



**Impacto da Violência Sexual na Função Sexual e Saúde Mental das Mulheres  
Portuguesas**

Francisca Brardo de Oliveira

**Orientadora de Dissertação:**

Professora Doutora Telma Sousa Almeida

**Coordenador de Seminário de Dissertação:**

Professora Doutora Telma Sousa Almeida

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2022

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Telma Sousa Almeida, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na Especialidade de Psicologia Clínica

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, especialmente aos meus pais, por todo o apoio incondicional, por acreditarem em mim e por me terem facultado todas as oportunidades que me levaram a esta etapa. À minha prima Ana, por toda a disponibilidade e ajuda ao longo da minha vida e do meu percurso académico.

Aos meus amigos, que irei levar para o resto da minha vida, Hugo, Ana e Matilde, por toda a amizade, motivação e apoio.

À Professora Doutora Telma Sousa Almeida, pelo auxílio, entusiasmo e compreensão com que orientou este trabalho.

A todas as mulheres que aceitaram participar nesta investigação, pela disponibilidade e coragem demonstrada, sem as quais não seria possível realizar este projeto.

## Resumo

Os indicadores relativos à incidência da violência sexual em Portugal mostram-nos um movimento de clara ascensão. Tendo em conta que este tipo de violência envolve a apropriação do corpo das mulheres e a violação dos seus direitos mais básicos, é expectável que experiências da ordem da violência sexual tenham a capacidade de impactar os diversos domínios da vida das mulheres e possam influenciar de forma significativamente negativa o modo de funcionamento das mesmas, bem como a sua qualidade de vida. Deste modo, o presente estudo visou analisar o impacto da violência sexual na função sexual e saúde mental das mulheres portuguesas. Participaram neste estudo 204 mulheres portuguesas, com idades compreendidas entre os 18 e os 56 anos. Os dados foram recolhidos com recurso ao Questionário de Experiências Sexuais, ao Índice de Funcionamento Sexual Feminino e ao Inventário de Sintomas Psicopatológicos. Os resultados evidenciaram uma ausência de impacto negativo das experiências de violência sexual na função sexual feminina. Porém, os resultados demonstraram que este tipo de violência pode ter impacto na saúde mental, tendo-se verificado uma maior presença de sintomas psicopatológicos, tais como obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, ideação paranóide e mesmo psicoticismo, nas mulheres vítimas de violência sexual.

**Palavras-chave:** Função Sexual Feminina; Atividade Sexual; Violência Sexual; Saúde Mental; Sintomas Psicopatológicos.

## **Abstract**

The indicators regarding the incidence of sexual violence in Portugal show a clear upward movement. Given that this type of violence involves the appropriation of women's bodies and the violation of their most basic rights, it is expected that experiences of sexual violence have the ability to impact the various domains of women's lives and may significantly have a negative influence the way they function, as well as their quality of life. The present study aimed to analyse the impact of sexual violence on the sexual function and mental health of portuguese women. A total of 204 portuguese women, aged between 18 and 56 years old, participated in this study. Data were collected using the Sexual Experiences Questionnaire, the Female Sexual Function Index and the Brief Symptom Inventory. The results evidenced and absence of negative impact on female sexual functioning. However, the results show that this type of violence can impact mental health, with a higher presence of psychopathological symptoms such as obsessions-compulsions, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, paranoid ideation and even psychoticism, found in women victims of sexual violence.

**Keywords:** Female Sexual Function; Sexual Activity; Sexual Violence; Mental Health; Psychopathological Symptoms.

## Índice

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.</b>
<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.</b>
FUNÇÃO SEXUAL FEMININA.....	<b>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.</b>
VIOLÊNCIA SEXUAL.....	<b>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.</b>
REPERCUSSÕES DE UMA EXPERIÊNCIA DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	5
O PRESENTE ESTUDO .....	19
<b>MÉTODO .....</b>	<b>10</b>
PARTICIPANTES.....	10
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	12
INSTRUMENTOS.....	13
<i>Questionário sociodemográfico .....</i>	<i>Erro! Marcador não definido.3</i>
<i>Índice de Funcionamento Sexual Feminino-6.....</i>	<i>Erro! Marcador não definido.4</i>
<i>Inventário Breve de Sintomas .....</i>	<i>Erro! Marcador não definido.4</i>
<i>Questionário de Experiências Sexuais.....</i>	<i>Erro! Marcador não definido.5</i>
PROCEDIMENTO .....	<b>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.6</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.7</b>
VIOLÊNCIA SEXUAL E FUNCIONAMENTO SEXUAL FEMININO .....	<b>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.7</b>
VIOLÊNCIA SEXUAL E SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS... ..	<b>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.8</b>
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.9</b>
<b>ANEXOS</b>	

## Índice De Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Dados sociodemográficos da amostra.....	10
<b>Tabela 2</b> - Dados representativos das relações das participantes.....	11
<b>Tabela 3</b> – Valores de fiabilidade para as subescalas do Inventário Breve de Sintomas (BSI).....	14
<b>Tabela 4</b> – Correlações entre o grau de violência sexual e os itens do Índice de Funcionamento Sexual Feminino-6 (FSFI-6).....	17
<b>Tabela 5</b> – Comparação entre os itens do FSFI-6 e os grau de violência sexual.....	18
<b>Tabela 6</b> – Correlações entre graus de violência sexual e as subescalas do BSI.....	20
<b>Tabela 7</b> - Médias e Desvios Padrão das subescalas do BSI pelos graus de violência sexual ...	21

## **Introdução**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), sensivelmente uma em cada três mulheres em todo o mundo são vítimas de violência física e/ou sexual. A violência sexual representa uma violência de género e, apesar da existência de homens sexualmente vitimizados, a esmagadora maioria das vítimas são as mulheres (Gravelin et al., 2019), motivo pelo qual, o foco desta investigação se centra nas vítimas do sexo feminino. Importa destacar que em Portugal 92% das vítimas de violência sexual são do sexo feminino, sendo que desta percentagem 24,7% se referem a abuso sexual de crianças e 10,5% a violação sexual (APAV, 2018).

