doença neurológica, ter diagnóstico de transtorno mental e alto grau de ansiedade e/ou depressão identificados por instrumentos a serem descritos em seção específica. Por ocasião da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eletrônico (TCLE, ANEXO 1), apenas 18 das 61 mulheres vítimas assinaram e 28 das 71 inicialmente contatadas no Grupo Controle. Ao final da coleta, apenas oito responderam do Grupo Sobreviventes (GS) e onze no Grupo Controle (GC) responderam a todos os instrumentos, indicando uma perda amostral de cerca de 56% no GS em relação à parcela de participantes que assinaram o TCLE no momento

¹ A Matriusca define-se como um grupo de Doulas para cuidar do bem-estar da mulher em todos os ciclos de vida. Parido em 2012, oferece o curso de Doula, e para além um programa para incentivar as potencialidades das mulheres e promover o sucesso profissional. É um espaço dedicado exclusivamente para mulheres com integrantes espalhadas por todo Brasil. Para mais informações <https://matriusca.com.br/sobre/>



inicial da coleta. Para composição da amostra final, considerando a necessidade de pareamento entre grupos, três participantes do GC foram excluídas: 2 por serem *outliers* nas medidas estatísticas. Ea terceira participante excluída não seguiu as regras exigidas para o paradigma “QOQ”. Assim, a amostra final foi composta por 16 participantes, sendo oito para cada grupo.

Considerando o uso de redes sociais, a amostra final inclui participantes de três estados da federação (CE, RS, RJ) e o Distrito Federal (DF), sendo que a maioria das participantes eram do DF com 50% e 62,5%, respectivamente, alocadas no GS e GC.

Tabela 1.

Perfil das participantes do estudo (respostas em médias e frequências em %)

	Médias/ Frequências de respostas					
	Grupo Sobrevivente			Grupo Controle		
	Taxa de resposta	Média	Desvio Padrão	Taxa de resposta	Média	Desvio Padrão
Idade	-	28,125	± 12,21	-	28,25	± 9,06
ABEP (Classe social)	-	24,375 (C1)	± 8,89	-	33 (B2)	± 11,31
Nº de filhos	-	1,75	± 0,60	-	0,14	± 0,35
Estado Civil (nº de solteiras)	99% solteiras	-	-	100% solteiras	-	-
Ocupação (vínculo formal de trabalho)	75%	-	-	75%	-	-
Psicoterapia	50%	-	-	25%	-	-
Boletim de ocorrência	0%	-	-	0%	-	-
Grau de escolaridade	99% (Superior Completo/Incompleto)	-	-	100% (Superior Completo/Incompleto)	-	-
Cor da Pele*	62,5% Brancas 37,5% Pardas	-	-	50% Brancas 50% Pardas	-	-
Teve Covid? (Nos últimos 24 meses)	75% Sim 25% Não	-	-	62,5% Sim 37,5% Não	-	-
Percebe-se com alguma dificuldade da memória em decorrência da Covid? (Nos últimos 24 meses)	25% Sim /75% Não	-	-	37,5% Sim / 62,5% Não	-	-

* Uma participante assinalou não saber a cor da pele, logo ela não entrou nesta apresentação de dados

Quanto ao perfil sociodemográfico e história clínica, a Tabela 1 sumariza as principais características das participantes, destacando-se algumas importantes



convergências para efeitos de pareamento: a média de idade é muito próxima entre grupos (28,12 vs. 28,25), o estado civil (99 a 100% são solteiras), grau de escolaridade (99 a 100% possuem nível superior incompleto/completo). São relativamente divergentes a média no número de filhos (1,75[GS] x 0,14[GC]), a classe social aferida pelo critério ABEP (descrito na seção “Instrumentos e Materiais), onde as mulheres do GC, em média, são perfiladas na classe B2 e as mulheres do GS na classe C1. Não existem diferenças estatísticas significativas nas variáveis idade ($U= 29,000$ $p> 0,05$), quantidade de filhos ($U=23,500$, $p>0,05$) e Classe social ($U=23,000$, $p>0,05$). Também a cor da pele teve proporções não paritárias entre os grupos, muito embora de metade (50%) à maioria (62,5%) componham os grupos controle e de sobreviventes, respectivamente. Por fim, destaca-se que um alto percentual de mulheres, em ambos os grupos, teve COVID-19 em algum momento, com efeitos deletérios sobre a memória (25% no GS e 37,5% no GC).

Quanto ao histórico de violência, 14 (87,5%) das 16 participantes informaram ter sofrido algum tipo de violência, ressaltando que a única diferença qualitativa entre os grupos era a presença (GS) ou não (GC) da violência sexual, podendo outros tipos de violência (e.g., patrimonial, institucional, obstétrica, etc) estarem presentes em ambos os grupos. Assim, no GS, 62,5% das integrantes assinalaram a opção afirmando que sofreram todos os tipos de violência listadas no QA: Sexual, física, psicológica, institucional e patrimonial. Os outros 37,5% assinalaram terem sofrido violência sexual. Em relação aos agressores, 71,4% das vítimas do GS assinalaram que a violência foi perpetrada por algum integrante da família, 21,4% disseram que foram violentadas por algum parceiro amoroso, e 7,2% foram vítimas de um desconhecido. Já no grupo controle 75% afirmaram terem passados por eventos de violência



psicológica, patrimonial e/ou institucional. Os outros 25% alegaram não terem vivenciado nenhum tipo de violência.

Instrumentos e Materiais

Incluem-se nesta seção a descrição dos instrumentos e materiais utilizados para a coleta de dados na presente dissertação. Ao todo, foram autoaplicados 13 instrumentos — um termo de consentimento, quatro questionários, sendo três deles desenvolvidos pelo autor do presente trabalho e oito escalas — e, como materiais, descreve-se um conjunto de estímulos que compõem o Teste de Memória utilizado em duas versões: o Paradigma Que-Onde-Quando (QOQ) e a versão contextualizada, o Paradigma Que-Onde-Quando contexto (QOQc). As descrições introduzem também as abreviaturas, a serem utilizadas doravante, para o conjunto de instrumentos e materiais elencados abaixo:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE, APÊNDICE 1): Para este estudo, utilizou-se o modelo fornecido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília (CEP/CHS - UnB). No TCLE, informou-se o objetivo de avaliar o impacto da violência sexual na memória de mulheres vítimas e o grau de satisfação/qualidade da vida sexual pós violência. Todas as participantes foram esclarecidas quanto ao sigilo das informações, a não obrigatoriedade de responder às questões, principalmente se desconfortáveis, e a liberdade para interromper a participação em qualquer tempo sem quaisquer constrangimentos ou penalidades. Adicionalmente, o pesquisador informou sobre a disponibilidade para orientação, acolhimento e/ou intervenção em crise em caso de necessidade.



Questionário A (QA): Levantamento Sociodemográfico e Histórico Clínico +

Questionário: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP): Estes dois instrumentos compõem o Apêndice 2 e o Anexo 1, respectivamente, e foram assim agrupados por permitirem caracterizar as participantes deste estudo quanto ao histórico de violência sexual, história clínica e perfil sociodemográfico. O QA (APÊNDICE 2) é um instrumento desenvolvido pelo autor da presente dissertação e inclui 12 questões com alternativas ou lacunas para respostas breves que levantam as seguintes informações: idade, estado civil, quantidade de filhos, cor da pele, grau de escolaridade, ocupação, história clínica (Covid-19 e a presença de efeitos da doença sobre a memória, doenças crônicas, distúrbios hormonais), uso de medicamentos, histórico de agressões. O questionário ABEP (ANEXO 1) permitiu a coleta de dados socioeconômicos a partir do levantamento de bens e infraestrutura da moradia.

Inventário Beck de depressão (BDI)³: instrumento com 21 itens que descrevem grupos de sentimentos e/ou comportamentos tipicamente associados a quadros de depressão que foram apresentados durante a semana imediatamente anterior à aplicação do instrumento. Cada grupo de sentimentos ou comportamentos (e.g., sentimento de culpa, tristeza, vontade de chorar, etc) inclui cinco opções (0 a 4) que expressam diferentes intensidades do sentimento naquele grupo. Segundo Beck et al. (1988) e Gorenstein e Andrade (1998), interpreta-se os escores da seguinte forma: até 10 pontos (depressão mínima ou inexistente); de 10 a 18 (depressão leve a moderada); de 19 a 29 (depressão moderada a grave); de 30 a 63 (depressão grave) (Beck et al., 1961; Gomes-Oliveira et al., 2012, Wang & Gorenstein, 2013).

³: Os instrumentos que possuem direitos autorais/intelectuais, não serão vinculados em anexos.



Female Sexual Function Index (FSFI- ANEXO 2): Escala com 19 itens desenvolvida por Rosen et al. (2000) e validada no Brasil por Hentschel et al. (2007) e Thiel et al. (2008) e, na versão on-line, por Latorre et al. (2013). É um instrumento utilizado para obtenção do Índice da Função Sexual com perguntas contextualizadas em seis domínios: desejo, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação e desconforto/dor (Hentschel et al., 2007). Os respondentes devem assinalar uma opção entre cinco alternativas que variam em frequência ou intensidade .

Inventário Beck de Ansiedade (BAI): instrumento com 21 itens que descrevem o quadro momentâneo de ansiedade apresentado (Beck et al., 1985, 1988; Cunha, 2001). Os itens descrevem sintomas de ansiedade para os quais os respondentes devem indicar, em uma escala tipo Likert de 4 pontos, da absoluta ausência do sintoma ou sua presença “difícil de suportar”. Quanto mais pontos, maior o nível de ansiedade.

Escala de Imobilidade Tônica (Tonic Immobility Scale [TIS – ANEXO 3]): A Escala de Imobilidade Tônica é um instrumento desenvolvido por Forsyth et al. (2000) e Fusé et al. (2007) e adotado em diversos estudos, inclusive nacionais, para mensurar o grau de paralisia/congelamento em uma escala Likerty de 0 a 6 em contextos de perigo potencialmente traumáticos (Reichenheim et al., 2014). Em muitos estudos brasileiros tem sido utilizada a versão da escala com 10 itens (para uma revisão, Carvalho, 2019; Fiszman et al., 2008; Rocha-Rego et al., 2009), porém, neste estudo, adotou-se a versão de 12 itens utilizada no estudo de Kalaf (2016), Tal escolha se justifica pela inclusão de itens associados a sentimento de culpa e vergonha e, especialmente, à autoavaliação da capacidade de evocação de lembranças traumáticas de caráter episódico.



Lista de Eventos da Vida (Live Events Checklist [LEC-5] ANEXO 4): é uma escala desenvolvida por Weathers et al. (1993) e validada no Brasil por Lima et al. (2016), comumente utilizada para investigar a ocorrência de exposições a potenciais eventos traumáticos. O instrumento tem duas partes, sendo que primeira lista 17 eventos traumáticos (e.g., desastres naturais, acidentes, doenças com risco de morte, violência sexual, etc) para os quais deve ser indicada uma das seguintes opções: ter vivido diretamente o evento; ter presenciado ocorrer com outra pessoa; ter sabido da ocorrência do evento; ter vivenciado em uma situação de trabalho (por exemplo, ter socorrido alguém acidentado); não ter certeza e a opção não se aplica. A segunda parte do instrumento inclui oito questões para maior detalhamento do evento traumático, se vivenciado pela pessoa.

Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5) - Versão Civil (ANEXO 5): Escala de Sintomas de Estresse Pós-Traumático com 20 itens avaliados em uma escala de intensidade tipo Likert de 0 (absolutamente nada) a 4 (extremamente), podendo totalizar uma pontuação entre 0 e 68 pontos, onde quanto mais alta, mais intensos ou extremos os sintomas de estresse (Berger et al., 2004; Lima et al., 2016; Weathers et al., 1993).

Questionário B (QB): Histórico Sexual Pré-Agressão (APÊNDICE 3): instrumento desenvolvido pelo autor para colher dados a respeito da qualidade (grau de satisfação) das interações sexuais pré-agressão, tipos de interações sexuais (i.e., vaginal, oral, anal, masturbação) e intervalo percentual (e.g., 90% a 100% das vezes) do ato sexual específico no conjunto dos demais intercursos sexuais. O instrumento também levanta dados sobre a presença de atos agressivos (e.g., mordidas, tapas), consentidos (ou não), durante os intercursos sexuais. Muito embora, a indicação de atos agressivos,



especialmente sem consentimento sejam considerados atos de violência sexual, justifica-se sua inclusão no QB com o intuito de avaliar possíveis escaladas da violência, principalmente porque, majoritariamente, as práticas deste tipo de violência envolvem parceiros sexuais íntimos e uma provável naturalização da violência doméstica (Bernardino, 2017).

Questionário C (QC): Dados da agressão (APÊNDICE 4): Instrumento desenvolvido pelo autor da presente dissertação para a coleta de dados a respeito da violência sofrida, reações e suporte à vítima. Inclui informações sobre tempo transcorrido desde a agressão, frequência, identidade do perpetrador, ocorrência de outros tipos de violência, horário, local, se denúncia formal (e.g., boletim de ocorrência); se assistência psicológica.

Inventário de Cognitiones Pós-Traumáticas (PTCI – ANEXO 6): Originalmente elaborado por Foa et al. (1999) e validado no Brasil por Sbardelloto et al. (2013), é utilizado para avaliar as cognições em relação a um evento traumático. O instrumento é composto por 36 itens a serem julgados em uma escala Likert de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo plenamente). Abrange 3 domínios: cognições negativas sobre o *Self* (“SI”), cognições negativas sobre o “MUNDO” e a cognições a respeito da “CULPA” que também pode ser entendida como autorresponsabilização pelo evento (no caso de mulheres que foram vítimas de estupro).

Escala de Aceitação dos Mitos de Estupro - Illinois Rape Myth Acceptance Scale [IRMA] (ANEXO 7): Criada em 1999 por Payne e colaboradores, consiste em mensurar a perspectiva dos mitos sobre o estupro. Posteriormente validada no Brasil por Scarpati et al. (2014), esta escala possui 45 questões avaliadas em uma escala de concordância de 1 (“Discordo”) a 5 pontos (“Concordo”). Na versão brasileira do



instrumento, as questões são agrupadas em 4 fatores: 1) Responsabilização da Mulher (RM), onde a mulher é culpabilizada pelo estupro, seja pelo tipo de roupa ou pelo local em que ela estava (e.g., mulher que provoca os homens merece qualquer coisa) 2) Minimização da Gravidade (MG), onde o evento não é avaliado como tão gravoso ou mesmo como item legítimo para uma mais ampla problematização (e.g., mulheres tendem a exagerar sobre o quanto o estupro as afeta); 3) Desculpa Feminina (DF), onde as mulheres, a título de ilustração, utilizariam o estupro como desculpa para justificar relações ilícitas ou desejos secretos (e.g., acusações de estupro são frequentemente usadas como vingança); e 4) Instinto Masculino (IM), fator que agrupa questões relacionadas ao estupro como comportamentos instintivos, biológicos e não intencionais (e.g., homens estupram devido ao seu forte desejo por sexo). Na adaptação da escala para o contexto brasileiro, digna de nota é a correlação encontrada entre grau de religiosidade e o fator RM, onde quanto mais religiosa é a pessoa, maior a probabilidade em responsabilizar a mulher pelo estupro. Adicionalmente, Scarpati et al. (2014), chamam atenção para a natureza representacional dos mitos relacionados ao estupro, destacando diferenças entre gênero, onde os homens tendem a adotá-los para minimizar suas responsabilidades, enquanto mulheres os utilizam para negar suas vulnerabilidades,

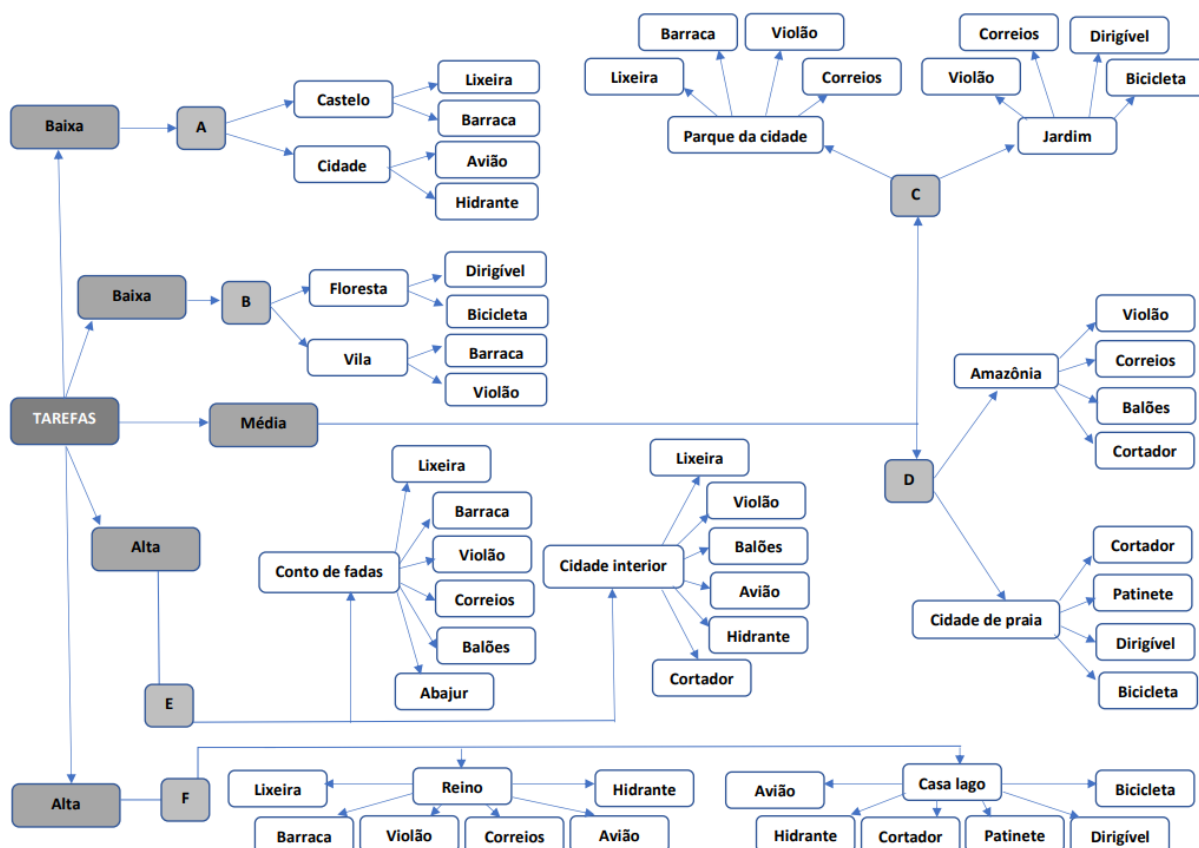
Questionário D (QD): Histórico Sexual Pós Agressão (APÊNDICE 5): Instrumento desenvolvido pelo autor para a coleta de dados a respeito da vida sexual após a violência sexual, com as variáveis: Grau de satisfação, práticas sexuais (oral, vaginal, anal, fetiches, masturbação) e sua frequência, quantidade de parceiros; presença de atos agressivos durante as relações sexuais.



Paradigma Que-Onde-Quando (QQQ) (Cheke, 2016; Cheke & Clayton, 2013; Silva, 2016): O protocolo de aplicação do teste na Fase de Estudo é composto por seis tarefas, A, B, C, D, E e F, cada qual composta por dois cenários (e.g., praia e castelo), totalizando 12 cenários distintos, subdivididos em 3 níveis de dificuldade. Os níveis de dificuldade foram definidos pela quantidade de itens a serem escondidos dentro dos cenários, sendo: Baixa (cenários A e B, cada qual com dois objetos), Média (cenários C e D, com quatro objetos cada) e Alta (cenários E e F, com seis objetos para cada cenário). Ao todo, foram utilizados 12 objetos que se repetiram em diferentes cenários entre 1 a 7 ocorrências, com moda igual a 4 ocorrências para os objetos “bicicleta”, “cortador de grama”, “avião” e dirigível. Os demais itens se distribuíram de forma simétrica em torno da moda. Ao todo, os arranjos entre as tarefas compuseram 12 tentativas que variavam em grau de dificuldade. O esquema abaixo (Figura 3) discrimina todas as tarefas utilizadas no QQQ.

Figura 3.