Sabemos hoje que a atividade sexual apresenta um impacto fulcral na saúde mental dos indivíduos, podendo ter implicações positivas ou negativas nos níveis de stresse e ansiedade. Como por exemplo, o prejuízo na função sexual, pode resultar numa redução da qualidade de vida e no aumento do risco de depressão (Steptoe et al., 2016; Tirgari et al., 2019). Deste modo, o presente estudo estabeleceu como principal objetivo, analisar o impacto das experiências de violência sexual, na função sexual e na saúde mental das mulheres adultas portuguesas.

Para esse efeito, a presente Dissertação de Mestrado terá início com um enquadramento teórico acerca da função sexual feminina, nomeadamente em que consiste, os modelos de explicação da mesma e da atividade sexual. De seguida, aborda-se teoricamente a violência sexual, assim como a sua prevalência e as diversas tipologias existentes. Por fim, ocorre uma exploração das repercussões de uma experiência de violência sexual, tanto na sexualidade, como na saúde mental das vítimas e são apresentadas a questão de investigação e as hipóteses levantadas. Posteriormente descreveremos as características da amostra, assim como a metodologia utilizada na recolha e tratamento de dados. Também são especificados os instrumentos utilizados e a respetiva análise de dados, descrevendo-se o procedimento estatístico levado a cabo, bem como a especificação dos resultados obtidos. Por último, será apresentada uma discussão das conclusões retiradas do estudo e das limitações verificadas ao longo do mesmo, assim como propostas para futuras investigações nesta área.

## Revisão da Literatura

### Função Sexual Feminina

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a sexualidade representa uma questão fundamental do ser humano, sendo que “*engloba sexo, identidades e papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução*”. A sexualidade é vivenciada e expressa “*através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos*”. Adicionalmente, “*é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais*”.

A atividade sexual tem um impacto positivo no funcionamento físico e psicológico dos indivíduos (Brody, 2010). Segundo Wiegel e colaboradores (2010), é possível destacar seis domínios-chave do funcionamento sexual feminino, nomeadamente o desejo, a excitação, a lubrificação, o orgasmo, a satisfação e a dor. Sendo importante destacar que a relação entre estes domínios e a função sexual feminina varia. Todos os domínios são diretamente proporcionais ao funcionamento sexual feminino, à exceção da dor, ou seja, quanto maior a dor experienciada durante a atividade sexual, pior será o funcionamento sexual da mulher (Wiegel et al., 2010; Pechorro et al., 2017).

De acordo com a literatura, ocorreu uma evolução até aos dias de hoje relativamente aos modelos de resposta sexual feminina. Inicialmente, os modelos existentes não tinham em consideração componentes essenciais na satisfação sexual das mulheres, nomeadamente a vulnerabilidade, a confiança, a intimidade, o afeto, o respeito, a comunicação e o prazer do toque. Estes modelos, tinham como principal foco apenas as respostas genitais e indicadores clássicos de desejo, como a necessidade de autoestimulação e as fantasias sexuais (Tiefer, 1991; Leiblum, 1998; Basson, 2000). Assim, tornou-se essencial o desenvolvimento de novos modelos devido a quatro motivos centrais da sexualidade das mulheres (Basson, 2000).

Relativamente ao desejo de libertar tensão sexual, comparativamente com os homens, as mulheres possuem um desejo biológico sexual inferior. Deste modo, o que motiva as mulheres a realizar a atividade sexual são ganhos e benefícios adicionais que não são necessariamente sexuais, sendo importante destacar que os mesmos não são irrelevantes para os homens, apenas apresentam uma menor probabilidade de ser a principal motivação, pois a relação entre o desejo e o contexto é independente. Para além disto, cada mulher pode ou não

alcançar o orgasmo feminino, e quando se dá tal libertação, esta pode acontecer de diversas formas na mesma mulher (Masters & Johnson, 1966).

Investigações recentes nesta área têm verificado que, contrariamente ao caso dos homens, os orgasmos das mulheres diferem em diversas questões como na sua intensidade, localização, fenomenologia e nas componentes emocionais envolvidas, o que conseqüentemente leva a uma variação nas sensações e no prazer experienciado (King & Belsky, 2012). Por fim, a excitação sexual feminina consiste numa excitação subjetiva, sendo que pode ou não ser acompanhada por manifestações físicas (Rao & Nagaraj, 2015). Ou seja, as questões mais subjetivas que estão relacionadas com aspetos psicossociais, culturais, ambientais, relacionais e contextuais são essenciais para a sexualidade feminina (Fleury & Abdo, 2018).

Deste modo, o desejo sexual feminino é visto como um evento responsivo, ou seja, não é espontâneo. É possível que as mulheres experienciem desejos espontâneos, por exemplo, em pensamentos, sonhos e fantasias sexuais. No entanto, face ao momento em que se inicia determinada experiência com o parceiro, existe uma maior probabilidade que o nível de excitação da mulher se encontre no seu ponto de partida de excitação (Leiblum, 1998; Basson, 2000; Mallory et al., 2019).

## **Violência Sexual**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que a violência sexual representa um ato sexual, a tentativa de realizar o mesmo ou outro ato movido contra a sexualidade de um indivíduo por meio de coerção, independentemente da relação com a vítima, e em qualquer contexto. A violência sexual consiste numa problemática que necessita de ser abordada e explorada, não obstante a sensibilidade necessária. Este tipo de violência é uma expressão da violência de género, sendo um problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos, uma vez que, existe um restringimento da independência sexual e reprodutiva das mulheres (Freitas & Farinelli, 2016).

Mundialmente, uma em cada três mulheres são vítimas de violência física ou sexual, sendo este ato realizado por agressores que podem ou não ser os parceiros das mesmas. Para além disto, é relevante destacar o facto de que estes valores apresentam uma ampla perduração, não ocorrendo uma discrepância significativa dos mesmos nos últimos 10 anos (WHO, 2021). Em Portugal, é possível observar uma diminuição na criminalidade, no entanto, a violência sexual representa uma problemática que contraria esta tendência, sendo evidente o aumento na

sua incidência (SSI, 2019). Consequentemente, existe uma grande necessidade de investigar crimes desta natureza para que exista uma compreensão profunda desta temática, e consequente intervenção definida, objetiva e benéfica com as vítimas deste crime (Saraiva et al., 2021).