Estímulos utilizados no Paradigma de memória “QOQ”

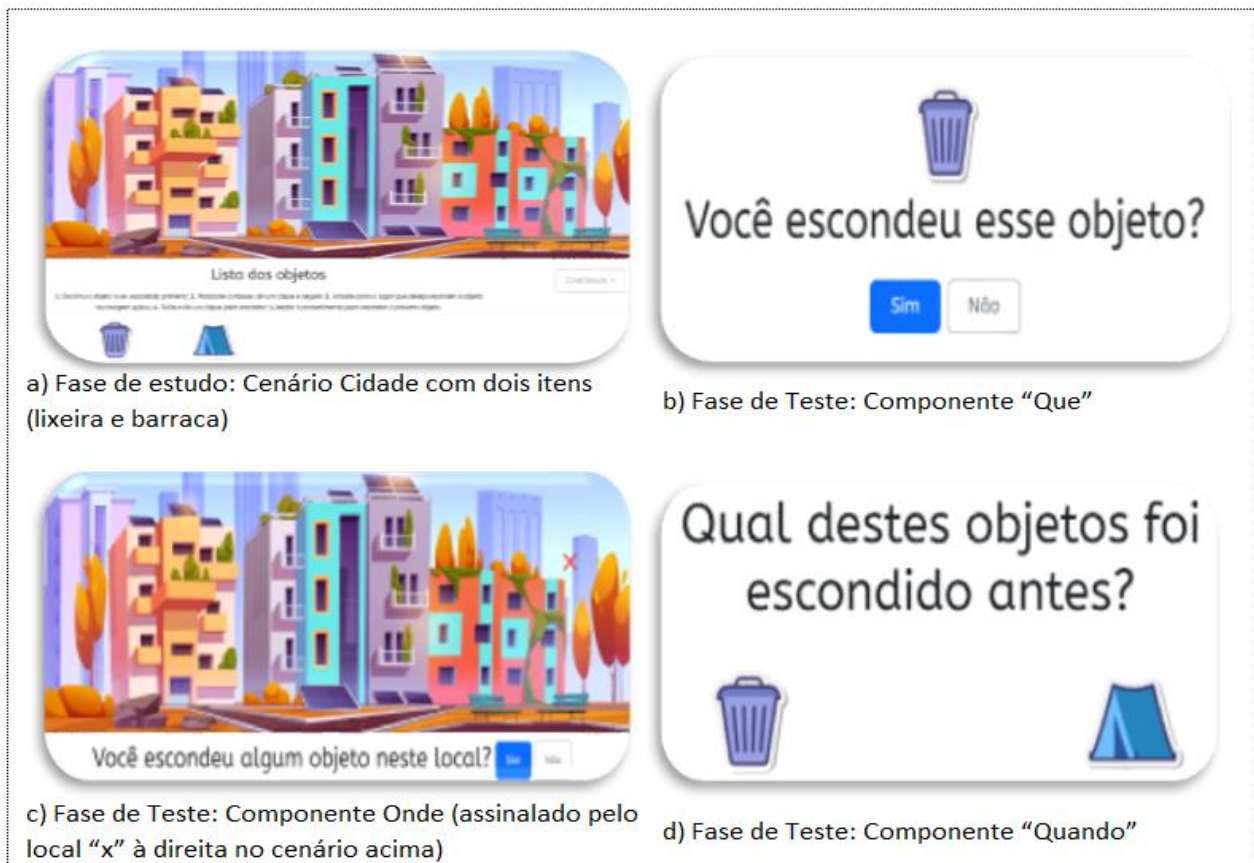


Na Fase de Teste, o protocolo do QOQ incluiu um conjunto de três perguntas referentes aos componentes “Quê”, “Onde” e “Quando”, respectivamente: “Você escondeu esse objeto?”, “Você escondeu algum objeto neste local?” e “Qual destes objetos foi escondido antes?” As ilustrações abaixo incluem *prints* das telas apresentadas às participantes tanto na Fase de Estudo (vide ilustração “a”) quanto na Fase de Teste (ilustrações, “b”, “c” e “d”). Adicionalmente, o protocolo de aplicação do QOQ inclui o cenário original como estímulo na fase de teste com o intuito de avaliar a integração dos componentes QOQ em uma tarefa de recordação livre.



Figura 4.

Ilustrações dos estímulos do Paradigma “QOQ



Paradigma Que-Onde-Qual contexto (QOQc): Uma diferença fundamental entre o QOQ e o QOQc é que, no primeiro, o participante deve selecionar o objeto (o que) e escondê-lo em algum lugar (onde) de sua escolha dentro do cenário. Já no QOQc, durante a Fase de Estudo, oito objetos aparecem dispostos sobre uma imagem de fundo (ou contextos A ou B), seguindo-se uma Fase de Teste com três perguntas relacionadas às tarefas Q (qual objeto foi visto), QOQ (onde um objeto foi visto em uma ordem temporal) e QOQc (onde e em qual contexto [imagem de fundo] um objeto foi visto). Nesta versão do paradigma QOQc, são adotadas duas telas com diferentes imagens de

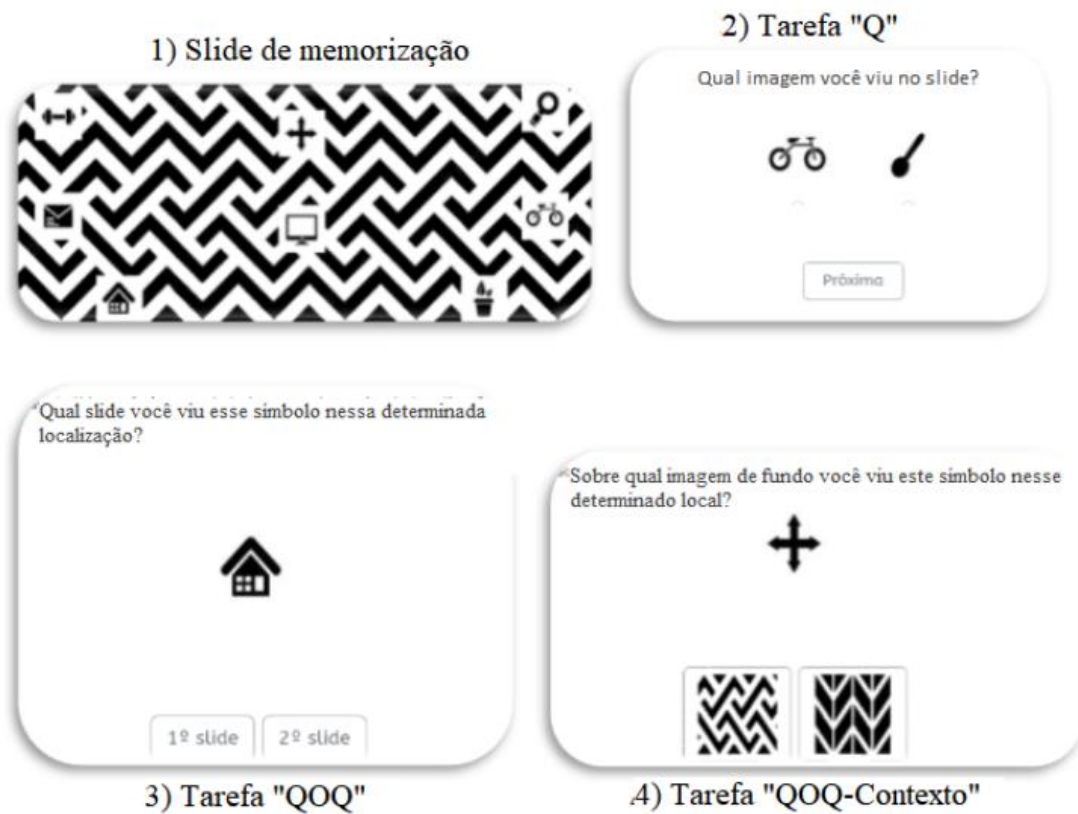


fundo (contexto), com o tempo de 30 segundos nos slides de memorização e 16 diferentes estímulos apresentados em preto e branco, representando objetos estilizados.

Abaixo, é ilustrado o conjunto de estímulos apresentados nas Fases de Estudo (a) e Teste (b, c, d):

Figura 5.

Exemplos de telas utilizadas no Paradigma “QOQc”.





Procedimentos

As medidas restritivas oriundas da pandemia de COVID-19 exigiram ajustes para que os objetivos fossem alcançados. Instrumentos, que antes exigiam uma aplicação presencial, foram readaptados para o ambiente virtual. Sendo assim, todos os protocolos utilizados nesta investigação foram readequados para o formato on-line, sendo utilizada a plataforma Google Forms para aplicação dos questionários e escalas e o site <http://psycoapp.com/>, de hospedagem temporária, para condução do quase-experimento de memória episódica.

O Fluxograma (vide Figura 6) apresentado abaixo, ilustra a sequência de ações para a coleta de dados, demarcada entre o 1º e o 6º bloco, sendo os demais eventos realizados na pré-coleta ou na pós-coleta, a exemplo do primeiro contato e da devolutiva personalizada às participantes, respectivamente.

Figura 6.

Fluxograma de procedimentos para coleta de dados

	Pré-coleta	SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS						
		1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º
GRUPO SOBREVIVENTES (GS)	Primeiro Contato (WhatsApp e e-mail)	TCLE	QA	TIS	QB	BDI	QQQ	Devolutiva
GRUPO CONTROLE (GC)			ABEP		QC	QD		
			BDI	LEC-5	PTCI	BAI	QOC	
			FSFI	PCL	IRMA	FSFI		
			BAI		PTCI	BDI		
					IRMA	BAI		
						FSFI		
							Estudo quase experimental	

A pesquisa foi divulgada em redes sociais da comunidade acadêmica de Brasília e via Matriusca, uma organização que forma doulas no Distrito Federal e que tem uma vasta rede de contatos em vários seguimentos de atenção às mulheres em todo o Brasil.



É importante pontuar que o recrutamento das participantes foi um processo contínuo e dinâmico que teve início em abril de 2022 e fim em janeiro de 2023, concorrendo para que as participantes sempre estivessem em etapas diferentes da sequência de ações ilustrada no fluxograma dada a possibilidade de novas adesões em qualquer tempo da janela temporal para a coleta. Sempre que uma participante, em potencial, sinalizava interesse na pesquisa, via inclusão de dados de contato e indicação do grupo ao qual seria alocada (vítima de violência sexual ou não vítima de violência sexual) em formulário eletrônico disponibilizado no convite, era feito um primeiro contato através do WhatsApp ou e-mail informado. No primeiro contato, era feita uma breve apresentação (por mensagem de texto) da temática da pesquisa. A princípio, o roteiro previa que este encontro deveria ser realizado por vídeo chamada ou presencialmente. Contudo, diante da baixa adesão das participantes e da recusa de outras, ainda mais em meio a um cenário pandêmico, estipulou-se que o contato seria apenas por mensagens de texto (Via e-mail ou Whatsapp, a critério da participante).

Confirmado o interesse, os blocos de tarefas eram enviados, sequencialmente e de forma personalizada dado que as participantes poderiam estar em momentos distintos da coleta. O critério para disponibilização de um novo bloco era a finalização do bloco anterior, o que exigia monitoramento contínuo do pesquisador. Os blocos eram disponibilizados via WhatsApp ou e-mail com o envio dos links e QR Codes (veja listagem dos envios no APÊNDICE 6 para os instrumentos e protocolos específicos daquele bloco. Entretanto, cabe ressaltar, que não houve qualquer definição de tempo para que as participantes finalizassem os blocos, muito embora elas fossem incentivadas a completá-los em um menor tempo possível. Dado que o tempo para responder aos instrumentos era livre, observou-se grande variação no tempo de resposta entre as



participantes, computado como o tempo para responder a todos os instrumentos e/ou protocolos de um mesmo bloco. Assim, o tempo médio de resposta no GS foi de 8,1 dias e o no GC, de 3,8 dias. Todos os instrumentos e protocolos eram autoexplicativos e autoaplicáveis e o pesquisador sempre se colocou à disposição para tirar dúvidas em qualquer tempo, ou intervir em momentos de crise dada sua formação e atuação como psicólogo.

Um estudo exploratório: Procedimentos Específicos

Uma vez que o TCLE era assinado, um primeiro bloco de instrumentos era disponibilizado para ambos os grupos: os questionários para caracterizar o perfil socioeconômico das participantes (vide APÊNDICE 2 e ANEXO 1), os inventários para avaliação de estados de humor e ansiedade, justificados no primeiro bloco de coleta para efeitos de monitoramento inicial dos estados emocionais. Por fim, o FSFI foi inserido para avaliar aspectos do funcionamento sexual das mulheres. É interessante apontar que estes instrumentos, utilizados no momento inicial da coleta, também encerram a coleta da pesquisa exploratória. Justifica-se tal duplicação em função de: a) necessidade de monitoramento dos estados de humor e ansiedade, dadas que grandes oscilações ou agravos no estado emocional justificariam interrupção da coleta e apoio psicológico; b) embora os intervalos entre blocos tenham sido muito variáveis entre as participantes, optou-se por escolher um instrumento que fosse robusto e sensível o suficiente para dimensionar os efeitos da violência sexual e, potencialmente, capturar alguma alteração entre medidas. Assim, o FSFI foi o instrumento escolhido dado o reconhecimento da natureza fluida do comportamento sexual (Rohden, 2009), susceptível, portanto, a mudanças em um menor período de tempo.



Os demais instrumentos foram aplicados na sequência descrita no Fluxograma, ressaltando que, no quarto e quintos encontros, os grupos recebiam blocos parcialmente diferentes quanto à composição, sendo que apenas o GS respondia a questionários (elaborados pelo autor desta dissertação) para avaliar possíveis impactos da violência sexual sobre o padrão de respostas sexuais das vítimas ou para levantar informações descritivas sobre a natureza da agressão sexual. De resto, todos os demais instrumentos e ou protocolos eram disponibilizados para ambos os grupos.

Um Quase-Experimento: Procedimentos Específicos e Delineamento

Os testes QOQ e QOQc foram programados pelo autor do presente trabalho na linguagem python na Plataforma Psychopy v2022.2.5 e hospedados no site <http://psycoapp.com/>. Ao início do sexto bloco de procedimentos, era enviado um link e QR Code para acesso ao site que, uma vez acessado, exibia dois ícones para acesso às duas versões do QOQ. Adicionalmente, a participante acessava o site informando e-mail e ID, e uma vez que o acesso era permitido, um e-mail de alerta era enviado ao pesquisador permitindo-lhe acompanhar, em tempo real, a tarefa da participante. Ao receber o link ou QR Code para acesso aos testes, as participantes podiam fazê-los em qualquer momento mais oportuno para elas, mas, uma vez iniciada, a tarefa deveria ser finalizada em uma única tentativa por teste. Tal procedimento foi adotado para evitar o efeito de variáveis estranhas ou não controladas sobre a memória, a exemplo de variações no intervalo de retenção, de interferências, etc. Para execução da tarefa, os comandos utilizados exigiam que o experimento fosse conduzido apenas em computadores (desktops, laptops ou tablets), não sendo os smartphones habilitados para



a condução do experimento. Quanto à ordem de realização dos testes QOQ e QOQc, nenhuma instrução foi dada, ficando a critério da participante.

Uma vez iniciado o QOQ, eram dadas as seguintes instruções gerais para a manipulação dos objetos: a) as participantes deveriam utilizar o mouse para selecionar e arrastar um objeto até algum lugar do cenário e apertar a tecla “ENTER” para depositar o objeto no lugar escolhido, escondendo-o no cenário. Ou seja, uma vez que o objeto fosse escondido, ele se tornava “invisível” para o participante; b) os objetos não deveriam ser colocados nos cantos da tela e todos, um por vez, deveriam ser depositados em lugares diferentes do mesmo cenário. Dadas as instruções iniciais, era iniciada uma Fase de Treino, com 4 tentativas, para familiarização com a tarefa. Os cenários do QOQ eram apresentados um por vez e as tarefas A, B, C, D, E, F realizadas sempre na mesma ordem A-F, lembrando que cada tarefa era composta por um duo de cenários apresentados sequencialmente. Uma vez que um cenário qualquer era apresentado, as participantes eram instruídas a selecionar um dos objetos dispostos na parte inferior da figura, arrastá-lo e depositá-lo em algum lugar do cenário, observando as restrições apresentadas no início do teste. Após a colocação de todos os objetos no cenário, a tela era automaticamente substituída pela primeira tela da Fase de Teste, caracterizando um intervalo de retenção imediato entre estudo (codificação) e teste (recordação e reconhecimento).

Na Fase de Teste, eram apresentadas, sequencialmente, quatro perguntas (vide Figura 4), cada uma em uma tela: 1) “Você escondeu esse objeto?” (Pergunta “QUE”), sendo o objeto em questão apresentado na posição central logo abaixo. Na parte inferior da tela, havia dois botões com as opções “SIM” e “NÃO”, caracterizando um teste de reconhecimento. 2) “Você escondeu algum objeto neste local?” (Pergunta “ONDE”),



sendo então exibido o cenário e um “x” assinalando um ponto qualquer na imagem e, abaixo da imagem, os mesmos botões para as opções "SIM" e “NÃO”, agora caracterizando uma medida de recordação; 3) A tela com a questão, “Qual destes objetos foi escondido antes?” (Pergunta “QUANDO”), incluía dois objetos lado a lado, cabendo às participantes selecionar o objeto com o mouse (medida de recordação). Por fim, era apresentado o cenário original e a participante deveria indicar o que (componente Q), o local (componente O) e quando (componente Q), integrando assim os critérios QOQ em uma tarefa de recordação livre. Assim, intercalando estudo e teste imediato, as participantes realizaram 12 tentativas (trials) de codificação (i.e., seis tarefas, cada qual com dois cenários) e 48 tentativas de evocação (quatro perguntas de evocação para cada um dos 12 cenários do estudo). Os testes utilizados no paradigma QOQ incluem os testes de reconhecimento (aplicável ao “que” e “onde”), recordação livre (tarefa de integração) e reconhecimento com escolha forçada (tarefa “quando). Para uma breve contextualização, testes de reconhecimento se caracterizam pela discriminação entre itens apresentados (novo x antigo em relação à fase de codificação ou estudo), enquanto o teste de recordação livre envolve lembrar-se de algo sem qualquer tipo de pista mnemônica (Rodrigues & Jaeger, 2018).

Na tarefa QOQc, diferentemente do teste QOQ, foram realizadas duas tentativas de codificação consecutivas dos slides de memorização (vide um modelo ilustrado na Figura 5), seguindo-se tarefa de evocação após intervalo de retenção de um (1) minuto. Na primeira rodada de codificação, os slides de memorização poderiam ter um fundo branco ou um contexto de fundo (e.g., padrão geométrico). Na segunda, e última rodada de codificação, ambos os slides tinham contextos de fundo. Cada slide de memorização tinha oito objetos (representados em desenhos estilizados) dispostos aleatoriamente na



imagem, totalizando 32 diferentes objetos (e.g., cruz, lupa, envelope, etc) nas cores preto e branco, assim como os contextos de fundo quando presentes. Cada slide de memorização foi apresentado por 30 segundos e após a apresentação de dois slides, seguia-se intervalo de retenção por um (1) minuto, durante o qual toda a tela (screen) ficava em branco. O teste foi iniciado com uma breve fase de treino com duas tentativas de codificação e uma tentativa de evocação. Após o treino, seguiu-se a apresentação sequencial de dois slides (aleatorizada entre as participantes), o intervalo protocolar de um (1) minuto de retenção e a fase de teste. Um segundo e último ensaio de codificação foi realizado, seguindo-se o mesmo protocolo. A fase de teste foi composta por três slides, cada qual com uma pergunta (vide Figura 5): 1) “Qual imagem você viu no slide?” (Pergunta “Que”), a qual encimava dois objetos lado a lado. A participante deveria selecionar um dos objetos em uma tarefa de reconhecimento; 2) “Em qual slide você viu esse símbolo [objeto] nessa determinada localização?” (Pergunta “QOQc” em um teste de recordação com pista; 3) “Sobre qual imagem de fundo você viu esse símbolo nesse determinado local?” (Tarefa QOQ contexto), com imagem (ou símbolo) do objeto no centro do slide e, abaixo, duas opções de contexto de fundo onde a participante deveria selecionar uma opção de contexto (medida de reconhecimento).

Os testes QOQ e QOQc compõem o quase experimento realizado na última etapa da coleta de dados do presente trabalho. O delineamento proposto para o Quase-Experimento inclui um desenho de medidas repetidas, onde a variável independente é Grupo (Sobreviventes x Controle). A variável dependente de interesse foi a taxa de acerto nos testes de reconhecimento e recordação em ambas as versões do Paradigma.



Procedimentos Éticos

Em momento algum há de se perder de vista que, diante de um tema tão sensível como a violência sexual, o fator vulnerabilidade esteja intimamente associado a riscos. Por abordar temas ditos “pessoais”, como a sexualidade, há sempre a possibilidade de algum tipo de constrangimento ou mal-estar. Nesse contexto, os cuidados éticos perpassam por prezar, a todo momento, a autonomia da participante. Logo, entende-se que as possibilidades de escolhas são facultadas a todas as participantes, em qualquer momento durante o decurso deste trabalho, a exemplo do abandono da pesquisa sem danos ou prejuízos.

Iniciou-se com a submissão e aprovação da presente pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília, sob o processo nº CAAE: 58537022.7.0000.5540. Quanto à possibilidade de qualquer desconforto emocional a estas participantes, foram aplicados instrumentos de mensuração de ansiedade (BAI), depressão (BDI) e TEPT (PCL e PTCI) ao longo do processo de coleta, de tal forma a identificar alterações emocionais em qualquer etapa dos procedimentos, funcionando, portanto, como “termômetros emocionais”. Reforça-se que a ocorrência de escores críticos nas escalas supracitadas justificaria propostas de encaminhamento das participantes a instituições de suporte, dado que o uso de tais escalas fornecem dados a respeito do atual momento emocional da participante, possibilitando estabelecer um parâmetro para a continuidade na pesquisa uma vez detectado algum mal-estar psicológico e/ou físico. Vale ressaltar que medidas de apoio sempre foram uma preocupação na condução deste estudo e que uma rede de suporte psicológico foi criada



para acolher a participante em situações de sofrimento deflagrado no contexto da presente investigação. Assim, as participantes foram instruídas sobre a possibilidade de serem conduzidas a realizarem sessões de psicoterapias breves, ficando a cargo do pesquisador e psicólogo, as medidas pontuais de acolhimento e orientações.

A despeito da possibilidade de eventuais riscos, vale ressaltar que pesquisas que tem como público-alvo mulheres vítimas de agressão sexual permitem avançar na compreensão dos efeitos deletérios deste tipo de trauma, lançando luz, inclusive, sobre a evolução ou involução dos aspectos comportamentais e cognitivos associados. Tais achados são relevantes para propor diretrizes para políticas públicas de atenção a mulheres vítimas de agressão sexual, assim como avanços no delineamento de estratégias de acolhimento e tratamentos mais específicos e adequados.

Procedimentos de Análise de Dados

Por se tratar de variáveis quantitativas, ter o “N” amostral pequeno ($N < 30$) e não obedeceram a parâmetros normais de distribuição, os grupos foram comparados e analisados através do teste não paramétrico de Mann-Whitney e por estatísticas descritivas. Nas análises correlacionais, adotou-se a correlação de Spearman com nível de significância de $p \leq 0,05$. Para a condução das análises estatísticas, utilizou-se o software IBM SPSS (Field, 2009; Cohen 1988; Pacagnella et al., 2009). Acrescenta-se a verificação do tamanho de efeito para cada instrumento, cujas fórmulas, segue-se as orientações propostas por Cohen (1988).



Resultados

Os resultados são apresentados em três seções: A primeira Parte (PARTE I) inclui as medidas aferidas nos estudos exploratórios realizados entre o 2º e 5º blocos descritos no Fluxograma (Figura 6), que foram realizados com a utilização de questionários (QB, QC e QD) e escalas (BDI, FSFI, BAI, TIS, LEC-5, PCL, PTCI e IRMA). A segunda parte (PARTE II) inclui os dados coletados no estudo Quase-Experimental, onde adotou-se o Paradigma Que-Onde-Quando (QOQ) e sua versão alternativa Que-Onde-Qual contexto (QOQc). A PARTE III inclui uma análise correlacional que integra os dados das etapas anteriores.

PARTE I

Questionários B e D: Práticas Sexuais antes e depois da agressão

Estes instrumentos coletaram informações sobre o histórico sexual das vítimas antes (QB) e depois da agressão sexual (QD). Responderam aos questionários oito mulheres, sendo que cinco delas tinham vida sexual ativa antes da agressão. Em relação ao grau de satisfação sexual, para 40% das vítimas com vida sexual progressa, houve piora, de “muito satisfatório” antes para “satisfatório” depois, não sendo acusadas mudanças para as demais. As outras mulheres que não informaram o grau de satisfação antes da agressão (37,5%), o fizeram em relação ao pós-agressão, sugerindo que não tinham uma vida sexual progressa. Entretanto, após a agressão todo esse subgrupo informou grau “satisfatório”.



Em relação ao tipo de prática sexual houve mudanças no antes-depois: Para 100% das mulheres com vida sexual pregressa, predominavam o sexo vaginal e oral sempre ²(entre 90-100% das vezes) e a masturbação era frequente para 20% delas; para 60% das mulheres deste grupo ocorriam atos agressivos consensuais durante as relações com a presença de tapas e puxões, com frequências variando entre “poucas vezes” a “frequentemente”, sendo que a iniciativa para tais atos partia principalmente delas.

Após a agressão, no subgrupo das mulheres com vida sexual pregressa, houve mudanças em relação ao tipo de sexo praticado, incluindo-se no repertório também o sexo anal para 60% delas, com frequência relatada de “poucas vezes”. Também foi identificado aumento na ocorrência da masturbação, praticada após a agressão por 100% das mulheres em oposição à taxa inicial de 20%, predominando sua ocorrência “quase sempre” durante as relações sexuais. Para o subgrupo das mulheres sem atividade sexual pregressa, observou-se as seguintes práticas sexuais (e respectivas frequências) após a agressão: vaginal (para todas as mulheres e sempre presente durante as relações), oral (para, aproximadamente 67% delas, “quase sempre”), anal (para 33% delas, “poucas vezes”), masturbação (para 100% das mulheres variando entre “sempre” e “quase sempre”). Quanto aos atos agressivos neste subgrupo, todas relataram a presença de tapas e puxões consensuais, entre 50% a 100% das vezes. Por fim, outro indicador que sofreu mudanças significativas foi a quantidade de parceiros: no subgrupo de mulheres com vida sexual pregressa houve aumento expressivo de parceiros para 80% delas, tendo o número de parceiros aumentado entre 10 a 110%. Já no grupo de

1. ² * Legenda: Sempre (de 90% a 100% das vezes), Quase sempre (de 70% a 90% das vezes), Frequentemente (de 50% a 70% das vezes), Poucas vezes (de 30% a 50% das vezes), Raramente (10% a 30% das vezes) e Nunca.



mulheres sem vida sexual antes da agressão, foram informados para cerca de 67% delas experiências sexuais com mais de 21 parceiros. Apesar das comparações acima indicarem mudanças significativas, os resultados devem ser interpretados com parcimônia dado um conjunto amostral muito pequeno.

Questionário C (QC): Dados da Agressão

Este questionário levantou dados a respeito da agressão sexual sofrida. Em relação ao tempo transcorrido, para cinco participantes a violência ocorreu há mais de cinco anos e para três vítimas foi mais recente, entre dois a cinco anos. Em 5 casos houve reincidências variando entre duas vezes a mais de 10 recorrências. Em nenhum dos eventos foi registrado o boletim de ocorrência, em consonância com dados nacionais e mundiais (Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2021; ONU, 2021). Com as mulheres que sofreram a violência na infância/adolescência (sete das oito participantes), o tipo de abuso foi caracterizado por sexo oral, toques nos órgãos genitais e outros e ocorreram na casa que residiam, praticadas por um familiar ou outros próximos. A única mulher que sofreu violência sexual enquanto adulta foi violentada em um motel, mas não deu informações adicionais sobre o agressor, a despeito da garantia de sigilo informada no TCLE.

A participantes assinalaram que o ciclo de violência contra a mulher é extensivo à uma rede de 6 ou mais pessoas entre amigas, tia, mãe, colegas, avó, irmã, filha e prima. Sobre a relação de apoio ou ajuda psicológica, seis vítimas informaram ter procurado psicoterapia, muito embora cinco delas o tivessem feito entre um e quinze anos após a agressão.



Inventário Beck de depressão (BDI)

O BDI foi aplicado em dois momentos distintos, no 2º e 5º blocos representados no Fluxograma (Figura 6). Vale lembrar que este instrumento foi aplicado duas vezes, dado que foi utilizado como um “termômetro” do estado emocional das participantes objetivando o monitoramento de alterações de humor. Adicionalmente, coletar escores pelo BDI permitiria avaliar potenciais efeitos moduladores da depressão sobre a memória (Airaksinen et al., 2007; Burt, 1995; Crane et al., 2007; James et al., 2021; Lindert, 2021; Romero et al., 2014; Sumner et al., 2010; Warren & Haslam, 2007). Considerando as duas medidas para o GS, as médias no primeiro e segundo momento foram, respectivamente, 27 pontos e 28,75 pontos, indicando em ambos os casos depressão moderada. Já no GC, as médias respectivas foram 14,12 e 17 pontos (depressão leve). Considerando a média geral dos grupos, o GS teve 27,87 pontos e o GC 15,56, indicando diferenças significativas entre os dois grupos. Para melhor dimensionar tal diferença, calculou-se o tamanho de efeito utilizando o valor das médias entre grupos, final, resultando no efeito grande com valor de $r=0,64$ e $r^2=0,41$ (Correlação rank-biserial= 0,75; Linguagem comum de 87,5%). Quanto à distribuição dos escores dentro dos grupos, permite compará-las, destacando-se a alta incidência de casos graves de depressão (62%) no GS.

Inventário Beck de Ansiedade (BAI)

Assim como o BDI, o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) também foi utilizado em dois momentos distintos da coleta (2º e 5º blocos), tanto para monitorar



alterações emocionais relevantes durante a coleta como para avaliar os efeitos moduladores da ansiedade sobre a memória. Comparando-se os escores, o GS teve média de 31,37 pontos na primeira medida, o que é indicativo de um quadro severo de ansiedade, enquanto o GC obteve a pontuação média de 20,87 pontos, indicando um quadro moderado. No segundo momento houve uma diminuição no nível de ansiedade do GS dado o escore médio de 28,12 pontos observado, alterando, inclusive o quadro geral de severo para moderado. No GC, os escores aumentaram, elevando a média para 26,5 pontos, mas mantendo-se o quadro geral (moderado). A média geral entre grupos foi de 29,75 para o GS e 23,68 para o GC que, a despeito de uma diferença de pouco mais de 6,0 pontos, não implica em quadros diferentes de ansiedade, sendo o quadro moderado comum aos dois grupos. O tamanho de efeito foi calculado, utilizando o valor médio final, resultando no efeito grande com valor de $r=0,45$ e $r^2=0,20$ (Correlação rank-biserial= 0,52; Linguagem comum de 75,8%). Quanto à distribuição dos escores dentro dos grupos, a permite compará-las, destacando-se a alta incidência de quadros severos (63%) no GS. Chama atenção ainda a alta frequência de escores moderados de ansiedade no GC (88%), dado convergente com a literatura que aponta a alta prevalência de transtornos de ansiedade na população em geral, especialmente entre as mulheres (Costa et al., 2019; Mangolini et al., 2019).

FSFI- Female Sexual Function Index

Este instrumento foi aplicado e reaplicado em ambos os grupos, respectivamente, no 2º e 5º blocos (vide Figura 6 -Fluxograma), com uma diferença média de 30 dias para o GS e 16 dias para o GC. Abaixo, na Tabela 2, são descritas as



médias e desvios padrões observados na aplicação e reaplicação do FSFI, por grupo e domínios:

Tabela 2.

Distribuição dos escores médios e desvios padrões por domínio, grupo e aplicação

Domínio	Grupo Sobreviventes				Grupo Controle			
	1ª Aplicação		2ª Aplicação		1ª aplicação		2ª Aplicação	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Desejo	3,75	1,32	3,76	1,35	3,71	1,09	3,74	1,1
Excitação	2,96	2,02	2,46	2,09	1,37	1,32	1,44	1,42
Lubrificação	3,11	1,89	2,62	1,98	2,33	1,81	2,36	1,86
Orgasmo	2,6	1,64	2,29	1,72	2,27	1,83	2,34	1,89
Satisfação Sexual	2,78	1,77	2,34	1,86	1,49	0,8	1,54	0,86
Dor	2,76	2,4	2,4	2,33	2,61	2,8	2,61	2,8
Média	17,32	8,65	15,88	8,82	13,77	6,89	14,06	7,3

Em cinco dos seis domínios, o Grupo Controle obteve médias inferiores ao Grupo de Sobreviventes: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação sexual. Por outro lado, o domínio “Dor” é prevalente no grupo de vítimas com média de 2,76 em oposição à média observada de 2,61 no GC. O resultado final foi dado a partir da somatória de todas as dimensões por participante e por aplicação; em seguida, tirou-se a média da resposta total por grupo em cada aplicação e por último a média final por grupo. Sendo assim o resultado final encontrado foi de 17,97 para o grupo sobreviventes e 13,77 para os Grupo Controle, indicando a presença de disfunção sexual para ambos.

O teste estatístico utilizado para análise dos dados foi o teste não paramétrico de Mann-Whitney que não apontou efeito significativo entre as aplicações e o resultado final do FSFI (FSFI_1: $U=25,500$, $p>0,05$; FSFI_2: $U=30.000$, $p>0,05$ e FSFI_Médio: $U=28,000$, $p>0,05$). As medidas de tamanho de efeito seguiram os mesmos



procedimentos: no primeiro momento de aplicação encontrou-se o $r=0,18$, $r^2=0,03$ (correlação rank-biserial= 0,20, linguagem comum= 60,2%); no momento de reavaliação o $r= 0,07$, $r^2=0,00$ (correlação rank-biserial=0,06, linguagem comum= 53,1%) e o resultado final sendo a média entre os momentos $r: 0,12$, $r^2=0,01$ (correlação rank-biserial=0,13, linguagem comum= 56,3%. Logo o tamanho de efeito da amostra oscilou de pequena (1ª aplicação e média final) a irrisória (no momento Reaplicação).

PCL-5 e LEC-5 _ Sintomas de TEPT e Lista de Eventos

A respeito dos dados coletados do PCL-5 e LEC-5, o Grupo Sobreviventes (GS) teve pontuação média de 52,12 pontos — bem superior ao Grupo Controle (GC), com média 20,75 pontos — indicando a presença de TEPT. Observa-se no GS forte convergência entre a uma alta pontuação no PCL e um maior número de eventos traumáticos vividos direta ou indiretamente. Assim, todas as participantes do GS presenciaram um ou mais eventos traumáticos de forma direta, satisfazendo, inclusive, o Critério-A para diagnóstico do TEPT (APA, 2014). Em números individuais, seis das oito participantes do GS apresentaram sintomas suficientes para o diagnóstico de TEPT, e as outras, apesar de cumprirem a totalidade dos critérios diagnósticos elencados no DSM-5 (APA, 2014), apresentam muitos sintomas que as colocam nos estratos limítrofes da escala PCL. Dentro do GC, somente uma participante apresentou pontuação indicativa de TEPT. A despeito do N amostral reduzido, o teste estatístico Mann-Whitney realizado indica que a violência sexual é um fator preditor para a presença de TEPT ($U= 9,00$; $p < 0,05$) em consonância com estudos anteriores (Brewin, 2014; Brewin et al., 2007; Domino et al., 2020; Forest & Blanchette, 2018; Vechiu, 2019; Zoellner et al., 2019).



Escala de imobilidade tônica -TIS

Os resultados para a Escala de Imobilidade Tônica (TIS) devem ser analisados à luz de duas grandes dimensões: a imobilidade tônica (IT) e o medo. Assim, no GS a média apresentada foi de 29,12 para imobilidade tônica e 10 para medo, indicando a presença de ambas as dimensões no grupo. Para o GC, as médias apresentadas foram de 11,37 para IT e 11,25 para medo, números que podem ser traduzidos como ausência para o fator Imobilidade tônica e presença do fator medo. Cabe pontuar, que o fator medo esteve mais presente no Grupo Controle, tanto em média quanto em frequência. A Tabela 3 indica a proporção do fator IT por grupo, destacando-se a alta proporção desta resposta somática, associada muito frequentemente ao TEPT (Aragão et al., 2018).

Tabela 3.

Taxa de incidência de Imobilidade Tônica por grupo.

	Fator imobilidade Tonica
Grupo Sobreviventes	Presente: 75 % Ausente: 25 %
Grupo Controle	Presente: 12,5 % Ausente: 87,5 %

O teste não paramétrico de Mann-Whitney apontou efeito significativo da presença do TIS na amostra ($U=0,500$, $p<=0,001$) e com o maior tamanho de efeito encontrado com $r=0,84$ ($r^2=0,71$, correlação rank-biserial= $0,98$ e linguagem comum de 99,2%).

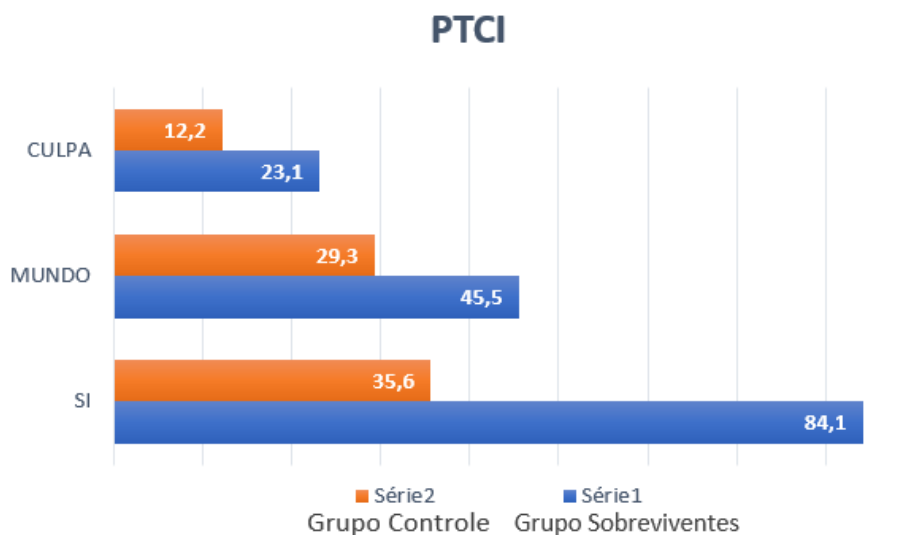


Inventário de cognições pós-traumáticas – PTCI

O Instrumento PTCI é composto por três grandes dimensões: Cognições negativas sobre o “eu”, ou sobre “si”; Cognições negativas sobre o mundo e Cognições sobre a “autorresponsabilização ou Culpa”. As médias estão descritas na figura a seguir (Figura 9). Em todas as dimensões o GS apresentou médias superiores, sendo a maior diferença entre grupos relacionada à dimensão de cognições negativas sobre si (84,1 para GS *versus* 35,6 para GC).

Figura 9.

Médias do PTCI de cada grupo por domínio.



Obedecendo a configuração proposta de correção deste instrumento, foram calculados os tamanhos de efeitos para cada dimensão e, em seguida, o total. Para a dimensão “SI” e “MUNDO”, por se assemelharem nos valores de Z e U, apresentam um mesmo tamanho de efeito grande com $r=0,85$ e $r^2=0,73$ (Correlação rank-biserial= 1,00;



Linguagem comum de 100%). Nas dimensões “MUNDO” e “CULPA” também se observa um tamanho de efeito grande com $r=0,55$ e $r^2=0,30$ (Correlação rank-biserial= 0,64; Linguagem comum de 82,0%). O valor do total, que é adotado como referência de correção seguiu os mesmos resultados da dimensão “SI” e “MUNDO” ($r=0,85$ e $r^2=0,73$, Correlação rank-biserial= 1,00; Linguagem comum de 100%).

Escala de Aceitação dos Mitos de Estupro – IRMA

Este instrumento é composto por 4 grandes dimensões, também chamados de Fatores:

O Fator 1 engloba questões que envolvem a perspectiva da *Responsabilização da Mulher (RM)* ao ser vítima de estupro. Ou seja, são levantados conteúdos associados à atribuição de responsabilidade à mulher por sofrer a violência sexual com o uso de roupas provocativas, estar em locais e ou em algum horário que propicie um ato violento, tendo postura e comportamento inadequados. Considerando o fator RM, a taxa de frequência das respostas diferiu para ambos os grupos: Para o GS encontrou-se 34,44%, e para o grupo controle foi de 25,55%. Considerados apenas estes números, é possível inferir que as mulheres vítimas de violência sexual tendem a culpabilizar as mulheres por terem sofrido o estupro, ao mesmo tempo contribuindo para o mito da auto culpabilização. Para esse fator, o tamanho de efeito encontrado foi considerado pequeno com $r=0,11$ e $r^2=0,01$ (Correlação rank-biserial= 0,11; Linguagem comum de 55,5%).