O consentimento representa uma questão que se encontra extremamente relacionada com a problemática da violência sexual. Para que o consentimento seja respeitado, é essencial que o mesmo seja mútuo, consciente, informado, voluntário e pode ser retirado a qualquer momento, havendo assim respeito pela integridade do outro, pelos seus limites e desejos (Estrich, 1989; Dougherty, 2013). Posto isto, atos sexuais sem consentimento consistem em práticas de violência sexual (Sommers, 2020).

De acordo com a literatura, é possível nomear diversos tipos de violência sexual, nomeadamente o assédio sexual, o contacto sexual indesejado, a coerção sexual e a violação sexual, sendo estes os termos mais consensuais (Smith et al., 2018). O assédio sexual pode ocorrer de forma verbal, ou seja, através de expressões intimidantes ou humilhantes, como também pode realizar-se de forma não-verbal, ao espelhar agressividade e atitudes degradantes de natureza sexual (Boyer, 2021). O contacto sexual indesejado abrange experiências sexuais indesejadas em que não ocorre penetração, como por exemplo quando um indivíduo é beijado de forma sexual, acariciado, apalpado ou agarrado (Smith et al., 2018). Quanto à coerção sexual, esta consiste em comportamentos realizados com o intuito de forçar a vontade sexual de outro indivíduo, independentemente da forma como se procede e das particularidades do comportamento sexual, caso o mesmo ocorra (Fernández-Fuertes et al., 2018).

Relativamente à violação, esta representa uma invasão física de natureza sexual, abrangendo a penetração vaginal, oral e anal indesejada, sendo a mesma realizada sob circunstâncias coercivas, ou seja, pelo meio de força física ou ameaças (MacKinnon, 2016; Smith et al., 2018). Sendo relevante destacar que existe uma grande incidência de gravidez devido a violação por parte de parceiros íntimos, estando a mesma relacionada em grande parte com a coerção explicitada anteriormente (Basile et al., 2018).

### **Repercussões de uma Experiência de Violência Sexual**

Após uma experiência de violência sexual, existem mulheres que não expõem a violência a que foram submetidas, enquanto outras vítimas relatam o sucedido. No que diz respeito ao momento em que este processo ocorre, embora existam casos em que as mulheres expressam a violência experienciada logo após a ocorrência, é bastante frequente que os relatos sejam mais tardios (Gresson et al., 2016). Quanto à prevalência, mulheres sem parceiro, que

sofreram intimidações através de ameaças em condições de vulnerabilidade, e principalmente que sofreram violência sexual por parte de familiares, representam as mulheres que levam mais tempo a pedir auxílio medicinal (Toledo et al., 2015).

Dependendo do intuito de cada vítima, algumas mulheres relatam o acontecimento com o propósito de obter apoio e auxílio, sendo que a maioria dos primeiros relatos são revelados a familiares ou amigos (Gresson et al., 2016). No seguimento dos relatos surgem as reações aos mesmos, sendo que estas podem ser positivas ou negativas. Segundo a literatura, as reações positivas refletem-se numa atitude de suporte emocional, enquanto as reações negativas podem passar por uma manifestação de dúvidas quanto ao relato, como também pela culpabilização da mesma (Ahrens et al., 2006).

Relativamente à culpabilização das vítimas, esta representa uma resposta comum aos problemas sociais, existindo uma maior ocorrência em casos de violência sexual. Em geral, os agressores são mais responsabilizados do que as vítimas, contudo também está presente uma culpabilização das mesmas, dependendo de diversos fatores, como as características do agressor, as características da vítima e da própria situação (Gravelin et al., 2019). Esta culpabilização, assim como a intimidação, a humilhação, o receio da atitude não só dos familiares e amigos, como também das autoridades, e o receio que não acreditem no seu relato, levam ao silêncio das vítimas. Estas questões representam um dos motivos para a ausência de informações precisas acerca da incidência e prevalência desta problemática (Pinto et al., 2017).

Em contrapartida, é visível um claro aumento da investigação focada na culpabilização das vítimas de violência sexual. A exploração dos crimes desta natureza é essencial para que exista uma maior compreensão tanto das vítimas, como dos fatores situacionais e culturais (Gravelin et al., 2019). O movimento *#MeToo* impulsionou a crescente investigação e a atenção dada à questão da violência sexual, graças à união de diversas mulheres com o intuito de formar uma comunidade de sobreviventes. Em 2018, as investigações refletiram que 81% das mulheres nos Estados Unidos da América experienciaram algum tipo de violência sexual, sendo que apenas 10% reportaram o acontecimento (Airey, 2018). Posto isto, torna-se clara a importância deste movimento social que se alastrou mundialmente, levando a uma maior visibilidade deste assunto e possivelmente a uma maior estimulação do empenho em prosseguir com mais investigações nesta área (Weatherall, 2019).

Deste modo, a culpabilização das vítimas é frequente e contribui para a vitimização sexual das mulheres, ocorrendo conseqüentemente uma redução da responsabilização do

agressor (Gresson et al., 2016). É importante salientar que, quando as mesmas procuram auxílio, caso haja uma reação de culpabilização, é possível verificar a existência de problemas na recuperação e um aumento da angústia das vítimas, podendo assim impactar as suas estratégias de *coping* (Dworkin et al., 2017).