Na dimensão seguinte (Fator 2), estão as concepções em torno da *Minimização da gravidade (MG)*. Os dados encontrados versam sobre o olhar das participantes



quanto à gravidade do estupro. Ou seja, muitas pessoas tendem a “naturalizar”, “normatizar” ou ainda “romantizar” o estupro dando menor gravidade ou menos importância ao ato, como se não fosse nada demais, ou ainda como se não houvesse a necessidade de problematização (Scarpato et al., 2014). As taxas de frequência de resposta foram exatamente iguais de 32,5% para os dois grupos, apontando que a experiência da violência sexual não interfere nos mitos relacionados a este fator, o que contribui para um tamanho de efeito considerado pequeno com $r=0,25$ e $r^2=0,06$ (Correlação rank-biserial= 0,28; Linguagem comum de 64,1%).

O Fator 3 abarca questões relacionadas à percepção das participantes quanto à *Desculpa Feminina (DF)*, ou como definem Scarpato et al. (2014, p. 62), “...a noção de que a mulher deseja se relacionar sexualmente com outra pessoa, mas, por quaisquer razões, não é capaz de assumir seu desejo e usa o estupro como uma desculpa.” Quanto a esse mito, foi observada a maior diferença entre grupos, com 50,47% para o GS e 31,42% para o GC, sugerindo que as próprias vítimas tendem à aceitação deste mito. Quanto a esse fator, encontrou-se um tamanho de efeito pequeno com $r=0,25$ e $r^2=0,06$ (Correlação rank-biserial= 0,28; Linguagem comum de 64,1%).

Por último, o Fator 4 reúne itens que relatam a percepção das participantes quanto ao *Instinto Masculino (IM)*. Ou seja, a percepção de que homens seriam incapazes de conter e controlar seus impulsos sexuais, transformando o estupro em algo justificável e natural, conseqüenciando na diminuição da culpa dos homens agressores. Neste Fator, as respostas foram similares, com um leve acréscimo no GC (32,5%) em relação ao GS (30%). O tamanho de efeito foi considerado irrisório com $r=0,04$ e $r^2=0,00$ (Correlação rank-biserial= 0,03; Linguagem comum de 51,6%).



Por fim, calculou-se um tamanho de efeito utilizando o valor total como resultado final, indicando um efeito irrisório com $r=0,03$ e $r^2=0,00$ (Correlação rank-biserial= 0,02; Linguagem comum de 50,8%).

PARTE II

Estudo Quase Experimental: Os efeitos da violência sexual sobre a memória episódica

O paradigma “QOQ”, como apresentado anteriormente, é subdividido em seis tarefas e três níveis de dificuldade, sendo tarefas A e B (Fácil), tarefas C e D (Médio), e tarefas E e F (Difícil). Assim, as descrições dos resultados serão apresentadas por tarefas e níveis de dificuldade, em todas dimensões ou critérios (“Que [Q], Onde [O], Quando [Q] e Integração [I]).

Tabela 4.

Taxas de acertos do Paradigma “QOQ” por tarefas e níveis nos grupos GS e GC.

Tarefas	Grupo Sobreviventes (%)				Grupo Controle (%)			
	Que	Onde	Quando	I	Que	Onde	Quando	I
A	81,25	90,62	84,37	85,41	96,87	100	90,62	93,75
B	87,50	87,50	87,5	87,5	96,87	100	100	98,95
C	81,25	85,93	78,12	78,125	98,43	93,75	87,5	96,875
D	90,65	78,12	78,12	82,29	96,87	90,65	92,18	93,22
E	75,00	87,50	61,45	81,25	95,83	93,75	73,95	88,88
F	79,16	83,33	60,41	74,30	95,83	92,70	73,95	87,5
Média	82,47	85,42	75,00	81,48	96,78	95,14	86,37	93,20

Considerando as especificamente as tarefas, nota-se que que o GC teve melhor desempenho em todas as subtarefas do Paradigma QOQ, tendo um maior número de acertos na condição “QUE” e pior desempenho na condição “QUANDO”. No caso do GS, o melhor desempenho foi observado na subtarefa “ONDE” e o pior desempenho na condição “QUANDO”.



O teste de Mann-Whitney mostrou que a violência sexual possui influência significativa nos critérios “Integração” ($U=7,000$; $p < 0,008$) e marginalmente significativo no critério “QUE” ($U= 14,500$; $p < 0,05$), mas, não possui força de influência nos critérios “ONDE” ($U=22,500$; $p > 0,05$) e “QUANDO” ($U=20,500$; $p > 0,05$).

Quanto às diferenças no desempenho global, comparando-se os grupos, o GS obteve média de acertos = 81,11% (DP = 3,32). Por sua vez, o GC obteve maior média global = 92,87 (DP = 3,98). Entretanto, a despeito da diferença entre as médias, o teste de Mann-Whitney não evidenciou qualquer efeito significativo (vide Tabela 5), não confirmando assim a hipótese central deste quase experimento.

Por outro lado, considerando especificamente as tarefas, nota-se que que o GC teve melhor desempenho em todas as subtarefas do Paradigma QQQ, tendo um maior número de acertos na condição “Que” e pior desempenho na condição “Quando”. No caso do GS, o melhor desempenho foi observado na subarefa “Onde” e pior desempenho na condição “Quando”. Considerando as taxas de acertos de componentes específicos, o teste de Mann-Whitney mostrou que a violência sexual possui influência significativa nos critérios “Integração” ($U=7,000$; $p < 0,008$) e marginalmente significativo no critério “QUE” ($U= 14,500$; $p < 0,05$). Mas, não possui força de influência nos critérios “ONDE” ($U=22,500$; $p > 0,05$) e “QUANDO” ($U=20,500$; $p > 0,05$).

Abaixo, na Tabela 5, podem ser observados os cálculos para o tamanho do efeito considerando os componentes específicos “Que”, “Onde”, “Quando” e “Integração”.



Tabela 5.

Tamanho do efeito do paradigma “QOQ”.

	Integração		Que		Onde		Quando	
	TDE	Interptração ²	TDE	Interptração ²	TDE	Interptração ²	TDE	Interptração ²
r	0,67	Grande	0,47	Médio	0,26	Pequeno	0,32	Médio
r ²	0,45	Grande	0,22	Médio	0,07	Pequeno	0,1	Médio
Correlação rank-biserial	0,78		0,55		0,3		0,36	
Ling. Comum	89,1%		77,3%		64,8%		68,0%	

Em relação ao nível de dificuldade das tarefas, independentemente do grupo, observou-se um decréscimo gradativo nas médias gerais de desempenho, sendo que no nível fácil, com dois objetos, a média de acertos global foi = 91,79 % (DP = 6,28), com tendência a um efeito teto no GC. Em relação ao nível médio de dificuldade, onde os cenários tinham quatro objetos, foi observada a média global de acertos = 87,63 % (DP = 7,43), e por fim, no nível mais difícil, com seis objetos, observou-se uma média de acertos global de 81,55% (DP = 11,18), nível este onde se evidenciam as maiores diferenças entre grupos.

Uma análise foi conduzida para avaliar se tais diferenças são estatisticamente significativas, utilizando o teste não paramétrico de Mann-Whitney e a somatória total de acertos do “QOQ”. Logo, com os resultados de $U=44,500$ e $p \geq 0,05$, não foram encontrados efeitos significativos. No que diz respeito à tarefa de memória “QOQc”, o grupo vítima, também apresentou um desempenho inferior quando comparado ao grupo controle. A taxa de acertos do grupo de sobreviventes foi de 69,4%, em oposição à taxa de acertos de 83,33% no Grupo de não vítimas. O teste não paramétrico de Mann-Whitney indicou que diferença significativa entre as medianas ($U=9,000$, $p \leq 0,05$)



PARTE III

Análise de Forças Correlacionais: Uma integração entre as Fases I e II

As tabelas abaixo compilam as correlações encontradas entre os testes conduzidos no conjunto de estudos exploratórios e os dados coletados no quase-experimento, dados os escores de médias globais. Abaixo, a Tabela 6 ilustra os resultados encontrados (adotando-se $p < 0.05$) para as correlações entre o FSFI e os demais achados empíricos. Como pode ser observado, o coeficiente de correlação de Spearman não indicou quaisquer forças e direções relevantes entre os escores do FSFI e as demais medidas.

Tabela 6.

Descrições da Correlação de Spearman para o FSFI.

		Grupo Sobrevientes (N=8)								
		Grupo	QQQ	QQQc	PCL	FSFI	BDI	TIS	BAI	PTCI
Grupo	Coeficiente de correlação	1,000	,339	,653	-,625	-,109	-,652	-,857	-,449	-,868
	P (Valor)		,198	,006	,010	,688	,006	,000	,081	,000
QQQ	Coeficiente de correlação	,339	1,000	,460	-,514	-,131	-,440	-,339	-,336	-,613
	P (Valor)	,198		,073	,042	,628	,088	,199	,203	,012
QQQc	Coeficiente de correlação	,653	,460	1,000	-,625	,022	-,864	-,527	-,372	-,718
	P (Valor)	,006	,073		,010	,934	,000	,036	,156	,002
PCL	Coeficiente de correlação	-,625	-,514	-,625	1,000	-,021	,568	,777	-,292	-,724
	P (Valor)	,010	,042	,010		,937	,022	,000	,273	,002
FSFI	Coeficiente de correlação	-,109	-,131	,022	-,021	1,000	,118	-,029	-,245	,129
	P (Valor)	,688	,628	,934	,937		,664	,915	,361	,635
BDI	Coeficiente de correlação	-,652	-,440	-,864	,568	,118	1,000	,537	,335	,681
	P (Valor)	,006	,088	,000	,022	,664		,032	,205	,004
TIS	Coeficiente de correlação	-,857	-,339	-,527	,777	-,029	,537	1,000	,341	,743
	P (Valor)	,000	,199	,036	,000	,915	,032		,196	,001
BAI	Coeficiente de correlação	-,449	-,336	-,372	,292	-,245	,335	,341	1,000	,522
	P (Valor)	,081	,203	,156	,273	,361	,205	,196		,038
PTCI	Coeficiente de correlação	-,868	-,613	-,718	,724	,129	,681	,743	,522	1,000
	P (Valor)	0	0,012	0,002	0,002	0,635	0,004	0,001	0,038	

Por outro lado, a análise estatística da correlação de Spearman mostrou que existem correlações positivas e negativas entre as variáveis, como exposto na Tabela 7 a seguir:



Tabela 7.

Descrições da Correlação de Spearman, com indicações correlacionais.

		Grupo Sobreviventes (N=8)							
		Grupo	QOQ	QOQc	PCL	BDI	TIS	BAI	PTCI
Grupo Controle (N=8)	Grupo								
	Coefficiente de correlação	1,000	,339	,653	-,625	-,652	-,857	-,449	-,868
	P (Valor)		,198	,006**	,010**	,006**	,000**	,081	,000**
	QOQ								
	Coefficiente de correlação	,339	1,000	,460	-,514	-,440	-,339	-,336	-,613
	P (Valor)	,198		,073	,042**	,088	,199	,203	,012**
	QOQc								
	Coefficiente de correlação	,653	,460	1,000	-,625	-,864	-,527	-,372	-,718
	P (Valor)	,006**	,073		,010**	,000**	,036**	,156	,002**
	PCL								
Coefficiente de correlação	-,625	-,514	-,625	1,000	,568	,777	-,292	-,724	
P (Valor)	,010**	,042**	,010**		,022**	,000**	,273	,002**	
BDI									
Coefficiente de correlação	-,652	-,440	-,864	,568	1,000	,537	,335	,681	
P (Valor)	,006**	,088	,000**	,022**		,032**	,205	,004**	
TIS									
Coefficiente de correlação	-,857	-,339	-,527	,777	,537	1,000	,341	,743	
P (Valor)	,000**	,199	,036**	,000**	,032**		,196	,001**	
BAI									
Coefficiente de correlação	-,449	-,336	-,372	,292	,335	,341	1,000	,522	
P (Valor)	,081	,203	,156	,273	,205	,196		,038**	
PTCI									
Coefficiente de correlação	-,868	-,613	-,718	,724	,681	,743	,522	1,000	
P (Valor)	,000**	0,012**	0,002**	0,002**	0,004**	0,001**	0,038**		

** Correlações significativas ($p < 0,05$)

A Tabela 7 acima ilustra os coeficientes da correlação e os valores de “p” (p-values associados, considerando $p < 0,05$). Destacam-se algumas correlações fortes com valores de $p < 0,05$: QOQ x PCL ($r_s = -0,514$; $p = 0,042$), indicando uma relação entre a presença do TEPT e o desempenho da memória episódica, onde quanto maior os escores para o TEPT, menor os escores observados no QOQ, encontrando-se ainda para esta relação um tamanho de efeito grande ($r = 0,62$ e $r^2 = 0,38$). Chama atenção as fortes correlações entre o teste QOQc e outras medidas, destacando-se os valores encontrados para o BDI ($r_s = -0,864$, $p = 0,000$) e PTCI ($r_s = -0,718$, $p = 0,002$) em estreita convergência com dados da literatura (e.g., Romero et al., 2014; Söderlund et al., 2014; Sumner et al., 2010). Destacam-se ainda as fortes correlações inversas encontradas entre a variável Grupo e outras medidas, a exemplo do QOQc ($r_s = -0,718$, $p = 0,002$), PCL ($r_s = -0,625$, $p = 0,010$), BDI ($r_s = -0,652$, $p = 0,006$), TIS ($r_s = -0,857$, $p = 0,000$) e PTCI ($r_s = -0,868$, $p = 0,000$). Por fim, merecem atenção as fortes correlações encontradas entre o PTCI e todas as demais variáveis, sendo positivas aquelas relacionadas à dimensão emocional,



evidenciando a íntima relação entre cognições negativas e estados emocionais como a depressão e a ansiedade, assim como a medidas somáticas de estresse.

Ainda em relação ao PTCI, destacam-se as fortes correlações negativas com a variável Grupo ($r_s = -0,868$, $p = 000$), QOQ ($r_s = -0,613$, $p = 0,012$), QOQc ($r_s = -0,718$, $p = 002$) e PCL ($r_s = -0,724$, $p = 002$). Apesar do baixo número de participantes, os destaques encontram amplo respaldo na literatura científica, pois são bastantes sólidas as evidências, inclusive, oriundas de estudos correlacionais a exemplo dos achados da metanálise de Moore (2009) onde foram identificadas distorções cognitivas associadas a eventos traumáticos e à memória ou ainda como no estudo de Andreu et al. (2017) onde se evidencia estreita correlação entre cognições negativas e mulheres vítimas de agressão sexual.

Discussão

Na presente dissertação foram exploradas as relações entre violência sexual e seus efeitos em mulheres vítimas, considerando as esferas emocional, sexual, fisiológica e cognitiva (atitudes e crenças), assim como também se avaliou os efeitos da violência sexual sobre a memória episódica). Dois grupos foram constituídos para efeitos de comparação em todas as medidas propostas, o Grupo Sobreviventes (GS), composto por oito mulheres vítimas de violência sexual, e o Grupo Controle, constituído por oito mulheres não vítimas de violência sexual.

Considerando os achados exploratórios, um primeiro ponto a ser ressaltado diz respeito ao perfil das participantes, aspecto este importante para contextualizar a discussão dos resultados. Assim, em relação ao perfil das participantes, destaca-se que parte dos dados encontrados destoam daqueles apresentados em extensos mapeamentos



com “N” amostrais significativos dado que a população integrante deste estudo é branca, com idade média de 28 anos e ensino superior, o que difere dos nacionais, onde há uma predominância de vítimas entre mulheres negras com baixa escolaridade (Bianchini et al., 2022; Cerqueira et al., 2017). O perfil da amostra reúne características que podem ser preditoras para um viés nos resultados, especialmente no que se refere à memória episódica, já que segundo Lindert et al. (2021) e James et al. (2021) mulheres brancas e com alto nível de educação possuem menos déficits na memória episódica e no funcionamento executivo. Outras características como a idade, estar desempregada e a ausência de um relacionamento amoroso fixo também são fatores que contribuem para piores resultados em tarefas de memória (Lindert et al., 2021).

Sendo assim a maioria das participantes parecem ter certas vantagens protetivas que lhes garantem um melhor desempenho cognitivo uma vez que cerca de 75% delas, em ambos os grupos, estão exercendo alguma ocupação, são jovens, com alta escolaridade, solteiras (sendo omissa a informações sobre relacionamentos sérios) e sem filhos. Por outro lado, outros dados convergem com os relatórios sobre violência sexual (e.g., Bueno et al., 2021) quando apontam para o ambiente doméstico como local da agressão e os agressores como perpetradores conhecidos das vítimas e, em sua maioria, familiares. Adicionalmente, nenhuma participante registrou o boletim de ocorrência, correspondendo às previsões brasileiras e mundiais de subnotificações (Bueno et al., 2021; Ferreira et al., 2023; IPEA, 2018, MMFDH, 2019; Oliveira, 2019; ONU, 2021). Por fim, os critérios de inclusão nesta pesquisa, quais sejam acesso a smartphones e computadores conectados em rede, podem também ter contribuído para a exclusão de uma fatia significativa da população feminina vulnerável à violência sexual o que



sinaliza a necessidade de ajustes metodológicos no contexto de pesquisa em formato remoto.

Outro ponto pode ter contribuído para o “N” baixo e a não adesão das participantes até o final da investigação: o gênero do investigador. Mesmo com a pesquisa sendo realizada em ambiente 100% virtual, ao se depararem com a identificação do pesquisador, surgiram falas como: “Eu nunca falaria de violência sexual com um homem”, ou ainda “não me sinto confortável para falar do meu estupro com um homem” e “não confio mais em homens!”. Era esperado que este tipo de fala ocorresse, já que os violentadores são predominantemente do gênero masculino. Na tentativa de contornar este problema, ocorreram diversas tentativas para incluir mulheres na coleta de dados, geralmente alunas do curso de psicologia em disciplinas de pesquisa, porém nenhuma mulher candidatou-se à vaga.

Em relação aos dados quali-quantitativos coletados no contexto dos estudos exploratórios, os resultados encontrados a respeito das sintomatologias apresentadas por mulheres vítimas de estupro apresentam estreita correspondência com aqueles encontrados na literatura (e.g., Aragão et al., 2018; Ingemann-Hansen & Charles, 2013; Nunes et al., 2017; Perilloux et al., 2012; Platt et al., 2018; van Berlo & Ensink, 2000). E, para além de quadros gerais, replica-se também dados relacionados à coocorrência de sintomas de depressão ou mesmo episódios depressivos (Bhuptani et al., 2019; Domino et al., 2020; Schnittker, 2019), à existência de mitos e aceitação do estupro (Bohner et al., 2009, Dawtry et al., 2019, Payne et al., 1999; Wilson et al., 2018), à presença de Imobilidade Tônica (Fusé et al., 2007; Heidt et al., 2005) e a forte associação com o TEPT (Bovin et al., 2008; Domino et al., 2020; Shin et al., 2015).



Entre dos dados convergentes, alguns resultados merecem destaque, a exemplo dos mitos sobre o estupro observados na presente dissertação, os quais abarcam falsas atitudes e crenças persistentemente mantidas e frequentemente usadas como argumentos para justificar, ou até mesmo negar, a agressão sexual contra mulheres. É importante destacar esse ponto porque, a exemplo do já dizia Fitzgerald em 1994, a manutenção dos mitos é fundamentalmente um dos aspectos que mais reforçam a cultura do estupro, uma vez que o naturalizam. Em consequência, observar-se-ia uma inversão: de vítima, a mulher que sofreu a violência, passa a ser culpada ou responsabilizada, e pior(!), se autorresponsabiliza pelo mal que lhe aconteceu. Tais relações são corroboradas no presente estudo já que em relação ao IRMA, o GS apresentou números brutos mais elevados nos fatores Responsabilização da Mulher (RM) e Desculpa Feminina (DF) e, quando somadas à dimensão “SI” (self) do PTCI, aponta para a culpabilização da vítima na ocorrência dos estupros. Entretanto, como salientam Dawtry et al. (2019), a despeito da forte associação entre os mitos de aceitação do estupro (da sigla em inglês RMA - *Rape Myth Acceptance*) e a culpabilização da vítima, há diferenças importantes a serem consideradas: os RMA’s funcionam como uma espécie de esquema cognitivo do estupro, organizando e processando as informações sobre o tema, podendo amplificar os detalhes do estupro e ainda possibilitar a criação de vieses em outros domínios. Esse processo se traduz socialmente em três principais movimentos: (1) A auto culpabilização da vítima, (2) o violentador se serve destas crenças para negar e/ou justificar a violência sexual, (3) permite a terceiros realizarem inferências a respeito do ato, que por muitas vezes se ampliam para além das informações disponíveis em um processo inferencial que pode concorrer para a desqualificação do discurso da vítima (Bohner et al., 2009; Dawtry et al., 2019). Por sua vez, tal dinâmica deixa marcas



emocionais profundas, e não sem surpresa, observam-se no presente estudo (vide Tabela 7) escores mais altos nas escalas de depressão e ansiedade entre as mulheres vítimas e fortes correlações positivas entre o PTCI e os escores ansiedade ($r = 0,522$), Depressão ($r = 0,681$) e com respostas somáticas associadas ao TEPT ($r = 0,743$). Quadros de depressão maior podem aumentar o risco de vitimização e revitimização de violência sexual dada a presença de estressores, alterando os padrões de interações sociais das vítimas (Schnittker, 2019). Logo, os mitos de aceitação do estupro podem ser o fio condutor para a manutenção do quadro de depressão, a consolidação do TEPT e potenciais efeitos sobre a memória episódica.

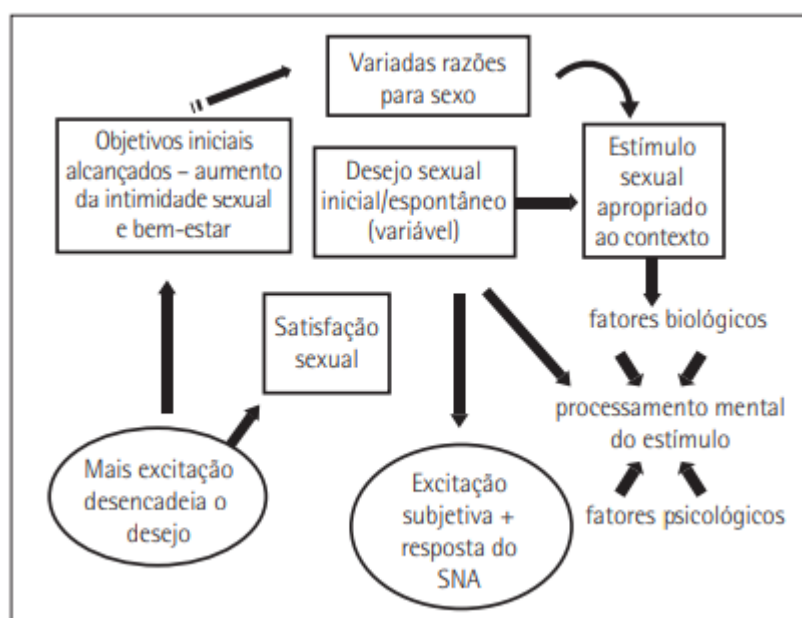
No que tange ao comportamento sexual das vítimas, os baixos escores obtidos pelo FSFI apontam para uma disfunção sexual e/ou a baixa qualidade da vida sexual para ambos os grupos (GS e GC). Entretanto, nossos achados entram em desacordo com os dados de Vechiu (2019), por exemplo, onde mulheres abusadas sexualmente têm níveis mais baixos de satisfação sexual se comparada com mulheres não abusadas. Potenciais explicações para essa divergência remetem ao reduzido universo amostral e ao potencial viés já apontado em relação ao perfil atípico das vítimas de violência sexual no presente estudo. Contudo, são oportunas algumas considerações sobre o “olhar para a disfunção sexual”, dada a alta incidência deste tipo de queixa que atinge, em média, 60% das mulheres vítimas de violência sexual (Vechiu, 2019). Considerando que uma vida sexual satisfatória é também uma dimensão de saúde e bem-estar (Huguet et al., 2009) há que discutir a questão da disfunção sexual em um contexto mais amplo. Neste sentido, Fleury e Abdo (2012), baseados no modelo circular de resposta sexual de Basson et al. (2010), ilustrado na Figura 8, sugerem que as mulheres precisam de uma variedade de estímulos ou razões para se engajarem em uma atividade sexual dado que



nem sempre o desejo sexual será a primeira motivação para uma relação sexual. Ou seja, o estímulo é anterior ao desejo, sendo o que propicia a motivação para iniciar a relação sexual. Logo, pelo modelo de Basson et al. (2010), a disfunção sexual decorre da falta ou ausência de interesse para o envolvimento sexual ou das dificuldades para sentir-se genitalmente (aspectos fisiológicos) ou subjetivamente (aspectos psicológicos) excitadas. Ou, ainda, dificuldades para desencadear ou sentir desejo durante o envolvimento sexual, pesando, portanto, na resposta sexual — e, por extensão, na expressão da sexualidade — fatores subjetivos e cognitivos para a excitação e a predisposição ao sexo nas mulheres, contextualizando a disfunção sexual em uma perspectiva biospsicossocial. Nesse sentido, dá-se importância a um amplo leque de fatores subjetivos que perpassam por experiências sexuais traumáticas, bases religiosas e/ou crenças e mitos a respeito do sexo.

Figura 10.

Modelo de Basson para a resposta sexual em mulheres (Fleury & Abdo, 2012).





No que concerne aos efeitos da violência sexual sobre a memória, não foi confirmada a hipótese dos grupos apresentariam médias gerais de desempenho significativamente diferentes, embora tenham sido encontrados efeitos significativos para alguns componentes específicos da memória episódica, a exemplo dos elementos “QUE” e “Integração”. Por outro lado, foram encontrados efeitos mais robustos no Paradigma QOQc, sugerindo importantes efeitos contextuais sobre a memória episódica, em consonância com outros trabalhos a exemplo de Forest e Blanchette (2018) que confirmaram o desempenho inferior de mulheres vítimas de estupro em tarefas de memória episódica com eventos neutros.

Assim, a despeito dos efeitos parciais encontradas, a relação entre memória episódica e eventos traumáticos tem sido investigada em diversos estudos com resultados promissores (e.g., Isaac et al., 2006). Todavia, grande parte desses estudos focalizam na relação “evento traumático e memória”, tendo como pano de fundo o TEPT (Paula & Santos, 2023), enquanto se discute em outros trabalhos a memória de estupro como um tipo especial de memória, distinta de outras memórias emocionais associadas ao TEPT (Tromp et al., 1995). Contudo, estabelecer tal distinção de forma inequívoca é uma tarefa árdua dado que as estruturas cerebrais importantes para a manifestação do TEPT têm extensa área de sobreposição àquelas estruturas recrutadas para um bom desempenho da memória episódica, notadamente o hipocampo, a amígdala, o septo, o fórnix, o giro cingulado e as interconexões destas estruturas límbicas com o córtex pré-frontal (Allen et al., 2008; Isaac et al., 2006). Adicionalmente, há um número extenso de trabalhos que apontam íntima relação entre depressão, TEPT e memória episódica (Airaksinen et al., 2007; Bremner et al., 2004; Brewin et al., 2007; James et al., 2021; Jenkins et al., 1998). Ilustrando, na pesquisa de



Airaksinen et al, (2007) foram identificados efeitos deletérios da depressão sobre a memória episódica e, segundo Schnittker (2019), a associação entre depressão maior e violência sexual é muito mais forte do que qualquer outra experiência traumática, adicionalmente, pavimentado o caminho para a consolidação do quadro de TEPT. Em consonância com tais achados, James et al. (2021) encontraram que o quadro de depressão possui efeito direto sobre as medidas de memória episódica onde um pior desempenho pode variar de pequeno a moderado, quando comparadas a grupos controles. Por outro lado, também são observadas memórias persistentes com conteúdos negativos entre pessoas deprimidas, fenômeno descrito como “ruminação mental” (Janczura, 2018), um recorte da memória autobiográfica que parece ter prioridade sobre outros tipos de lembranças, o que sugere diferenças no processamento da informação em função da valência emocional do evento.

Conclusão e sugestões para estudos futuros

Este trabalho possui um relativo corpo de limitações, a começar pelo pequeno número de participantes dadas as dificuldades impostas pela sensibilidade do tema, o que acarretou grandes desafios para o recrutamento e composição da amostra. Entre os fatores que podem ter contribuído para as dificuldades e desafios relacionados, encontram-se a vergonha, a culpa e a autorresponsabilização das mulheres vítimas da violência sexual (Bhuptani & Messman, 2021), fatores estes, inclusive, ratificados no presente estudo a partir dos dados obtidos pelo PTCI. Somam-se ainda outras razões, calcadas nos tabus associados ao estupro, uma vez que ocorrem muito frequentemente dentro de casa, um lugar supostamente “sagrado”, e perpetrados por parentes próximos (pai, irmão, tio, etc.) caracterizando, assim, relações incestuosas (Maia, 2020; Shen,



2013). Outro evento que imprimiu grandes desafios metodológicos, contribuindo para limitações ao trabalho e consequente necessidade de ajustes, foi a pandemia de Covid-19 durante a elaboração e execução do presente projeto, que, dadas as medidas sanitárias, restringiu ainda mais o acesso às pessoas de interesse. Aliadas a tais limitações, ainda há de se considerar a perda amostral em função do número de etapas, instrumentos e protocolos que podem ter ‘cansado’ mais facilmente as participantes. Quanto ao estudo da memória episódica, sugere-se para estudos futuros a adoção dos paradigmas QOQ e QOQc com a inclusão de estímulos que variem na dimensão emocional para melhor estabelecer o papel das emoções sobre a memória episódica em contextos de traumas emocionais e situações de violência. Sugere-se também amostra mais ampla com o intuito de se chegar a resultados mais robustos e generalizáveis. Por fim, são recomendáveis delineamentos longitudinais em pesquisas sobre a violência sexual, com replicações de instrumentos a exemplo do QOQ e QOQc com o intuito de avaliar possíveis alterações nas várias esferas da vida das mulheres vítimas que possam ser alteradas pela passagem do tempo desde o trauma.

Por outro lado, o ineditismo desta investigação sinaliza um caminho promissor para a investigação da memória episódica em vítimas de violência sexual, um campo de investigação ainda incipiente nos cenários brasileiro e internacional. Entre os aspectos positivos descortina-se um caminho promissor no campo da pesquisa básica para este tipo de tema. Outros benefícios incluem a possibilidade de desenvolvimentos de estratégias que podem subsidiar novos estudos e propiciar um espaço de voz importante para mulheres vítimas da violência sexual.

Avançar no estudo da violência sexual é relevante porque trata-se de um problema amplo e endêmico invisibilizado pela subnotificação, minorado pelas práticas



culturais, mas que imprime um grande sofrimento às suas vítimas. Um tema que merece a contínua atenção, visando o desenvolvimento de novas tecnologias e políticas públicas eficientes e humanizadas para seu enfrentamento.



Referências

- Abdo, C. H. N., & Fleury, H. J. (2006). Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Archives of Clinical Psychiatry, 33*, 162-167.
- Aggleton, J. P., & Brown, M. W. (1999). Episodic memory, amnesia, and the hippocampal–anterior thalamic axis. *Behavioral and Brain Sciences, 22*(3), 425-444.
- Airaksinen, E., Larsson, M., & Forsell, Y. (2005). Neuropsychological functions in anxiety disorders in population-based samples: Evidence of episodic memory dysfunction. *Journal of Psychiatric Research, 39*(2), 207–214.
doi:10.1016/j.jpsychires.2004.06.
- Airaksinen, E., Wahlin, A., Forsell, Y., & Larsson, M. (2007). Low episodic memory performance as a premorbid marker of depression: Evidence from a 3-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 115*(6), 458–465. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00932.x
- Allen, P. A., Kaut, K. P., & Lord, R. R. (2008). Emotion and episodic memory. *Handbook of Behavioral Neuroscience, 18*, 115-132.
- Alves, D. (2020). *Denúncias de violência contra a mulher cresceram 9%, diz ministra* [Entrevista concedida à Pedro Rafael Vilela]. Agência Brasil.
<https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2020-04/denuncias-de-violencia-contra-mulher-cresceram-9-diz-ministra>
- Amaral, T. L. M., & Monteiro, G. T. R. (2014). Tradução e validação de questionário de função sexual na gravidez (PSFQ). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 36*, 131-13



- Anderson, J. R. (2005). *Aprendizagem e memória: uma abordagem integrada*. LTC.
- Andrade, V. R. P. (2005). A soberania patriarcal: O sistema de justiça criminal no tratamento da violência sexual contra a mulher. *Sequência: Estudos Jurídicos e Políticos*, 26(50), 71-102.
- Andreu, J. M., Peña, M. E., & de La Cruz, M. Á. (2017). Psychometric evaluation of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI) in female survivors of sexual assault. *Women & Health*, 57(4), 463-477.
<https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1153019>
- Antonioli, R., S., & Simões, D. (2010). Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. *Revista Neurociências*, 18(2), 267-274.
doi:<https://doi.org/10.34024/rnc.2010.v18.8489><https://doi.org/10.34024/rnc.2010.v18.8489>
- Anuário Brasileiro de Segurança Pública. (2021). *Dados de violência Sexual contra mulher*. <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/10/anuario-15-completo-v7-251021.pdf>
- Aragão, D. R. N., Turra, V., & Chariglione, I. P. F. S. (2018). Violência sexual contra a mulher: Contribuições das neurociências. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 29(2), 19-27. <https://doi.org/10.35919/rbsh.v29i2.59>
- Associação Americana de Psiquiatria [APA]. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª ed. [DSM-V])*. Artmed.
- Baddeley, A., Anderson, M. C., & Eysenck, M. W. (2011). *Memória*. Artmed.
- Baldwin, A. (2010). Sexual violence and the Holocaust: Reflections on memory and witness testimony. *Holocaust Studies*, 16(3), 112-134.
<https://doi.org/10.1080/17504902.2010.11087264>



- Baigorria, J., Warmling, D., Magno Neves, C., Delzियो, C. R., & Salema Coelho, E. B. (2017). Prevalência e fatores associados da violência sexual contra a mulher: revisão sistemática. *Revista de Salud Pública, 19*, 818-826.
<https://doi.org/10.15446/rsap.V19n6.65499>
- Banwell, S. (2016). Rassenschande, genocide and the reproductive jewish body: Examining the use of rape and sexualized violence against jewish women during the Holocaust? *Journal of Modern Jewish Studies, 15*(2), 208-227.
- Basson, R., Brotto, L. A., Laan, E., Redmond, G., & Utian, W. H. (2005). Assessment and management of women's sexual dysfunctions: Problematic desire and arousal. *Journal Sex Medicine, 2*(3), 291-300. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.20346.x>
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., ... & Schultz, W. W. (2003). Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: |Advocating expansion and revision. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 24*(4), 221-229. <https://doi.org/10.3109/01674820309074686>
- Basson, R., Wierman, M. E., Van Lankveld, J., & Brotto, L. (2010). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *The Journal of Sexual Medicine, 7*(1_Part_2), 314-326.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1985). Beck Anxiety Checklist. *Unpublished Manuscript, University of Pennsylvania.*



- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*(1), 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*(6), 561-571.
doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Berger, W., Mendlowicz, M. V., Souza, W. F., & Figueira, I. (2004). Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 26*(2), 167-175.
<https://doi.org/10.1590/S0101-81082004000200006>
- Bernardino, A. R. (2017). A cultura do estupro: Análise sobre o processo de normalização/naturalização da violência sexual contra a mulher. *Trabalho de Conclusão de Curso, Fundação Educacional do Município de Assis, Brasil*.
<https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqPics/1611401462P686.pdf>
- Bhuptani, P. H., Kaufman, J. S., Messman-Moore, T. L., Gratz, K. L., & DiLillo, D. (2019). Rape disclosure and depression among community women: The mediating roles of shame and experiential avoidance. *Violence Against Women, 25*(10), 1226-1242. doi:10.1177/1077801218811683
- Bhuptani, P. H., & Messman, T. L. (2021). Role of blame and rape-related shame in distress among rape victims. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tra0001132>
- Bianchini, A., Bazzo, M., Chakian, S. (2022). *Crimes contra mulheres* (4ª ed.). JusPodivm.



- Blanchard, C. D., Hynd, A. L., Minke, K. A., Minemoto, T., & Blanchard, R. J. (2001). Human defensive behaviors to threat scenarios show parallels to fear- and anxiety-related defense patterns of non-human mammals. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *25*(7-8), 761–770. doi:10.1016/s0149-7634(01)0
- Bohner, G., Eyssel, F., Pina, A., Siebler, F., & Viki, G. T. (2009). Rape myth acceptance: Cognitive, affective, and behavioural effects of beliefs that blame the victim and exonerate the perpetrator. In M. A. H. Horvath & J. M. Brown (Eds.), *Rape: Challenging contemporary thinking* (pp. 17-45). Cullompton, UK: Willan.
- Borumandnia, N., Khadembashi, N., Tabatabaei, M., & Alavi Majd, H. (2020). The prevalence rate of sexual violence worldwide: A trend analysis. *BMC Public Health*, *20*, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09926-5>
- Bovin, M. J., Jager-Hyman, S., Gold, S. D., Marx, B. P., & Sloan, M. D. (2008). Tonic immobility mediates the influence of peritraumatic fear and perceived inescapability on posttraumatic stress symptom severity among sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, *4*(21), 402-409. <https://doi.org/10.1002/jts.20354>
- Bremner, J. D., Vermetten, E., Afzal, N., & Vythilingam, M. (2004). Deficits in verbal declarative memory function in women with childhood sexual abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *192*(10), 643–649. doi:10.1097/01.nmd.0000142027.52893.c8
- Brewin, C. R. (2014). Episodic memory, perceptual memory, and their interaction: Foundations for a Theory of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Bulletin*, *1*(140), 69-97. doi: 10.1037/a0033722



- Brewin, C. R., & Andrews, B. (1998). Recoverd memories of trauma: Phenomenology and cognitive mechanisms. *Clinical Psychology Review, 18*, 949-970.
- Brewin, C. R., Kleiner, J. S., Vasterling, J. J., & Field, A. P. (2007). Memory for emotionally neutral information in posttraumatic stress disorder: A meta-analytic investigation. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(3), 448–463. doi:10.1037/0021-843x.116.3.448
- Bueno S., Martins, J., Pimentel, A., Lagreca, A., Barros, B., & Lima, R. S. (2021). *Visível e Invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil*.
<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/06/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf>
- Burt, D. B., Zembar, M. J., & Niederehe, G. (1995). Depression and memory impairment: A meta-analysis of the association, its pattern, and specificity. *Psychological Bulletin, 117*(2), 285–305. doi:10.1037/0033-2909.117.2.285.
- Carvalho, T. D. G. D. (2019). *Avaliação psicométrica do Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire (PDEQ) e proposta de um instrumento para avaliação de reações peritraumáticas*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/bitstream/1/4515/1/Tese%20%20Thaiza%20Dutra%20Gomes%20de%20Carvalho%20-%202019%20-%20Completa.pdf> .
- Cerqueira, D., Coelho, D. S. C., & Ferreira, H. (2017). Estupro no Brasil: Vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. *Revista Brasileira de Segurança Pública, 11*(1), 24-48.
- Cheke, L. G. (2016). What–where–when memory and encoding strategies in healthy aging. *Learning & Memory, 23*(3), 121-126.



- Cheke, L. G., & Clayton, N. S. (2013). Do different tests of episodic memory produce consistent results in human adults? *Learning & Memory*, 20(9), 491–498.
<https://doi.org/10.1101/lm.030502.113>
- Clancy, S. A., Schacter, D. L., McNally, R. J., & Pitman, R. K. (2000). False recognition in women reporting recovered memories of sexual abuse. *Psychological Science*, 11(1), 26-31.
- Código Penal. (s.d.). Casa Civil da Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm
- Cohen, D. K. (2013). Explaining rape during civil war: Cross-national evidence (1980–2009). *American Political Science Review*, 107(3), 461-477.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd Ed.). Routledge.
- Contreras, J. M., Bott, S., Guedes, A., & Dartnall, E. (2010). *Violência sexual na América Latina e no Caribe: Uma análise de dados secundários*.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_sexual_americalatina_cari-be.pdf
- Costa, S. D. S. (2010). *Depressão e memória autobiográfica em adultos*. Dissertação de mestrado, Departamento de Psicologia e Educação Universidade da Beira Interior. <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2520/3/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Final.pdf>
- Costa, C. O. D., Branco, J. C., Vieira, I. S., Souza, L. D. D. M., & Silva, R. A. D. (2019). Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68, 92-100.