Frequentemente, face a situações de violência sexual são desenvolvidas estratégias de *coping* mal-adaptativas. Este tipo de estratégias de *coping* demonstram ser ineficazes na redução da ansiedade proveniente do trauma e é possível que sejam despoletados diversos problemas. Deste modo, é fulcral que ocorra uma vigilância do modo de adaptação das vítimas e dos seus padrões de comportamento após a agressão (Deliramich & Gray, 2008). Acontecimentos de violência sexual despoletam diversas mudanças na sexualidade das mulheres, nomeadamente medo de intimidade, disfunções sexuais, redução no interesse e na satisfação sexual, aumento do consumo de álcool e drogas, aumento nos comportamentos sexuais e parceiros, comportamentos sexuais de maior risco, entre outros (O'Callaghan et al., 2018).

No que diz respeito ao medo de intimidade, este representa uma das grandes mudanças que pode ocorrer na sexualidade das mulheres pós agressão (O'Callaghan et al., 2018). A intimidade envolve componentes emocionais, físicas, sexuais e intelectuais, podendo ser para alguns indivíduos fonte de medo, preocupação e dificuldade em desenvolver relações próximas, algo extremamente comum em casos de violência sexual (Gilles, 2010; Obeid et al., 2019).

Existem diversos casos relatados de vítimas que apresentam uma angústia significativa após uma experiência de violência sexual. Consequentemente, ocorre não só uma redução no interesse e na satisfação sexual, como também o evitamento da atividade sexual (Messman-Moore & Long, 2003). Contudo, também existem vários casos em que ocorre o oposto, ou seja, as vítimas, como consequência da agressão, ficam mais ativas sexualmente (Deliramich et al., 2008).

Este aumento na atividade sexual representa uma estratégia de *coping* mal-adaptativa que muitas vezes se encontra lado a lado com duas outras estratégias, nomeadamente o aumento de comportamentos sexuais de risco e o aumento do consumo de álcool e drogas (Becker et al., 1982). Exemplos de comportamentos de risco de natureza sexual, são um menor uso de proteção e um aumento do número de parceiros sexuais. Relativamente ao aumento do consumo de álcool e drogas, este é percebido como uma forma de lidar com o trauma, sendo que existe uma associação direta entre piores tomadas de decisões (O'Callaghan et al., 2018). Deste modo,

apesar da ineficácia que as estratégias referidas anteriormente representam por si só, estas também podem desencadear um aumento da probabilidade de futuras exposições a traumas, como a revitimização da violência sexual experienciada (Becker et al., 1982; O'Callaghan et al., 2018).

Tendo em conta que as repercussões de uma experiência de violência sexual podem ser tão diferenciadas, ou até mesmo opostas, torna-se fulcral que os profissionais de saúde observem cada caso de uma forma individualizada. Estes não devem assumir que há uma diminuição da intimidade da vítima e dos seus comportamentos sexuais, pois esta suposição pode promover uma continuação destes comportamentos de risco. Posto isto, conjeturas deste tipo podem levar a riscos de revitimização, gravidez, infeções sexualmente transmissíveis, entre outras questões que podem agravar a angústia que existe após a violência experienciada (Jenny et al., 1990; Greeson et al., 2016).

Focalizando nas repercussões de violência sexual na saúde mental, existe uma associação entre uma experiência de violência sexual e diversas formas de psicopatologia. O impacto da violência sexual na saúde mental das vítimas é mais substancial comparativamente com outros tipos de traumas (Kelley et al., 2009; Dworkin, et al., 2017).

Quanto à prevalência, crianças vítimas de violência sexual, trabalhadoras sexuais e indivíduos portadores de doença mental, apresentam maior vulnerabilidade aos crimes sexuais (Drezett et al., 2012; Okal et al., 2011). Durante uma experiência de violência sexual, é frequente que exista intimidação psicológica, assim como ameaça de morte, pois pode reduzir a resistência da vítima, o que conseqüentemente leva a uma redução na existência de lesões físicas. No entanto, 5% a 65% das mulheres que experienciam este tipo de agressão são afetadas por lesões genitais, o que por sua vez auxilia na inoculação de causas infecciosas (Mullick et al., 2005).

Em 1992, Herman verificou que o impacto psicológico observado em vítimas de violência sexual, violência doméstica e incesto era essencialmente o mesmo observado em sobreviventes da guerra. Posto isto, com o passar dos anos, foi observado que a perturbação de stress pós-traumático ocorre independentemente da natureza do evento que despoletou a mesma. Segundo o DSM-V, a perturbação de stress pós-traumático (PSPT) é caracterizada pelo desenvolvimento de sintomas particulares depois de ocorrer uma exposição a um ou mais acontecimentos traumáticos. Sendo importante referir que a expressão desta perturbação varia consoante a pessoa, assim como o episódio traumático também é experienciado de diversas

formas. A violência sexual consiste num trauma psíquico, aumentando a probabilidade de desenvolver a perturbação de stress pós-traumático (LeBouthillier et al., 2015). Desta forma, a violência sexual é um fator intimamente relacionado com o trauma que se insere nos tipos de agressão que apresenta mais riscos. Esta associação entre violência sexual e PSPT é visível em diversas investigações, sendo que 17% a 65% das vítimas desenvolvem esta perturbação (Campbell et al., 2009; O'Callaghan et al., 2018).

Para além desta perturbação, uma experiência deste tipo apresenta diversas consequências psicológicas (Greeson et al., 2016). Nomeadamente, níveis mais reduzidos de autoestima, apresentando assim uma maior tendência para o evitamento de interações com outras pessoas, maiores níveis de ansiedade, depressão e distúrbios alimentares (Obeid et al., 2019; O'Callaghan et al., 2018).

Em suma, as mulheres que experienciaram um grau de violência sexual mais grave, como violação, encontram-se mais propensas a relatar problemas na função sexual comparativamente com experiências menos graves (Turchik & Hassija, 2014; O'Callaghan et al., 2018). Assim sendo, os tipos de violência sexual referidos anteriormente, podem ser ordenados em quatro níveis, sendo estes, vítimas de toques indesejados, vítimas de coerção sexual, vítimas de tentativa de violação e vítimas de violação (Martins, 2012). Adicionalmente, acontecimentos de violência sexual podem representar uma experiência traumática, uma vez que se trata de uma ação não consentida, tendo impactos não só sexuais, como também psicológicos (Vieira et al., 2019).