- Crane, C., Barnhofer, T., & Williams, J. M. G. (2007). Cue self-relevance affects autobiographical memory specificity in individuals with a history of major depression. *Memory, 15*(3), 312-323.
<https://doi.org/10.1080/09658210701256530>
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. Casa do Psicólogo.
- Dartnall, E., & Jewkes, R. (2013). Sexual violence against women: The scope of the problem. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 27*(1), 3-13.
- Dawtry, R. J., Cozzolino, P. J., & Callan, M. J. (2019). I blame therefore it was: Rape myth acceptance, victim blaming, and memory reconstruction. *Personality and Social Psychology Bulletin, 45*(8), 1269-1282
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., ... & Watts, C. H. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: A systematic review of longitudinal studies. *PLoS Medicine, 10*(5), e1001439. doi:10.1371/journal.pmed.1001439
- Domino, J. J., Whiteman, S. E., Weathers, F. W., Blevins, C. T., & Davis, M. T. (2020). Predicting PTSD and depression following sexual assault: The role of perceived life threat, post-traumatic cognitions, victim-perpetrator relationship, and social support. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 29*(6), 680-698. doi: 10.1080/10926771.2019.1710634
- Dussich, J. P. (2001). Decisions not to report sexual assault: A comparative study among women living in Japan who are Japanese, Korean, Chinese, and English-



- speaking. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45(3), 278-301. <https://doi.org/10.1177/0306624X01453002>
- Easton, A., & Eacott, M. J. (2008). A new working definition of episodic memory: Replacing “when” with “which”. *Handbook of Behavioral Neuroscience*, 18, 185-196.
- Emygdio, N. B., Fuso, S. F., Mozzambani, A. C. F., Acedo, N. A., Rodrigues, C. C., & Mello, M. F. D. (2019). Efeitos do transtorno de estresse pós-traumático na memória. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39.1-13. https://doi.org/10.1590/1982-3703003174817__
- Facuri, C. D. O., Fernandes, A. M. D. S., Oliveira, K. D., Andrade, T. D. S., & Azevedo, R. C. S. D. (2013). Violência sexual: Estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(5), 889-898. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500008>
- Ferreira, D. G., Bortoli, M. C. D., Peixe-Machado, P., Saggese, G. S. R., & Veras, M. A. (2023). Violência sexual contra homens no Brasil: Subnotificação, prevalência e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 57, 23. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004523>
- Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística utilizando o SPSS* (2ª ed.). Artmed.
- Fizman, A., Mendlowicz, M. V., Marques-Portella, C., Volchan, E., Coutinho, E. S., Souza, W. F., ... & Figueira, I. (2008). Peritraumatic tonic immobility predicts a poor response to pharmacological treatment in victims of urban violence with PTSD. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 193-197. [doi:10.1016/j.jad.2007.07.015](https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.07.015)



- Fleury, H. J., & Abdo, C. H. N. (2012). Tratamento psicoterápico para disfunção sexual feminina. *Diagnóstico e Tratamento*, 17(3), 133-137.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303–314. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.303>
- Forest, M., & Blanchette, I. (2018). Memory for neutral, emotional and trauma-related information in sexual abuse survivors. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), Article 1476439. doi: 10.1080/20008198.2018.1476439
- Forsyth, J. P., Marx, B., Fusé, T. M. K., Heidt, J., & Gallup Jr., G. G. (2000). *The tonic immobility scale*. Authors.
- Frank, E., Turner, S. M., & Duffy, B. (1979). Depressive symptoms in rape victims. *Journal of Affective Disorders*, 1(4), 269-277. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/162488/>
- Freitas, M. L., & Farinelli, C. A. (2016). As consequências psicossociais da violência sexual. *Revista em Pauta*, 37(4), 270-295. doi: <https://doi.org/10.12957/rep.2016.25400>
- Fusé, T., Forsyth, J. P., Marx, B., Gallup, G. G., & Weaver, S. (2007). Factor structure of the Tonic Immobility Scale in female sexual assault survivors: An exploratory and confirmatory factor analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 265–283. doi:10.1016/j.janxdis.2006.05.004
- Gazzaniga, M., Heatherton, T., & Halpern, D. (2017). *Ciência psicológica* (5ª ed.). Artmed.



- Gomes-Oliveira, M. H., Gorenstein, C., Neto, F. L., Andrade, L.H., & Wang, Y. P. (2012). Validation of the brazilian portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, 389-394. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>
- Gorenstein, C., & Andrade, L. H. S. G. (1998). Inventário de depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 245-50.
- Graf, P., & Schacter, D. L. (1985). Implicit and explicit memory for new associations in normal and amnesic subjects. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 2(3), 501-518. <https://doi.org/10.1037/0278-7393.11.3.501>
- Grey, D. J., & Toledo, E. T. (2022). Histórias de violência sexual na América Latina dos séculos XIX e XX: Uma introdução. *História Crítica*, 86, 3-16.
- Griffith, J. W., Sumner, J. A., Debeer, E., Raes, F., Hermans, D., Mineka, S., ... & Craske, M. G. (2009). An item response theory/confirmatory factor analysis of the Autobiographical Memory Test. *Memory*, 17(6), 609-623.
- Halperin, D. M. (1989). Is there a history of sexuality?. *History and Theory*, 28(3), 257-274.
- Hayne, H., & Imuta, K. (2011). Episodic memory in 3-and 4-year-old children. *Developmental Psychobiology*, 53(3), 317-322. <https://doi.org/10.1002/dev.20527>
- Heidt, J. M., Marx, B. P., & Forsyth, J. P. (2005). Tonic immobility and childhood sexual abuse: A preliminary report evaluating the sequela of rape-induced paralysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9), 1157-1171. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.005>



- Hentschel, H., Alberton, D. L., Capp, E., Goldim, J. R., & Passos, E. P. (2007). Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em português. *Clinical and Biomedical Research*, 27(1).
<https://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/471>
- History Channel Brasil (2020, 10 de novembro). *O estupro ao redor do mundo: Como são as leis em diversos países*. <https://history.uol.com.br/historia-geral/o-estupro-ao-redor-do-mundo-como-sao-leis-em-diversos-paises>
- Hite, S. (1979) *O Relatório Hite: Um profundo estudo sobre a sexualidade feminina* (4ª ed.). Difel.
- Holland, S. M., & Smulders, T. V. (2011). Do humans use episodic memory to solve a What-Where-When memory task? *Animal Cognition*, 14, 95-102. doi 10.1007/s10071-010-0346-5.
- Huguet, P. R., Morais, S. S., Osis, M. J. D., Pinto-Neto, A. M., & Gurgel, M. S. C. (2009). Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31, 61-67.
- Ingemann-Hansen, O., & Charles, A. V. (2013). Forensic medical examination of adolescent and adult victims of sexual violence. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(1), 91-102.
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.08.014>
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA]. (2018). *Atlas da Violência*.
https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf



- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA]. (2021). *Atlas da Violência*.
<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf>
- Isaac, C. L., Cushway, D., & Jones, G. V. (2006). Is posttraumatic stress disorder associated with specific deficits in episodic memory? *Clinical Psychology Review*, 26(8), 939-955. doi:10.1016/j.cpr.2005.12.004
- Izquierdo, I. (2018). *Memória* (3ª ed.). Artmed.
- James, T. A., Weiss-Cowie, S., Hopton, Z., Verhaeghen, P., Dotson, V. M., & Duarte, A. (2021). Depression and episodic memory across the adult lifespan: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 147(11), 1184. doi: 10.1037/bul0000344.
- Janczura, G. A. (2018). Emoção e memória. In R. B. Saraiva, & G. M. Castilho. (Orgs.). *Psicologia do Testemunho Ocular: Aplicações no Contexto Forense e Criminal* (1ª ed., pp. 41-62). Juruá Editora.
- Jenkins, M. A., Langlais, P. J., Delis, D., & Cohen, R. (1998). Learning and memory in rape victims with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(2), 278–279. doi:10.1176/ajp.155.2.278
- Kalaf, J. (2016). *Imobilidade tônica: Estudo numa amostra representativa da população geral*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. <http://objdig.ufrj.br/52/teses/840017.pdf>
- Kaplan, H. S. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 3(1), 3-9.
- Kinsey, A., Pomeroy, W. Martin, C., & Gebhard, P. (1954) *A Conduta sexual da mulher*. Atheneu.



- Kitharidis, S. (2015). Rape as a weapon of war: Combating sexual violence and impunity in the Democratic Republic of the Congo, and the way forward. *African Human Rights Law Journal*, 15(2), 449-472. <http://dx.doi.org/10.17159/1996-2096/2015/v15n2a11>
- Krindges, C. A., Macedo, D. M., & Habigzang, L. F. (2016). Abuso sexual na infância e suas repercussões na satisfação sexual na idade adulta de mulheres vítimas. *Contextos Clínicos*, 1(9), 60-71. doi: 10.4013/ctc.2016.91.05
- Kozina, S., Vlastelica, M., Borovac, J. A., Mastelić, T., Marković, D., & Lončar, M. (2019). Violence without a face: The analysis of testimonies of women who were sexually assaulted during the war in Croatia and Bosnia and Herzegovina. *Psychiatria Danubina*, 31(4), 440-0. <https://doi.org/10.24869/psyd.2019.440>
- Latorre, G. F. S., Bilck, P. A., Cardoso, F. L., & Sperandio, F. F. (2013). Validade e confiabilidade de uma versão on-line do Female Sexual Function Index por teste e reteste. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*, 35(10), 469-74. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013001000008>
- Ligue 180: Central de Atendimento à Mulher. (2019). *Balanço 2019*. Governo Federal.
- Lima, E. D. P., Vasconcelos, A. G., Berger, W., Kristensen, C. H., Nascimento, E. D., Figueira, I., & Mendlowicz, M. V. (2016). Cross-cultural adaptation of the posttraumatic stress disorder checklist 5 (PCL-5) and life events checklist 5 (LEC-5) for the brazilian context. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 38, 207-215. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0074>.
- Lindert, J., Paul, K. C., Lachman, M. E., Ritz, B., & Seeman, T. E. (2021). Depression-, anxiety, and anger and cognitive functions: Findings from a longitudinal prospective study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 665742.



- Maia, C. G. M. (2020). Violação do princípio da proteção integral: O estupro de vulnerável no âmbito familiar. *Revista de Filosofia do Direito, do Estado e da Sociedade (FIDES)*, 11(1), 440-451
- Mangolini, V. I., Andrade, L. H., & Wang, Y. P. (2019). Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil: Uma revisão de literatura. *Revista de Medicina*, 98(6), 415-422. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v98i6p415-422>
- Marques, N. M. (2015). *Fatores Clínicos e de risco associados ao desempenho cognitivo em crianças vítimas de abuso sexual*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47135/tde-25092015-105920/>
- Masters, W., & Johnson, V. (1966). *Human Sexual Response*. Little Brown.
- Mazurek, A., Bhoopathy, R. M., Read, J. C., Gallagher, P., & Smulders, T. V. (2015). Effects of age on a real-world What-Where-When memory task. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 7, Article 74. doi: 10.3389/fnagi.2015.00074
- Millon, E. M., Chang, H. Y. M., & Shors, T. J. (2018). Stressful life memories relate to ruminative thoughts in women with sexual violence history, irrespective of PTSD. *Frontiers in Psychiatry*, 9, Article 311. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00311>
- Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos [MMFDH]. (2019) *Balço anual 2019, Central de Atendimento à mulher*. MMFDH.
- Ministério da Saúde [MS]. (2020). *Protocolo de manejo clínico da COVID-19 na atenção especializada*.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf.



- Moore, S. A. (2009). Cognitive abnormalities in posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(1), 19-24. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328314e3bb
- Mumby, D. G., Gaskin, S., Glenn, M. J., Schramek, T. E., & Lehmann, H. (2002). Hippocampal damage and exploratory preferences in rats: Memory for objects, places, and contexts. *Learning & Memory*, 9(2), 49-57.
- Munroe, E., Nosach, A., Pedrozo, M., Guarnieri, E., Riaño, J. F., Tur-Prats, A., & Caicedo, F. V. (2023). The legacies of war for Ukraine. *Economic Policy*, eiad001. <https://doi.org/10.1093/epolic/eiad001>
- Mysorekar, S. (2019, 01 de agosto). *Homosexuality is not a disease*. <https://www.dandc.eu/en/article/world-health-organization-considers-homosexuality-normal-behaviour>
- Nações Unidas Brasil. (2021). *OMS: Uma em cada 3 mulheres em todo o mundo sobre violência*. <https://brasil.un.org/pt-br/115652-oms-uma-em-cada-3-mulheres-em-todo-o-mundo-sofre-violencia>
- Nunes, M. C. A., Lima, R. F. F., & Morais, N. A. D. (2017). Violência sexual contra mulheres: Um estudo comparativo entre vítimas adolescentes e adultas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37, 956-969. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003652016>
- Ochab, E. U. (2021, 14 de Junho). *The other pandemic: Rape and sexual violence in war*. Forbes. <https://www.forbes.com/sites/ewelinaochab/2021/06/14/the-other-pandemic-rape-and-sexual-violence-in-war/?sh=160dc49f3040>
- Office the Special Representative of the Secretary-General on Sexual Violence Conflict [OSRSG-SVC]. (2022). *Ukraine: UN High Level Officials urge the swift investigation of sexual violence allegations and call for strengthened measures to protect women and girls*. <https://www.stoprapenow.org/wp->



content/uploads/2022/04/20220407-Joint-Statement-Ukraine-OSRSG-SVC-UN-WOMEN.pdf

- Oliveira, B. A., & Júnior, J. B. L. (2019). O estupro como estratégia de guerra em conflitos armados: A experiência do Tribunal Penal Internacional para a antiga Iugoslávia nos casos de violência de gênero: *Brazilian Journal of International Relations*, 8(1), 97-116.
- Oliveira, K. V. B. (2019). A subnotificação enquanto característica marcante do estupro no contexto brasileiro. *Revista de Filosofia do Direito, do Estado e da Sociedade (FIDES)*, 10(2), 304-317.
- ONU Mulheres. (2020). *Prevenção da violência contra mulheres diante da COVID-19 na América Latina e no Caribe*. <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/05/BRIEF-PORTUGUES.pdf>
- Organização das Nações Unidas [ONU]. (2014). *Sexual violence: A tool of war*. Background note. Recuperado de: un.org/preventgenocide/rwanda
- Organização das Nações Unidas [ONU]. (2021). *Conflict-Related sexual Violence. Report of the United Nations Secretary-General*. Recuperado de: <https://www.stoprapenow.org/wp-content/uploads/2022/04/2021-Annual-Report-of-the-Secretary-General-on-CRSV.pdf>
- Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. (2021). *Devastadoramente generalizada: 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência*. <https://www.paho.org/pt/noticias/9-3-2021-devastadoramente-generalizada-1-em-cada-3-mulheres-em-todo-mundo-sofre-violencia>
- O'Donohue, W.T., Schewe, P.A. (2019) *Handbook of Sexual Assault and Sexual Assault Prevention*. Springer, Cham.



- Pacagnella, R. D. C., Martinez, E. Z., & Vieira, E. M. (2009). Construct validity of a Portuguese version of the Female Sexual Function Index. *Cadernos de Saúde Pública*, *25*, 2333-2344. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100004>
- Paula, G. G., & Santos, A. J. (2023). Memória e Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT): Narrar estórias e ressignificar a história autobiográfica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, *25*, 690-713.
- Pause, B. M., Zlomuzica, A., Kinugawa, K., Mariani, J., Pietrwsky, R., & Dere, E. (2013). Perspectives on episodic-like and episodic memory. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *7*, Article 33. doi: 10.3389/fnbeh.2013.00033
- Peace, K. A., Porter, S., & Brinke, L. T. (2008). Are memories for sexually traumatic events “special”? A within-subjects investigation of trauma and memory in a clinical sample. *Memory*, *16*(1), 10-21.
- Peres, M. C. C., Soares, S. F., & Dias, M. C. (2018). *Dossiê sobre Lesbocídio no Brasil: de 2014 até 2017*. Livros Ilimitados.
- Payne, D. L., Lonsway, K. A., & Fitzgerald, L. F. (1999). Rape myth acceptance: Exploration of its structure and its measurement using the Illinois Rape Myth Acceptance Scale. *Journal of Research in Personality*, *33*(1), 27–68.
doi:10.1006/jrpe.1998.2238
- Perilloux, C., Duntley, J. D., & Buss, D. M. (2012). The costs of rape. *Archives of Sexual Behavior*, *41*, 1099-1106. doi10.1007/s10508-011-9863-9
- Plancher, G., Gyselinck, V., Nicolas, S., & Piolino, P. (2010). Age effect on components of episodic memory and feature binding: A virtual reality study. *Neuropsychology*, *24*(3), 379-390. doi: 10.1037/a0018680



- Platt, V. B., Back, I. D. C., Hauschild, D. B., & Guedert, J. M. (2018). Violência sexual contra crianças: Autores, vítimas e consequências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1019-1031.
- Porter, S., & Birt, A. R. (2001). Is traumatic memory special? A comparison of traumatic memory characteristics with memory for other emotional life experiences. *Applied Cognitive Psychology: The Official Journal of the Society for Applied Research in Memory and Cognition*, 15(7), S101-S117.
- Raj, A., & McDougal, L. (2014). Sexual violence and rape in India. *Lancet*, 383(9920), 865.
- Reichenheim, M., Souza, W., Coutinho, E. S. F., Figueira, I., Quintana, M. I., Mello, M. F., ... & Andreoli, S. B. (2014). Structural validity of the tonic immobility scale in a population exposed to trauma: Evidence from two large Brazilian samples. *PLoSOne*, 9(4), e94367. doi:10.1371/journal.pone.0094367.
- Rigoli, M. M., Silva, G. R., Oliveira, F. R. D., Pergher, G. K., & Kristensen, C. H. (2016). The role of memory in posttraumatic stress disorder: Implications for clinical practice. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 38(3), 119-127. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0063>
- Rocha-Rego, V., Fiszman, A., Portugal, L. C., Pereira, M. G., de Oliveira, L., Mendlowicz, M. V., ... & Volchan, E. (2009). Is tonic immobility the core sign among conventional peritraumatic signs and symptoms listed for PTSD? *Journal of Affective Disorders*, 115(1-2), 269-273. doi:10.1016/j.jad.2008.09.005
- Rodrigues, G. S., & Jaeger, A. (2018). O uso de tarefas experimentais para o estudo da memória episódica. *Ciências & Cognição*, 23(1), 80-90.



- Rohden, F. (2009). Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. *Revista Estudos Feministas*, 17(01), 89-109.
- Romero, N., Sanchez, A., & Vazquez, C. (2014). Memory biases in remitted depression: The role of negative cognitions at explicit and automatic processing levels. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), 128-135.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.09.008>
- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208.
<https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Rugg, M. D., & Vilberg, K. L. (2013). Brain networks underlying episodic memory retrieval. *Current Opinion in Neurobiology*, 23(2), 255-260.
- Russell, J., Cheke, L. G., Clayton, N. S., & Meltzoff, A. N. (2011). What can What–When–Where (WWW) binding tasks tell us about young children's episodic foresight? Theory and two experiments. *Cognitive Development*, 26(4), 356-370.
[doi:10.1016/j.cogdev.2011.09.002](https://doi.org/10.1016/j.cogdev.2011.09.002)
- Saive, A. L., Ravel, N., Thévenet, M., Royet, J. P., & Plailly, J. (2013). A novel experimental approach to episodic memory in humans based on the privileged access of odors to memories. *Journal of Neuroscience Methods*, 213(1), 22-31.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jneumeth.2012.11.010>
- Salter, M., & Blizard, R. (2022). False memories and the science of credibility: Who gets to be heard? *Journal of Trauma & Dissociation*, 23(2), 141-147.



- Sarti, C. A., Barbosa, R. M., & Suarez, M. M. (2006). Violência e gênero: Vítimas demarcadas. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, *16*, 167-183.
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312006000200003>
- Sbardelloto, G., Schaefer, L. S., Justo, A. R., Lobo, B. D. O. M., & Kristensen, C. H. (2013). Adaptação e validação de conteúdo da versão brasileira do Posttraumatic Cognitions Inventory. *Revista de Saúde Pública*, *47*, 326-334. doi:10.1590/S0034-8910.2013047003474
- Scarpati, A. S., Geurra, V. M., & Duarte, C. N. B. (2014). Adaptação da escala de aceitação dos mitos de estupro: Evidências de validade. *Avaliação Psicológica*, *13*(1), 57-65. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v13n1/v13n1a08.pdf>
- Schnittker, J. (2019). Sexual violence and major depression among women: Evidence for reciprocal relationships. *Social Currents*, *6*(6), 575-589. doi: 10.1177/2329496519857095
- Seidman, S. (2015). *The social construction of sexuality* (3rd ed.). W. W. Norton.
- Sena, T. (2007). *Os relatórios Kinsey, Masters & Johnson, Hite: As sexualidades estatísticas em uma perspectiva das ciências humanas*. Tese de Doutorado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina.
<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/90788>
- Shen, F. X. (2013). Rape, money, and the psychology of taboo. *Journal of Applied Social Psychology*, *43*(5), 1015-1028.
- Shin, K. M., Chang, H. Y., Cho, S. M., Kim, N. H., Kim, K. A., & Chung, Y. K. (2015). Avoidance symptoms and delayed verbal memory are associated with post-



- traumatic stress symptoms in female victims of sexual violence. *Journal of Affective Disorders*, 184, 145-148.
- Shobe, K. K., & Kihlstorm, J. F. (1997). Is traumatic memory special? *Current Directions in Psychological Science*, 6(3), 70-74.
- Shuhama, R., Rondinoni, C., Araujo, D. B., Freitas Caetano, G., Santos, A. C., Graeff, F. G., & Del-Ben, C. M. (2016). Behavioral and neuroimaging responses induced by mental imagery of threatening scenarios. *Behavioural Brain Research*, 313, 358-369. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2016.06.059>
- Silva, J. S. C. (2016). *Efeito da idade na memória episódica: uma análise através dos paradigmas "Que-Onde-Quando" e "Que- Onde- Qual Contexto"*. Dissertação de Mestrado, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA) - Programa de Pós Graduação em Neurociências Cognitiva e Comportamento Universidade Federal da Paraíba.
https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/8654?locale=pt_BR
- Sinnreich, H. (2008). 'And it was something we didn't talk about': Rape of jewish women during the Holocaust. *Holocaust Studies*, 14(2), 1-22.
- Söderlund, H., Moscovitch, M., Kumar, N., Daskalakis, Z. J., Flint, A., Herrmann, N., & Levine, B. (2014). Autobiographical episodic memory in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 51-60. doi:10.1037/a0035610
- Sousa, R. F. (2017). Cultura do estupro: Prática e incitação à violência sexual contra mulheres. *Revista Estudos Feministas*, 25(1), 9-29. <httpx://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n1p9>



- Souza, F. B. C., Drezett, J., Meirelles, A. C., & Ramos, D. G. (2012). Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. *Reprodução & Climatério*, 27(3), 98-103. Doi.org/10.1016/j.recli.2013.03.002.
- Squire, L. R. (1992). Declarative and nondeclarative memory: Multiple brain systems supporting learning and memory. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 4(3), 232-243. <https://doi.org/10.1162/jocn.1992.4.3.232>
- Stallone, K. (2022). Strategic submission to rape is not consent: sexual violence in the Colombian armed conflict. *Violence Against Women*, 28(14), 3482-3504.
- Stefanini, J. R., Braga, T. B. M., Sousa, J. M., & Farinha, M. G. (2021). Mulheres que vivenciaram violência por parceiro íntimo: Sofrimentos e superações. *Perspectivas em Psicologia*, 25(2), 194-218,
- Sternberg, R. J. (2010). *Psicologia Cognitiva* (5ª ed.). Cenage Learning.
- Sumner, J. A., Griffith, J. W., & Mineka, S. (2010). Overgeneral autobiographical memory as a predictor of the course of depression: A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 48(7), 614-625. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.013>Get rights and content
- Thiel, R. D. R. C., Dambros, M., Palma, P. C. R., Thiel, M., Riccetto, C. L. Z., & Ramos, M. D. F. (2008). Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30, 504-510. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032008001000005>
- Thompson, M. P., Sims, L., Kingree, J. B., & Windle, M. (2008). Longitudinal associations between problem alcohol use and violent victimization in a national sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 42(1), 21-27.
- Thornhill, R., & Palmer, C. T. (2000). Why men rape. *Sciences*, 40(1), 30-36.



- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*, *23*(2), 453-476.
doi:10.1017/S0954579411000174
- Tromp, S., Koss, M. P., Figueredo, A. J., & Tharan, M. (1995). Are rape memories different? A comparison of rape, other unpleasant, and pleasant memories among employed women. *Journal of Traumatic Stress*, *8*(4), 607-627.
- Tulving E. (1972). Episodic and semantic memory. In E. Tulving, & W. Donaldson (Eds.), *Organization of Memory* (pp. 381-403). Academic Press.
- Tulving, E. (2002). Episodic memory: From mind to brain. *Annual Review of Psychology*, *53*(1), 1-25. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135114>
- Van Berlo, W., & Ensink, B. (2000). Problems with sexuality after sexual assault. *Annual Review of Sex Research*, *11*(1), 235-257.
- Vance, C. S. (1991). Anthropology rediscovers sexuality: A theoretical comment. *Social Science & Medicine*, *33*(8), 875-884.
- Vargha-Khadem, F., Gadian, D.G., Watkins, K.E., Connelly, A., Paesschen, W.V., & Mishkin, M. (1997) Differential effects of early hippocampal pathology on episodic and semantic memory. *Science*, *277*: 376–380.
- Vechiu, C. (2019). The impact of sexual assault on sexual function: Strategies for treatment and prevention. In: O'Donohue, W.T., Schewe, P.A. (Eds), *Handbook of Sexual Assault and Sexual Assault Prevention* (pp. 353-368). Springer, Cham.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-23645-8_20



- Viola, T. W., Schiavon, B. K., Renner, A. M., & Grassi-Oliveira, R. (2011). Trauma complexo e suas implicações diagnósticas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(1), 55- 62.
- Volchan, E., Souza, G. G., Franklin, C. M., Norte, C. E., Rocha-Rego, V., Oliveira, J. M., & Figueira, I. (2011). Is there tonic immobility in humans? Biological evidence from victims of traumatic stress. *Biological Psychology*, 88(1), 13–19.
doi:10.1016/j.biopsycho.2011.06.002
- Walsh, K., Galea, S., & Koenen, K. C. (2012). Mechanisms underlying sexual violence exposure and psychosocial sequelae: A theoretical and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(3), 260–275.
<https://doi.org/10.1111/cpsp.12004>
- Warren, Z., & Haslam, C. (2007). Overgeneral memory for public and autobiographical events in depression and schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12(4), 301-321. <https://doi.org/10.1080/13546800601066142>
- Wang, Y. P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: A comprehensive review. *Brazilian Journal Psychiatry*, 35(4), 416-31. doi: 10.1590/1516-4446-2012-1048
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993, October). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. In *Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX*.
- Weaver, T. L. (2009). Impact of rape on female sexuality: Review of selected literature. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52(4), 702–711.
doi:10.1097/grf.0b013e3181bf4bfb



- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, *133*(1), 122–148. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.122>
- Wilson, L. C., Newins, A. R., & White, S. W. (2018). The impact of rape acknowledgment on survivor outcomes: The moderating effects of rape myth acceptance. *Journal of Clinical Psychology*, *74*(6), 926-939. doi: 10.1002/jclp.22556
- Wisco, B. E., & Nolen-Hoeksema, S. (2009). The interaction of mood and rumination in depression: Effects on mood maintenance and mood-congruent autobiographical memory. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *27*, 144-159. <https://doi.org/10.1007/s10942-009-0096-y>
- Wittekind, C. E., Terfehr, K., Otte, C., Jelinek, L., Hinkelmann, K., & Moritz, S. (2014). Mood-congruent memory in depression—The influence of personal relevance and emotional context. *Psychiatry Research*, *215*(3), 606-613. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.11.027>
- World Health Organization [WHO/OMS]. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.*—http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization [WHO/OMS]. (2021). *Violence against women.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>



Zoellner, L. A., Sheikh, I. S., Walker, R. W., Rosencrans, P., Garcia, N. M., Marks, E. H., ... & Bedard-Gilligan, M. A. (2019). Sexual Assault and Memory. In W. T. O'Donohue, & P. A. Schewe (Eds.), *Handbook of Sexual Assault and Sexual Assault Prevention* (pp. 337-352). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-23645-8_20



ANEXOS

Anexo 1

ABEP

Modelo de Questionário sugerido para aplicação

P.XX Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					
A água utilizada neste domicílio é proveniente de?					
1	Rede geral de distribuição				
2	Poço ou nascente				
3	Outro meio				

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho



Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II Incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio Incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo



Anexo 2

Índice do Funcionamento Sexual Feminino (Female Sexual Function Index/ (FSFI)

INSTRUÇÕES

Este teste pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo. Para responder as questões use as seguintes definições: Atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta” / “siririca”) 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, autoestimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos).

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA

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. Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação (sentir-se molhada/ “vagina molhada” / “tesão vaginal”), ou contrações musculares.

PERGUNTAS

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



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

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

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.
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.

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

0. Sem atividade sexual.
1. Muito alto.
2. Alto.
3. Moderado.
4. Baixo.
5. 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.
1. Segurança muito alta.



2. Segurança alta.
3. Segurança moderada.
4. Segurança baixa.
5. 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.
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.

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?

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. 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?

1. Sem atividade sexual.
2. Extremamente difícil ou impossível.



3. Muito difícil.
4. Difícil.
5. Ligeiramente difícil.
6. 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?

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. 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?

1. Sem atividade sexual.
2. Extremamente difícil ou impossível.
3. Muito difícil.
4. Difícil.
5. Ligeiramente difícil.
6. Nada difícil.

11. Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?

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



12. Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo “(clímax / “gozou”)”?

1. Sem atividade sexual.
2. Extremamente difícil ou impossível.
3. Muito difícil.
4. Difícil.
5. Ligeiramente difícil.
6. Nada difícil.

13. Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante atividade ou ato sexual?

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

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

1. Sem atividade sexual.
2. Muito satisfeita.
3. Moderadamente satisfeita.
4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.
5. Moderadamente insatisfeita.
6. Muito insatisfeita.

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

1. Sem atividade sexual.
2. Muito satisfeita.



3. Moderadamente satisfeita.
4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.
5. Moderadamente insatisfeita.
6. Muito insatisfeita.

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

1. Sem atividade sexual.
2. Muito satisfeita.
3. Moderadamente satisfeita.
4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.
5. Moderadamente insatisfeita.
6. Muito insatisfeita.

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

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

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

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



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

1. Sem atividade sexual.
2. Muito alto.
3. Alto.
4. Moderado.
5. Baixo.
6. Muito baixo ou absolutamente nenhum.



Anexo 3

Escala de Imobilidade Tônica (TIS - Tonic Immobility Scale)

Instruções: Para cada item, marque um número de 0 a 6 para mostrar o quanto estas reações ocorreram com você durante ou imediatamente após aquele evento que você citou.

1. Marque o quanto você se sentiu congelado(a) ou paralisado(a).

Não me senti paralisado(a) ou congelado(a) 0 1 2 3 4 5 6 Senti-me totalmente paralisado(a) ou congelado(a)

2. Marque o quanto você se sentiu incapaz de se mexer mesmo que ninguém estivesse lhe prendendo.

Senti-me capaz de me mexer 0 1 2 3 4 5 6 Senti vontade de me mexer, mas fiquei "travado(a)"

3. Marque o quanto seu corpo ficou tremendo ou sacudindo.

Fiquei tremendo ou sacudindo extremamente 0 1 2 3 4 5 6 Não fiquei tremendo ou sacudindo

4. Marque o quanto você se sentiu incapaz de gritar mesmo tendo vontade.

Senti-me capaz de gritar 0 1 2 3 4 5 6 Senti vontade de gritar, mas fiquei "travado(a)"

5. Marque o quanto você consegue se lembrar dos detalhes dos últimos 5 minutos.

Lembro-me de tudo 0 1 2 3 4 5 6 Não me lembro de nada

6. Marque o quanto você sentiu seu corpo anestesiado ou sem dor.

Não senti o corpo anestesiado 0 1 2 3 4 5 6 Senti o corpo extremamente anestesiado

7. Marque o quanto você sentiu frio.

Não senti frio algum 0 1 2 3 4 5 6 Senti frio extremo



8. Marque o quanto você sentiu medo ou pânico.

Senti medo extremo **0** **1** **2** **3** **4** **5** **6** Fiquei totalmente calmo(a)

9. Marque o quanto você achou que ia morrer.

Não achei que ia morrer **0** **1** **2** **3** **4** **5** **6** Tive certeza absoluta de que ia morrer

10. Marque o quanto você se sentiu incapaz de escapar mesmo tendo vontade.

Senti-me capaz de escapar **0** **1** **2** **3** **4** **5** **6** Senti vontade de escapar, mas fiquei "travado(a)"

11. Marque o quanto você se sentiu desligado de si mesmo (por exemplo, sensação de sair do corpo).

Não me senti desligado de mim mesmo(a) **0** **1** **2** **3** **4** **5** **6** Senti-me extremamente desligado de mim mesmo(a)

12. Marque o quanto você se sentiu distante da situação (por exemplo, sensação de ir para outro lugar).

Não me senti distante da situação **0** **1** **2** **3** **4** **5** **6** Senti-me extremamente distante da situação



Anexo 4

LEC-5

A lista a seguir apresenta uma série de eventos difíceis ou traumatizantes que podem acontecer com as pessoas. Para cada evento marque uma ou mais opções para indicar se: (a) o evento aconteceu diretamente com você; (1) você presenciou o evento acontecer com outra pessoa; (2) você ficou sabendo que o evento aconteceu com um membro próximo da sua família ou um amigo próximo; (3) você foi exposto ao evento como parte do seu trabalho (por exemplo, paramédico, policial, militar ou outro tipo de socorrista); (4) você não tem certeza se o evento se encaixa nas opções anteriores; ou (5) não se aplica a você.

Certifique-se de considerar a sua vida inteira (desde a infância até a idade adulta) ao responder a lista de eventos.

Evento	Aconteceu comigo	Presenciei	Fiquei sabendo	Parte do meu trabalho	Não tenho certeza	Não se aplica
1. Desastre natural (por exemplo, enchente, deslizamento de terra, desabamento).	0	1	2	3	4	5
2. Incêndio ou explosão.	0	1	2	3	4	5
3. Acidente com meio de transporte (por exemplo, acidente de carro, barco, trem, avião).	0	1	2	3	4	5
4. Acidente grave no trabalho, em casa ou durante uma atividade de lazer.	0	1	2	3	4	5
5. Exposição à substância tóxica (por exemplo, produtos químicos perigosos, radiação).	0	1	2	3	4	5
6. Agressão física (por exemplo, ser atacado fisicamente, apanhar, levar tapas, ser chutado, ser espancado).	0	1	2	3	4	5
7. Agressão com arma (por exemplo, levar um tiro, ser esfaqueado, ser ameaçado com faca, arma de fogo ou bomba).	0	1	2	3	4	5
8. Agressão sexual (estupro, tentativa de estupro, ser obrigado a fazer qualquer tipo de ato sexual à força ou sob ameaça de agressão).	0	1	2	3	4	5
9. Outras experiências sexuais indesejadas ou não consentidas.	0	1	2	3	4	5
10. Combate ou exposição a uma área de guerra ou de conflitos urbanos violentos (como militar ou como civil).	0	1	2	3	4	5
11. Ser mantido em cativeiro (por exemplo, ser raptado, sequestrado, ser mantido como refém ou prisioneiro de guerra).	0	1	2	3	4	5
12. Doença, ferimento ou lesão com risco de morte.	0	1	2	3	4	5
13. Experiência de sofrimento físico grave ou intenso.	0	1	2	3	4	5
14. Morte violenta inesperada (por exemplo, homicídio, suicídio).	0	1	2	3	4	5
15. Morte acidental inesperada.	0	1	2	3	4	5
16. Lesão grave, ferimento ou morte que você causou a alguém.	0	1	2	3	4	5
17. Qualquer outro evento ou experiência muito traumatizante.	0	1	2	3	4	5



PARTE 2:

A. Se você marcou a questão 17 da PARTE 1, cite brevemente o evento em que você estava pensando:

B. Se você vivenciou mais de um dentre os eventos listados na PARTE 1, pense sobre aquele que você considera o pior evento, ou seja, o evento que mais lhe incomoda atualmente. Se você vivenciou apenas um dos eventos descritos na PARTE 1, considere-o como sendo o pior evento. Por favor, responda às perguntas a seguir pensando no pior evento que você já vivenciou (marque todas as opções que se aplicam):

1. Descreva resumidamente o pior evento (por exemplo, o que aconteceu, quem estava envolvido, etc)

2. Há quanto tempo o evento aconteceu? _____ (Por favor, calcule o tempo aproximado se você não tiver certeza)

3. Como você vivenciou o evento?

- a) *Aconteceu diretamente comigo*
- b) *Eu presenciei o evento*
- c) *Eu fiquei sabendo que este evento aconteceu com um membro próximo da minha família ou um amigo próximo*
- d) *Eu fui repetidamente exposto a detalhes do evento como parte do meu trabalho (por exemplo, paramédico, policial, militar ou outro tipo de socorrista)*
- e) *Outro, por favor, descreva: _____*

4. A vida de alguém estava em perigo?

- a) *Sim, a minha vida*
- b) *Sim, a vida de outra pessoa*
- c) *Não*

5. Alguém ficou gravemente ferido ou morreu?

- a) *Sim, eu fiquei gravemente ferido*
- b) *Sim, outra pessoa ficou gravemente ferida ou morreu*
- c) *Não*

6. O evento envolveu violência sexual? a) *Sim* b) *Não*

7. Se o evento envolveu a morte de um membro próximo da sua família ou amigo próximo, foi devido a algum tipo de acidente ou violência, ou foi devido a causas naturais?

- a) *Acidente ou violência*
- b) *Causas naturais*
- c) *Não se aplica (o evento não envolveu a morte de um membro próximo da minha família ou amigo próximo)*

8. Quantas vezes você vivenciou um evento semelhante tão traumatizante ou quase tão traumatizante quanto o pior evento descrito?

- a) *Apenas uma vez*
- b) *Mais de uma vez (por favor, calcule aproximadamente o total de vezes que você teve essa experiência: ____ vezes)*



Anexo 5

Parte 3 - PCL-5: A seguir é apresentada uma lista de dificuldades que as pessoas podem enfrentar após vivenciar uma experiência muito traumatizante. Mantendo o seu pior evento em mente, por favor, leia cuidadosamente cada uma das dificuldades e então circule um dos números à direita para indicar o quanto você tem se sentido incomodado por essa dificuldade no último mês.

<i>No último mês, quanto você se sentiu incomodado por:</i>	<i>Absolutamente nada</i>	<i>Um pouco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Muito</i>	<i>Extremamente</i>
1. Lembranças repetidas, perturbadoras e involuntárias da experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
2. Sonhos repetidos e perturbadores referentes à experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
3. De repente, se sentir ou agir como se a experiência traumatizante estivesse realmente acontecendo de novo (como se você estivesse lá de volta revivendo a situação).	0	1	2	3	4
4. Sentir-se muito perturbado quando algo lhe faz lembrar da experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
5. Apresentar reações físicas intensas quando algo lhe faz lembrar da experiência traumatizante (por exemplo, coração bater forte, dificuldades para respirar, suor excessivo).	0	1	2	3	4
6. Evitar lembranças, pensamentos ou sentimentos relacionados à experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
7. Evitar algo ou alguém que lembre você da experiência traumatizante (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações).	0	1	2	3	4
8. Dificuldades de se lembrar de partes importantes da experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
9. Ter fortes crenças negativas sobre si mesmo, sobre outras pessoas ou sobre o mundo (por exemplo, ter pensamentos como: eu sou ruim, há algo muito errado comigo, não se pode confiar em ninguém, o mundo é um lugar muito perigoso).	0	1	2	3	4
10. Culpar a si mesmo ou a outra pessoa pela experiência traumatizante ou pelo que aconteceu depois de tal experiência.	0	1	2	3	4
11. Ter fortes sentimentos negativos, tais como medo, horror, raiva, culpa ou vergonha	0	1	2	3	4
12. Perder o interesse em atividades que você costumava gostar.	0	1	2	3	4
13. Sentir-se distante ou isolado das outras pessoas.	0	1	2	3	4
14. Dificuldades para experimentar sentimentos positivos (por exemplo, ser incapaz de sentir felicidade ou de ter sentimentos afetuosos pelas pessoas próximas a você).	0	1	2	3	4
15. Comportamento irritável, explosões de raiva, ou agir de forma agressiva.	0	1	2	3	4
16. Arriscar-se muito ou fazer coisas que podem causar algum mal a você.	0	1	2	3	4
17. Estar "superalerta" ou hipervigilante.	0	1	2	3	4
18. Sentir-se sobressaltado ou assustar-se facilmente.	0	1	2	3	4
19. Ter dificuldades para se concentrar.	0	1	2	3	4
20. Dificuldades para "pegar no sono" ou para permanecer dormindo.	0	1	2	3	4



Anexo 6

Inventário de Cognição Pós-Traumáticas (PTCI)

NOME: _____ DATA: ____/____/____

Nós estamos interessados no tipo de pensamento que você pode ter tido após uma experiência traumática. Abaixo listamos diversas afirmações que podem, ou não, ser representativas do seu pensamento. Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e nos diga quanto você CONCORDA ou DISCORDA com cada uma das afirmações. Pessoas reagem a eventos traumáticos de formas diferentes. Não existem respostas corretas ou erradas a estas afirmações.

O evento aconteceu por causa da forma como eu agi.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Eu não posso confiar que farei a coisa certa.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Eu sou uma pessoa frágil.



1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Eu não serei capaz de controlar minha raiva e farei algo terrível.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Eu não consigo lidar nem mesmo com pequenos aborrecimentos.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Eu costumava ser uma pessoa feliz, mas agora estou sempre infeliz.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente



6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

As pessoas não são confiáveis.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Eu tenho que estar alerta o tempo inteiro.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Eu me sinto morta por dentro.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Você nunca sabe quem vai lhe prejudicar.