## **O presente estudo**

Deste modo, a presente investigação representa um estudo quantitativo e comparativo. Tendo em conta a função sexual feminina, os níveis de violência sexuais e as repercussões das mesmas, o objetivo do presente estudo consistiu em explorar o impacto da violência sexual na função sexual e na saúde mental das mulheres portuguesas.

Com base na literatura referenciada, consideramos expectável que a violência sexual impacte negativamente a função sexual das mulheres, ou seja, quanto maior for o grau de violência sexual sofrida, maiores serão as dificuldades sexuais experienciadas (Drezett, 2003; O'Callaghan et al., 2018; Deliramich & Gray, 2008). Adicionalmente, esperamos que experiências de violência sexual impactem a saúde mental das mulheres portuguesas, por meio de elevações nos níveis de sintomas psicopatológicos (Dworkin, et al., 2017).

## Método

### Participantes

Tendo em conta a elevada incidência da violência sexual no sexo feminino, o estudo teve como foco as mulheres portuguesas (Gravelin et al., 2019). Desta forma, a amostra foi composta por mulheres com mais de 18 anos de idade e sexualmente ativas.

Acederam ao inquérito 477 mulheres, sendo que 187 das mesmas foram eliminadas por não o terem concluído. De seguida, foram também eliminadas 10 mulheres por não terem nacionalidade portuguesa e 76 por não terem respondido a um ou mais instrumentos, resultando assim na amostra final de 204 participantes. A amostragem deste estudo corresponde a uma amostragem não probabilística por conveniência, pois a amostra é constituída por participantes mais acessíveis, cooperantes e disponíveis para participar (Freitag, 2018).

As participantes apresentaram idades compreendidas entre os 18 e os 56 anos ( $M = 25.6$ ,  $DP = 9.9$ ). Relativamente à maioria deste universo, foi verificado que 174 mulheres (85.3%) reconheceram-se como sendo heterossexuais, 167 mulheres (81.9%) eram solteiras e 138 (67.6%) tinham estudos de nível superior (ver Tabela 1).

**Tabela 1**

*Dados Sociodemográficos da amostra*

		Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Orientação Sexual	Heterossexual	174	85.3%
	Homossexual	5	2.5 %
	Bissexual	19	9.3%
	Pansexual	6	2.9%
Estado Civil	Solteira	167	81.9%
	Casada	16	7.8%
	União de facto	11	5.4%
	Viúva	2	1.0%
Escolaridade	Divorciada/Separada	7	3.4%
	Ensino básico ou equivalente	2	1.0%
	Ensino secundário ou equivalente	63	30.9%
	Ensino superior	138	67.6%

Relativamente às relações das participantes, foi possível observar uma maioria de 125 mulheres (61.3%) que se encontravam numa relação, sendo que (2.5%) não responderam a esta questão, e 79 mulheres (38.7%) descreveram a sua satisfação sexual como estando “muito satisfeitas” (ver Tabela 2).

**Tabela 2**

*Dados representativos das relações das participantes*

		Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Encontra-se numa relação	Sim	125	61.3%
	Não	74	36.3 %
Como considera a sua satisfação sexual	Muito pouco satisfeita	4	2.0%
	Pouco satisfeita	11	5.4%
	Nem pouco nem muito satisfeita	33	16.2%
	Satisfeita	77	37.7%
	Muito Satisfeita	79	38.7%

Por fim, em resposta à questão “Quantas relações sexuais têm em média por semana”, as participantes deste estudo revelaram ter entre 0 e 13 relações sexuais semanais ( $M = 2.4$ ,  $DP = 2.0$ ). As respostas distribuíram-se do seguinte modo: 29 (14.2%) mencionaram não ter nenhuma relação sexual semanal, 41 (20.1%) disseram ter uma relação sexual, 40 (19.6%) referiram ter duas relações sexuais, 37 (18.1%) disseram ter três relações sexuais semanalmente, 22 (10.8%) referiram ter quatro relações sexuais, 15 (7.4%) assinalaram ter cinco envolvimento sexuais semanais, 1 (0.5%) disse ter 6 relacionamentos sexuais, 3 (1.5%) referiram ter sete envolvimento sexuais, 3 (1.5%) disseram ter 10 ou mais relações sexuais por semana e 13 (6.4%) das participantes não responderam a esta questão. De salientar que, nas respostas em que foram dados intervalos para o número de relacionamentos sexuais semanais, este intervalo foi fixado no limite superior (ex.: “2 a 3” foi interpretado como 3).

Quanto à “idade da primeira relação sexual”, as respostas encontraram-se entre os 13 e os 23 anos ( $M = 16.7$ ,  $DP = 1.8$ ). Dois participantes não responderam a esta questão. Em relação ao “número de parceiros sexuais” as respostas encontraram-se entre os 0 e os 25 parceiros ( $M = 4.5$ ,  $DP = 4.3$ ). Do universo de participantes, 13 mulheres (6.4%) não responderam a esta questão.

## **Considerações Éticas**

Ao longo da presente investigação foram tidas em consideração diversas questões éticas fundamentais. Quanto aos princípios gerais, foram levadas em consideração questões como a responsabilidade, ocorrendo um foco na relevância social deste estudo, na minimização dos impactos prejudiciais e na honestidade garantindo transparência e veracidade.

Adicionalmente, foi tida em conta a fiabilidade e rigor, uma vez que a investigação foi realizada de forma rigorosa, cautelosa e detalhada. Foi dado particular ênfase à objetividade nas interpretações e conclusões, assim como a integridade, para que seja possível o cumprimento de todas as questões éticas referidas.

Relativamente à questão prática do consentimento informado, o questionário online iniciou-se com a apresentação do mesmo e incluiu os objetivos do estudo, o tempo estimado de resposta e as características principais da participação. Foram também fornecidas informações que descreviam que a pessoa tinha o direito de interromper a sua participação, informações para contactar em caso surgissem dúvidas, assim como as questões de confidencialidade. Para além da confidencialidade ter sido comunicada, de um modo prático, toda a informação foi analisada de modo a não identificar os participantes, sendo que apenas são recolhidos os dados necessários. Posto isto, todos os dados foram armazenados e mantidos de um modo seguro, e foi também tida em conta a proteção e o respeito pela dignidade de todos os membros da amostra.

## **Instrumentos**

Os instrumentos utilizados no presente estudo foram um Questionário Sociodemográfico (Anexo B), o Índice de Funcionamento Sexual Feminino-6 (FSFI-6), o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e o Questionário de Experiências Sexuais – Forma de Vitimização (SES-SFV).

### ***Questionário sociodemográfico***

O questionário sociodemográfico foi elaborado especificamente para esta investigação, sendo composto por questões que visavam analisar as características sociodemográficas da amostra, nomeadamente a idade, a nacionalidade, a orientação sexual, o estado civil, a escolaridade, a situação relacional, incluindo questões relacionadas com a satisfação sexual, a frequência da atividade sexual, a idade da primeira relação sexual e o número de parceiros sexuais.

### ***Índice de Funcionamento Sexual Feminino-6***

Quanto ao Índice de Funcionamento Sexual Feminino-6 (FSFI-6), este foi validado na sua versão portuguesa por Pechorro et al., em 2017. Este instrumento trata-se de um questionário com uma estrutura unidimensional composto por seis itens, que mede os efeitos de *screening* de disfunção sexual feminina através de perguntas como “Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?”. Medindo seis domínios do funcionamento sexual feminino, nomeadamente o desejo, a excitação, a lubrificação, o orgasmo, a satisfação e a dor (Pechorro et al., 2017).

A análise psicométrica da escala revelou um nível de fiabilidade bastante satisfatório ( $\alpha = .77$ ) e um nível de sensibilidade também adequado já que todos os itens usados seguem distribuição normal para um nível de significância inferior a .001 (Anexo C). O valor do Alfa de Cronbach (.78) é bastante satisfatório, porém talvez pudesse ser melhor se todas as participantes tivessem respondido a todas as questões. Verificou-se que apenas o FSFI\_2 foi respondido pelas 204 mulheres, sendo que os restantes 5 itens não foram respondidos por todas as participantes. Constatou-se ainda que este valor de consistência interna poderia ser melhorado com a eliminação do item 17 (invertido) o que poder-se-á dever ao facto de as respostas a este item serem as únicas que foram invertidas. No que concerne à sensibilidade, verifica-se que nenhum dos itens desta escala manifestou sensibilidade, uma vez que em nenhum deles se verificou uma aproximação estatisticamente significativa à distribuição normal com base nos resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov. Para além disto, a operacionalização da medida do grau de funcionamento sexual das participantes foi feita com base no somatório das respostas dadas aos seis itens.

### ***Inventário Breve de Sintomas***

De seguida, o Inventário Breve de Sintomas (BSI) consiste numa versão abreviada do *Symptom Checklist-90 Revised*. Este instrumento visa avaliar a existência de sintomas psicopatológicos de acordo com nove dimensões, nomeadamente a somatização, obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo. O BSI é composto por 53 itens e através de uma escala de *Likert* de um (nunca) a cinco (muitíssimas vezes) obtém respostas de autorrelato. O instrumento foi validado para a população portuguesa. Relativamente às características psicométricas, a consistência interna consiste num alfa de *Cronbach* entre .62 e .80, sendo que o valor é igual ou superior a 1.7 como ponto de corte (Canavarro, 2007). Quanto à análise psicométrica da

escala, revelou um nível de fiabilidade bastante satisfatório ( $\alpha = .97$ ) e a sensibilidade também não revelou esta característica psicométrica.

Relativamente ao presente estudo, como se pode verificar a Tabela 3 revela os valores da fiabilidade para cada uma das subescalas da BSI, podendo constatar-se que todas as subescalas manifestam um nível de fiabilidade bastante satisfatório.

**Tabela 3**

*Valores de fiabilidade para as subescalas do Inventário Breve de Sintomas (BSI)*

Subescala	Número de itens	Alfa de Cronbach
Somatização	7	.81
Obsessões-Compulsões	6	.84
Sensibilidade Interpessoal	4	.84
Depressão	6	.90
Ansiedade	6	.82
Hostilidade	5	.75
Ansiedade Fóbica	5	.79
Ideação Paranóide	5	.81
Psicoticismo	5	.77

A medida dos sintomas psicopatológicos das participantes foi operacionalizada de duas formas: (1) através do cálculo da média aritmética das respostas dadas aos 53 itens da escala (IGS) e (2) através do somatório das respostas aos itens que compõem cada uma das 9 subescalas (Anexo D).

### ***Questionário de Experiências Sexuais***

Por fim, o Questionário de Experiências Sexuais representa o questionário utilizado com mais frequência na área da violência sexual (Buddie & Testa, 2005). Este instrumento, tem como objetivo medir a frequência de cada tipo de contacto sexual indesejado, assim como a taxa das estratégias utilizadas no respetivo tipo de contacto. A Forma de Vitimização deste questionário (SES-SFV), foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Martins (2008), possuindo sete itens que visam avaliar a vitimização sexual sofrida e a perpetração de comportamentos abusivos nos últimos 12 meses e desde os 14 anos.

Cada um dos sete itens é composto por cinco alíneas, estando estruturados de acordo com o grau de intrusão dos comportamentos, sendo que inicialmente existe uma questão acerca

dos contactos sexuais indesejados, prosseguindo com outra questão acerca da prática de sexo oral, outra questão relativa ao sexo vaginal, e por último sexo anal. É importante destacar que é possível assinalar quantas vezes ocorreu a experiência (“0 vezes”, “1 vez”, “2 vezes”, “3 ou mais”) tanto nos “últimos 12 meses” como “desde os 14 anos”. Por fim, o entrevistado é questionado acerca do seu sexo, idade, se algum dos atos descritos neste inquérito ocorreram uma ou mais vezes, qual era o sexo da pessoa (ou pessoas) que realizaram o ato e se alguma vez foi violado.