1. Discordo totalmente



2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Eu tenho que ser especialmente cuidadosa, pois nunca se sabe o que pode vir a acontecer.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Eu sou inadequada.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Eu não serei capaz de controlar minhas próprias emoções e algo terrível irá acontecer.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo



5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Se eu pensar sobre o evento, não serei capaz de lidar com ele.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

O evento aconteceu comigo por causa do tipo de pessoa que eu sou.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Minhas reações, desde o evento, significam que estou ficando louca.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Eu nunca serei capaz de sentir emoções normais novamente.



1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

O mundo é um lugar perigoso.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Outra pessoa teria evitado que o evento acontecesse.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Eu mudei permanentemente para pior.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente



6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Eu me sinto como um objeto, e não como uma pessoa.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Outra pessoa não teria se envolvido nessa situação.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Eu não posso contar com outras pessoas.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Eu me sinto isolada e distante das outras pessoas.

1. Discordo totalmente



2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Eu não tenho futuro.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Eu não posso evitar que coisas ruins aconteçam comigo.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

As pessoas não são o que parecem.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente



6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Minha vida foi destruída pelo trauma.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Tem alguma coisa errada comigo enquanto pessoa.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Minhas reações desde o evento demonstram que eu sou péssima em enfrentar algumas situações.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Há algo em mim que fez com que o evento ocorresse.



1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Eu não serei capaz de tolerar meus pensamentos sobre o evento e vou desmoronar.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Eu sinto como se não me conhecesse mais.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Você nunca sabe quando algo terrível vai acontecer.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente



6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Eu não posso contar comigo mesmo.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente

Nada de bom pode acontecer comigo novamente.

1. Discordo totalmente
2. Discordo muito
3. Discordo levemente
4. Nem concordo, nem discordo
5. Concordo levemente
6. Concordo muito
7. Concordo totalmente



ANEXO 7

Escala de Aceitação dos Mitos de Estupro (Illinois Rape Myth Acceptance Scale - IRMA)

INSTRUÇÕES. A seguir você encontrará uma série de frases sobre os homens e as mulheres. Por favor, indique em que medida você concorda ou discorda de cada uma delas, utilizando a seguinte escala de resposta:

1	2	3	4	5
Discordo	Discordo um pouco	Nem discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo

01. ___ Se uma mulher for estuprada enquanto está bêbada, ela tem, ao menos, alguma responsabilidade por deixar as coisas saírem de controle.
02. ___ Apesar de a maioria das mulheres não admitir, elas geralmente acham que serem forçadas a fazer sexo é excitante.
03. ___ Quando homens estupram, é devido ao seu forte desejo por sexo.
04. ___ Se uma mulher está disposta a "dar uns amassos" com um homem, então não é nada demais se ele for um pouco além e fizer sexo com ela.
05. ___ Mulheres que foram flagradas tendo um caso proibido, às vezes alegam que foi estupro.
06. ___ Jornais não deveriam divulgar o nome da vítima de estupro para o público.
07. ___ Muitas das supostas vítimas de estupro são, na verdade, mulheres que fizeram sexo e "mudaram de ideia" depois.
08. ___ Muitas mulheres têm o desejo secreto de ser estupradas.
09. ___ Estupros ocorrem, principalmente, na parte "ruim" da cidade.
10. ___ Normalmente, somente as mulheres que fazem coisas como ficar em bares e dormir com vários homens é que são estupradas.
11. ___ A maior parte dos estupradores não é pega pela polícia.
12. ___ Se a mulher não lutar contra, não há como dizer que foi estupro.
13. ___ Homens provenientes de bons lares de classe média e/ou alta quase nunca estupram.
14. ___ Estupro não é um problema tão grande como algumas feministas querem que as pessoas acreditem.
15. ___ Quando uma mulher sai de casa usando uma roupa muito decotada ou uma saia muito curta, ela está procurando problema.
16. ___ Acusações de estupro são frequentemente usadas como forma de se vingar de homens.
17. ___ O estupro provavelmente não aconteceu se a mulher não tem marcas ou hematomas no corpo.



18. ___ Muitas mulheres acham que serem forçadas a fazer sexo é muito excitante.
19. ___ Se uma mulher vai para casa com um homem que ela não conhece, é sua culpa se ela for estuprada.
20. ___ Estupradores são, normalmente, indivíduos frustrados sexualmente.
21. ___ Todas as mulheres deveriam ter acesso a aulas de autodefesa.
22. ___ Normalmente, apenas mulheres que se vestem de forma mais atrevida são estupradas.
23. ___ Algumas mulheres preferem ser forçadas ao sexo para não se sentirem culpadas.
24. ___ Se o estuprador não tiver uma arma, não há como chamar o ato de estupro.
25. ___ Quando a mulher costuma se insinuar sexualmente, em algum momento ela vai se envolver em problemas.
26. ___ Ser estuprada não é tão ruim quanto ser assaltada e espancada.
27. ___ Estupro dificilmente ocorrerá numa área ou bairro conhecido pela mulher.
28. ___ Na verdade, mulheres quase nunca são estupradas por seus namorados ou maridos.
29. ___ Mulheres tendem a exagerar sobre o quanto o estupro as afeta.
30. ___ Quando o homem está muito excitado sexualmente, ele pode nem perceber que a mulher está resistindo.
31. ___ Muitas mulheres fazem o homem pensar que elas estão interessadas e, depois, afirmam terem sido estupradas.
32. ___ É preferível que uma oficial de polícia do sexo feminino conduza o interrogatório quando uma mulher reporta estupro.
33. ___ Muitas vezes, mulheres que alegam terem sido estupradas têm somente problemas emocionais.
34. ___ Se uma mulher apenas diz que não quer, mas não resiste fisicamente ao sexo, então a relação foi consensual.
35. ___ Estupro quase nunca ocorre na própria casa da mulher.
36. ___ Uma mulher que provoca os homens merece qualquer coisa que possa acontecer.
37. ___ Quando mulheres são estupradas, é porque elas disseram "não" de forma ambígua.
38. ___ Se uma mulher não é virgem, então não é tão grave se ela for forçada a fazer sexo em um encontro.
39. ___ Homens normalmente não têm a intenção de forçar a mulher a fazer sexo, mas, algumas vezes, eles são levados pela forte excitação sexual.
40. ___ Nossa sociedade deveria aplicar maiores esforços em evitar estupros.
41. ___ Uma mulher que se veste com roupas curtas não deveria ficar surpresa se um homem tentar forçá-la a fazer sexo.
42. ___ Estupro acontece quando o homem perde o controle de seu desejo sexual.
43. ___ Uma mulher que vai à casa ou ao apartamento de um homem no primeiro encontro está indicando que quer fazer sexo.
44. ___ Muitas mulheres gostam do sexo depois que o homem usa um pouco de força.
45. ___ Se uma mulher alega ter sido estuprada, mas não tem arranhões ou hematomas, ela provavelmente não deve ser levada muito a sério.



APÊNDICES

Apêndice 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos a Senhora a participar voluntariamente do projeto de pesquisa **A violência sexual e suas marcas na memória: Uma investigação em mulheres vitimadas**, sob a responsabilidade do pesquisador Danilo Ribeiro do Nascimento Aragão, aluno de Mestrado do Programa de Ciências do Comportamento (PPG-CdC) do departamento de Processos Psicológicos Básicos do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília sob orientação da Dra. Goiara Mendonça de Castilho. O objetivo desta pesquisa é o de compreender o impacto da violência sexual na memória de mulheres vítimas e a possível relação entre o desempenho da memória com o grau de satisfação/qualidade da vida sexual, pós violência.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la. Caso concorde, a sua participação se dará em oito encontros, com duração média de 60 minutos cada, a serem agendados previamente de acordo com sua disponibilidade, onde serão aplicados 4 questionários, 2 testes e 4 escalas para a estruturação dos dados. Quando desconfortável para responder alguma questão: em caráter virtual todas as “seções”, terão o item “Não desejo responder”, prosseguindo assim para o próximo item, ou ainda existe a opção de não responder o formulário inteiro, sem prejuízo à continuidade na pesquisa.

Para participação nesta pesquisa é necessário acesso a aparelhos eletrônicos em conexão com a internet. Para aquelas que não possuem acesso, encontros poderão ser realizados, preferencialmente, no laboratório de processos cognitivos do Instituto de Psicologia (A1-068/7) da UnB. O sigilo, é parte fundamental por se tratar de um tema sensível e íntimo; nenhuma característica pode ser associada à Senhora, que possa expô-la ou identificá-la e ainda a qual grupo de pesquisa você pertence. Os nomes serão trocados apenas pelas iniciais e/ou números de identificação.



Diante de uma pesquisa tão investigativa como esta, o fator vulnerabilidade está associado em uma relação íntima com os riscos. Por abordar temas ditos “pessoais” como a sexualidade é passível de compreensão que os questionamentos de cunho sensível possam causar algum tipo de constrangimento. Porém, é cabível salientar que de uma forma adversa aos riscos, os benefícios se apresentam de forma a contribuir para um melhor entendimento da sexualidade feminina, onde será possível delinear estratégias de acolhimento e tratamento de mulheres vitimadas, na forma de propostas de políticas públicas e estratégias de intervenções psicológicas.

A Senhora pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora, e ainda que detectado ou percebido algum mal-estar psicológico e/ou físico de alguma participante, a mesma será desvinculada imediatamente para evitar maiores comprometimentos, e orientada à busca de atendimento a profissionais especializados. E para quaisquer fins de responsabilidade de mal-estar gerado a esta participante, ficará a cargo do pesquisador Danilo Ribeiro do Nascimento Aragão, as medidas de acolhimento e intervenções para melhora emergencial do quadro.

Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, a senhora deverá buscar ser indenizada, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em congressos e/ou trabalhos publicados, resguardando-se sempre o anonimato das participantes.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Danilo Ribeiro do Nascimento Aragão, no telefone (61) 98143-5208, disponível inclusive para ligação a cobrar, aplicativo Whatsapp e/ou no e-mail: memoria.unb@gmail.com

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília, sob o processo nº CAAE: 58537022.7.0000.5540. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa



podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1592 ou do e-mail cep_chs@unb.br, horário de atendimento de 13:00 às 19:00 de segunda a sexta-feira. O CEP/CHS se localiza na Faculdade de Direito, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com a Senhora.

Para a versão eletrônica, leia-se: Caso concorde em participar, pedimos que assinale a caixa: "Li e concordo com os termos mencionados acima onde valido com a inserção da data (preenchimento obrigatório para validação deste termo) e prossigo com os protocolos que serão apresentados". Esta ação será a confirmação do "Aceite" para a participação voluntária na pesquisa. Este documento ficará em posse do pesquisador e à sua disposição para acesso.

Assinatura da Participante de Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____.



APÊNDICE 2

Questionário A (QA)

Levantamento Sociodemográfico e Histórico Clínico

1. **Nome completo:**

2. **Idade:**

3. **Estado civil:**

4. **Quantidade de filhos:**

5. **Cor da pele:**

Negra Branca Parda Não sei Outras

6. **Grau de escolaridade:**

Nenhum;

Fundamental incompleto;

Fundamental Completo;

Médio incompleto;

Médio Completo;

Superior incompleto;

Superior Completo;

Mestrado;

Doutorado;

7. **Atualmente exerce alguma ocupação?** _____

8. **Teve Covid?** SIM NÃO

Se sim, há quanto tempo aproximadamente?

A) Mais de um ano e meio



B) Há um ano ()

APÊNDICE 3

Questionário B (QB): Histórico sexual Pré-agressão

0	1	2	3	4	5
Muito insatisfatória	Moderadamente Insatisfatória	Satisfatória	Moderadamente satisfatória	Muito satisfatória	Não sei opinar

1. Como você definiria sua satisfação sexual antes agressão, em uma escala de 0 a 5

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

2. Quais dos seguintes atos sexuais você praticava e com que frequência (em média):

a.

- () Sexo vaginal:
- () Sempre (de 90% a 100% das vezes)
- () Quase sempre (de 70% a 90% das vezes)
- () Frequentemente (de 50% a 70% das vezes)
- () Poucas vezes (de 30% a 50% das vezes)
- () Raramente (de 10% a 30% das vezes)
- () Nunca

b.

- () Sexo oral
- () Sempre (de 90% a 100% das vezes)
- () Quase sempre (de 70% a 90% das vezes)
- () Frequentemente (de 50% a 70% das vezes)
- () Poucas vezes (de 30% a 50% das vezes)
- () Raramente (de 10% a 30% das vezes)
- () Nunca



c.

- Sexo anal
- Sempre (de 90% a 100% das vezes)
- Quase sempre (de 70% a 90% das vezes)
- Frequentemente (de 50% a 70% das vezes)
- Poucas vezes (de 30% a 50% das vezes)
- Raramente (de 10% a 30% das vezes)
- Nunca

d.

- Masturbação
- Sempre (de 90% a 100% das vezes)
- Quase sempre (de 70% a 90% das vezes)
- Frequentemente (de 50% a 70% das vezes)
- Poucas vezes (de 30% a 50% das vezes)
- Raramente (de 10% a 30% das vezes)
- Nunca

3. Do primeiro ao último (atual) quantos parceiros sexuais você já teve (aproximadamente)?

- A) 0 a 5
- B) 6 a 10
- C) 11 a 15
- D) 16 a 20
- E) Mais de 21

4. Durante as práticas sexuais tinham atos agressivos?

- Sim e eram consentidos
- Sim e não eram consentidos
- Não ocorriam.



5. Se sim, assinale, aqueles que ocorriam com mais frequência (até 3 itens)?

- Tapas
- socos e/ou chutes
- Mordidas
- Empurrões e/ou Puxões
- Chicotadas e/ou Cintadas
- Penetração forçada
- Ameaças
- Humilhações
- Uso de Objetos
- Outros

Se sim, de quem era a iniciativa (de pedir e/ou fazer)?

- Sua Parceiro

6. Se sim, qual a frequência que estes atos aconteciam?

- Sempre (de 90% a 100% das vezes)
- Quase sempre (de 70% a 90% das vezes)
- Frequentemente (de 50% a 70% das vezes)
- Poucas vezes (de 30% a 50% das vezes)
- Raramente (de 10% a 30% das vezes)
- Nunca



APÊNDICE 4

Questionário C (QC): Dados da agressão

1. **Há quanto tempo, aproximadamente, foi a agressão sexual?**

2. **Este tipo de violência ocorreu quantas vezes?**

3. **Quando ocorreu, como foi feita esta agressão (ex: penetração vaginal, oral, anal e etc.)?**

4. **Em que turno do dia as agressões eram mais frequentes?**

- Manhã {das 06:00 às 12:00}
- Tarde {das 13:00 às 18:00}
- Noite { das 19:00 às 00:00}
- Madrugada {das 1:00 às 5:00}
- Ocorria em todos os horários

5. **Houve algum outro de tipo de violência associada?**

- Física
- Psicológica
- Moral
- Patrimonial
- Cárcere Privado
- Outros
- Não Houve.



6. Em qual local as agressões aconteceram:

- Casa
 Universidade/ Escola
 Locais Públicos
 Rua
 Trabalho
 Outros, Onde? _____

7. Por favor especifique o cômodo. Exemplo: se em casa, diga em que lugar da casa)?

8. Fez o registro do boletim de ocorrência contra o(s) agressor(es)?

- Sim Não

9. Você conhece o(s) agressor(es)?

- Sim Não

Se sim, qual seu grau de envolvimento com ele(s) (exemplo: Marido, namorado, amigo, tio, pai, primo, chefe, colega de trabalho, vizinho e etc.)?

No caso de marido, namorado, noivo e etc. há quanto tempo se relacionam (ou se relacionavam)?

10. Você conhece mais alguma mulher que já foi vítima de violência sexual?

- Sim Não

Se sim, quantas? _____

Se Sim, qual seu grau de parentesco (mãe, filha, irmã, tia e etc.) ou de relacionamento (amiga, colega e etc.)?



11. Você recebe algum tipo de atendimento psicológico?

Sim Não

Se sim, há quanto tempo? _____

12. Qual o tempo entre sua primeira agressão sofrida a primeira sessão de tratamento?

APÊNDICE 5

Questionário D (QD): Histórico sexual Pós-agressão

1. Após a violência, quantos parceiros sexuais você já teve (aproximadamente)?

- A) 0 a 5
- B) 6 a 10
- C) 11 a 15
- D) 16 a 20
- E) Mais de 21

2. Como você definiria sua satisfação sexual pós agressão, em uma escala de 0 a 5:

0	1	2	3	4	5
Muito insatisfatória	Moderadamente Insatisfatória	Satisfatória	Moderadamente satisfatória	Muito satisfatória	Não sei opinar

0 1 2 3 4 5

3. Quais dos seguintes atos sexuais você pratica atualmente (pós agressão) e com que frequência (em média):

a.

- Sexo vaginal
- Sempre (de 90% a 100% das vezes)
- Quase sempre (de 70% a 90% das vezes)



- Frequentemente (de 50% a 70% das vezes)
- Poucas vezes (de 30% a 50% das vezes)
- Raramente (de 10% a 30% das vezes)
- Nunca

b.

- Sexo oral
- Sempre (de 90% a 100% das vezes)
- Quase sempre (de 70% a 90% das vezes)
- Frequentemente (de 50% a 70% das vezes)
- Poucas vezes (de 30% a 50% das vezes)
- Raramente (de 10% a 30% das vezes)
- Nunca

c.

- Sexo anal
- Sempre (de 90% a 100% das vezes)
- Quase sempre (de 70% a 90% das vezes)
- Frequentemente (de 50% a 70% das vezes)
- Poucas vezes (de 30% a 50% das vezes)
- Raramente (de 10% a 30% das vezes)
- Nunca

d.

- Masturbação
- Sempre (de 90% a 100% das vezes)
- Quase sempre (de 70% a 90% das vezes)
- Frequentemente (de 50% a 70% das vezes)
- Poucas vezes (de 30% a 50% das vezes)
- Raramente (de 10% a 30% das vezes)
- Nunca



4. Durante as atuais práticas sexuais existem atos agressivos?

- Sim, e são consentidos;
- Sim, e não são consentidos;
- Não ocorrem.

Se sim, assinale, aqueles que ocorrem com mais frequência? (Até 3 itens)

- Tapas
- socos e/ou chutes
- Mordidas
- Empurrões e/ou Puxões
- Chicotadas e/ou Cintadas
- Penetração forçada
- Ameaças
- Humilhações
- Uso de Objetos
- Outros

Se sim, de quem é a iniciativa (de pedir e/ou fazer)?

Sua Parceiro(a)

Se sim qual a frequência que estes atos aconteciam?

- Sempre (de 90% a 100% das vezes)
- Quase sempre (de 70% a 90% das vezes)
- Frequentemente (de 50% a 70% das vezes)
- Poucas vezes (de 30% a 50% das vezes)
- Raramente (de 10% a 30% das vezes)
- Nunca



APÊNDICE 6

Questionários	Link para acesso da versão on-line	QR Code
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	https://forms.gle/UC5Px41WwnjrYAKr9	
Questionário Sócio-demográfico histórico clínico e ABEP (Q.A)	https://forms.gle/rq2Ptuen2QCf8q2v8	
Inventário Beck para depressão	https://forms.gle/gwNHQovV5P2VdvWBA	
FSFI (Female Sexual Function Index)	https://forms.gle/UC5Px41WwnjrYAKr9	
Escala de Ansiedade de Beck – BAI	https://forms.gle/7g96sp8SkhFKC8Qm9	
Escala de Imobilidade Tônica (Tonic Immobility Scale-TIS)	https://forms.gle/s7UDiz92iuzUQAA69	
Lista de Eventos da vida LEC-5	https://forms.gle/S4mbBxeKY4T5Jrbj6	
PCL (Posttraumatic Stress Disorder Checklist) Escala de Sintomas de Estresse Pós -Traumático	https://forms.gle/x4o5fXr6Kpsny2Kh9	
Questionário de Histórico Sexual pré Agressão (QB)	https://forms.gle/csSZHpLCrc4Rtne8	
Questionário de Histórico Sexual pós Agressão (QC)	https://forms.gle/X1MNmMcaCGtMQGcZ9	
Inventário de Cognitiones Pós-Traumáticas (PTCI)	https://forms.gle/sGW6Szyvz94tMNF29	
Escala de Aceitação dos Mitos de Estupro (Illinois Rape Myth Acceptance Scale - IRMA)	https://forms.gle/hGrgJKqJEDe3bNjH9	
Questionário de dados da Agressão (Q.D)	https://forms.gle/6iaoQr6r15Tsofv67	