O estudo da consistência interna deste questionário não tem sido objeto de muita investigação, no entanto, as investigações realizadas nesta área relataram que o SES revela níveis de consistência interna próximos do nível mais baixo de aceitabilidade segundo o alfa de Cronbach de .70 (Martins, 2012). Na presente investigação esta escala revelou um nível de fiabilidade bastante satisfatório ( $\alpha = .90$ ) no conjunto dos 14 itens (7 questões respondidas em dois períodos: 12 meses e 14 anos) e um nível de sensibilidade também inadequado já que nenhum dos itens considerados seguem distribuição normal para um nível de significância inferior a .05 (Anexo E).

### **Procedimento**

A amostra foi selecionada através de uma divulgação da investigação nas redes sociais. O questionário era composto pelo consentimento informado (Anexo A), para que os participantes tivessem as informações necessárias relativamente às questões de anonimato, confidencialidade e proteção de dados. Além disso, também foi essencial comunicar os objetivos de investigação, e facultar contactos caso os participantes carecessem de auxílio ou esclarecimento acerca das diversas questões que envolvessem o inquérito.

Desta forma, a recolha de dados foi realizada através de um questionário online que para além do consentimento informado, também englobava um questionário sociodemográfico, o Índice de Funcionamento Sexual Feminino-6 (FSFI-6), o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e o Questionário de Experiências Sexuais – Forma de Vitimização (SES-SFV).

Tendo em conta o objetivo de alcançar o maior número possível de participantes, este método revelou-se útil para obter não apenas uma amostra grande, como também diversificada. Para além disto, este método de recolha de dados também permitiu que as participantes realizassem o preenchimento do questionário quando lhes fosse mais conveniente e de modo inteiramente anónimo. Outras vantagens deste método foram o baixo custo envolvido, a

facilitação do acesso a grupos mais inacessíveis, o maior alcance geográfico e a maior rapidez tanto na consulta, como no tratamento e análise de dados. Por fim, tendo em conta a sensibilidade da temática da violência sexual, o questionário online também permitiu uma maior abertura por parte dos participantes, comparativamente com entrevistas presenciais (Abbey et al., 2006).

Tanto a análise como o tratamento dos dados obtidos ocorreram através da utilização do software estatístico *IBM SPSS Statistics* versão 26 para o *Windows*, para que fosse possível realizar possíveis associações entre a violência sexual e o impacto na função sexual, assim como a violência sexual e a saúde mental das mulheres portuguesas.

Posto isto, revelou-se necessário dividir a amostra em cinco grupos: (1) não vítimas, (2) vítimas de toques sexuais indesejados, (3) vítimas de coerção sexual, (4) vítimas de tentativa de violação e (5) vítimas de violação.

## Resultados

A amostra total foi constituída por um total de 204 mulheres portuguesas, das quais 104 representaram mulheres não vítimas de violência sexual. Quanto às vítimas, estas consistiram em 100 mulheres, sendo que 33 reportaram terem sido vítimas de toques indesejados, 22 vítimas de coerção sexual, 22 vítimas de tentativa de violação e 23 vítimas de violação.

### Violência Sexual e Funcionamento Sexual Feminino

Para averiguar o impacto das experiências de violência sexual no funcionamento sexual das mulheres portuguesas, começou-se por estudar a associação entre as variáveis através de uma matriz de correlação de Spearman devido ao facto de o grau representar uma variável ordinal, assim como as escalas do FSFI-6.

Tal como se pode verificar na Tabela 4, a matriz de correlação revelou uma ausência de associações estatisticamente significativas entre o grau de violência sexual e os itens da escala da FSFI usada no presente estudo. Sendo este resultado visível nos seis itens deste instrumento, ou seja, no item 2 ( $r = .08, p = .254$ ), no item 4 ( $r = .03, p = .640$ ), no item 7 ( $r = .01, p = .854$ ), no item 11 ( $r = .02, p = .777$ ), no item 16 ( $r = .07, p = .351$ ) e no item 17 ( $r = -.03, p = .669$ ).

**Tabela 4**

*Correlações entre o grau de violência sexual e os itens do Índice de Funcionamento Sexual Feminino-6 (FSFI-6)*

									Função
		Grau	FSFI_2	FSFI_4	FSFI_7	FSFI_11	FSFI_16	FSFI_17	Sexual
Spearman's rho	Grau	$r$	1						
		$p$	-						
	FSFI_2	$r$	.08	1					
		$p$	.254	-					
	FSFI_4	$r$	-.03	.53**	1				
		$p$	.640	<.001	-				
	FSFI_7	$r$	.01	.47**	.68**	1			
		$p$	.854	<.001	<.001	-			
	FSFI_11	$r$	.02	.27**	.43**	.58**	1		
		$p$	.777	<.001	<.001	<.001	-		
	FSFI_16	$r$	.07	.43**	.67**	.58**	.58**	1	
		$p$	.351	<.001	<.001	<.001	<.001	-	
	FSFI_17	$r$	-.03	-.04	-.02	.02	-.002	.06	1
		$p$	.669	.59	.84	.75	.98	.45	-

Func.	<i>r</i>	.04	.58**	.77**	.80**	.74**	.82**	.28**	1
Sexual	<i>p</i>	.565	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	-

\*\* A correlação é significativa ao nível de 0.01

De seguida, uma vez que as respostas foram dadas numa escala nominal, recorreremos ao teste não-paramétrico de *Kruskal-Wallis* para averiguar se existiam diferenças entre os grupos para cada item da FSFI. O teste *Kruskal-Wallis* revelou ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os graus de violência sexual em relação às seis categorias da FSFI consideradas (ver Tabela 5).

**Tabela 5**

*Comparação entre os itens do FSFI-6 e os graus de violência sexual*

	FSFI_2	FSFI_4	FSFI_7	FSFI_11	FSFI_16	FSFI_17
<i>H</i>	6.22	3.18	4.18	0.97	3.15	2.58
df	4	4	4	4	4	4
<i>p</i>	.184	.529	.382	.533	.533	.630

Posteriormente, conduzimos uma ANOVA *one-way* para analisar se existiam diferenças entre os grupos em relação ao *score* total do funcionamento sexual feminino. A ANOVA *one-way* que permitiu comparar o *score* total do funcionamento sexual feminino entre os cinco grupos de violência sexual, evidenciou ausência de diferenças estatisticamente significativas  $F(4, 190) = .39, p = .818, \omega = .001$ .

### **Violência Sexual e Sintomas Psicopatológicos**

De seguida, no sentido de averiguar se os sintomas psicopatológicos estariam associados com os graus de vitimização, realizou-se uma correlação de Spearman entre os 5 graus de vitimização e as 10 escalas da BSI, 9 subescalas e 1 *score* total da BSI-IGS (ver Tabela 6).

A matriz de correlação resultante revelou a existência de associações estatisticamente significativas, positivas e fracas entre os graus de vitimização e todas as medidas da BSI, tanto as 9 subescalas como o *score* global (IGS). Estes resultados revelaram genericamente que

quanto maior for o grau de vitimização, mais frequentes são os sintomas psicopatológicos, tanto a sintomatologia específica das subescalas, como o índice geral de doença mental.

**Tabela 6**

*Correlações entre graus de violência sexual e as subescalas do BSI*

		Grau	Somatização	Obsessões Compulsões	Sensibilidade Interpessoal	Depressão	Ansiedade	Hostilidade	Ansiedade Fóbica	Ideação Paranóide	Psicot	BSI IGS
Spearman's rho	Grau	<i>r</i> 1										
		<i>p</i> -										
	Somatização	<i>r</i> .20**	1									
		<i>p</i> .005	-									
	Obsessões	<i>r</i> .26**	.58**	1								
	Compulsões	<i>p</i> .000	.000	-								
	Sensibilidade	<i>r</i> .33**	.56**	.65**	1							
	Interpessoal	<i>p</i> .000	.000	.000	-							
	Depressão	<i>r</i> .26**	.62**	.73**	.79**	1						
		<i>p</i> .000	.000	.000	.000	-						
	Ansiedade	<i>r</i> .20**	.68**	.62**	.67**	.74**	1					
		<i>p</i> .004	.000	.000	.000	.000	-					
	Hostilidade	<i>r</i> .16*	.57**	.56**	.55**	.62**	.58**	1				
		<i>p</i> .025	.000	.000	.000	.000	.000	-				
	Ansiedade	<i>r</i> .29**	.57**	.52**	.59**	.51**	.56**	.39**	1			
	Fóbica	<i>p</i> .000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	-			
	Ideação	<i>r</i> .31**	.60**	.57**	.72**	.70**	.65**	.62**	.51**	1		
	Paranóide	<i>p</i> .000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	-		
	Psicoticismo	<i>r</i> .34**	.58**	.69**	.75**	.84**	.67**	.58**	.55**	.72**	1	
		<i>p</i> .000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	-	
BSI	<i>r</i> .31**	.76**	.83**	.83**	.90**	.83**	.72**	.69**	.80**	.86**	1	
IGS	<i>p</i> .000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	-	

\*\* A correlação é significativa ao nível de 0.01

\* A correlação é significativa ao nível de 0.05

Em seguida, realizou-se a comparação dos scores das subescalas da BSI e do IGS entre os cinco graus de vitimização. Para o efeito, recorreu-se à ANOVA *one-way* uma vez que as variáveis dependentes são quantitativas, para todas as medidas da BSI, e após a validação dos pressupostos (ver Tabela 7).

**Tabela 7**

*Médias e Desvios Padrão das subescalas do BSI pelos graus de violência sexual*

		<i>M</i>	<i>DP</i>
Somatização	Não vítimas	10.6	4.0
	Vítima de toques indesejados	12.8	5.0
	Vítima de coerção sexual	12.0	4.3
	Vítima de tentativa de violação	11.3	4.5
	Vítima de violação	12.9	4.7
	Total	11.4	4.4
Obsessões Compulsões	Não vítimas	12.9	4.0
	Vítima de toques indesejados	15.6	5.1
	Vítima de coerção sexual	14.5	5.0
	Vítima de tentativa de violação	14.9	6.6
	Vítima de violação	17.9	6.0
Total	14.3	5.1	
Sensibilidade Interpessoal	Não vítimas	7.6	3.1
	Vítima de toques indesejados	8.9	3.9
	Vítima de coerção sexual	9.6	4.2
	Vítima de tentativa de violação	9.8	2.9
	Vítima de violação	10.6	3.5
Total	8.6	3.5	
Depressão	Não vítimas	11.5	4.3
	Vítima de toques indesejados	13.0	5.4
	Vítima de coerção sexual	15.0	6.5
	Vítima de tentativa de violação	13.9	5.6
	Vítima de violação	16.2	7.0
Total	12.9	5.4	
Ansiedade	Não vítimas	10.4	3.9
	Vítima de toques indesejados	12.7	5.3
	Vítima de coerção sexual	13.2	5.4
	Vítima de tentativa de violação	11.4	4.2
	Vítima de violação	12.7	5.2
Total	11.4	4.6	
Hostilidade	Não vítimas	8.8	2.7
	Vítima de toques indesejados	9.5	2.9
	Vítima de coerção sexual	9.3	3.0
	Vítima de tentativa de violação	9.8	3.9
	Vítima de violação	11.0	4.4
Total	9.3	3.1	
Ansiedade Fóbica	Não vítimas	7.7	3.2
	Vítima de toques indesejados	8.4	3.6
	Vítima de coerção sexual	9.2	3.6
	Vítima de tentativa de violação	9.8	4.0
Total	10.3	4.0	
Total	8.6	3.6	

	Não vítimas	9.6	3.6
	Vítima de toques indesejados	11.1	4.5
Ideação	Vítima de coerção sexual	12.8	4.6
Paranóide	Vítima de tentativa de violação	11.8	3.3
	Vítima de violação	12.6	4.6
	Total	10.8	4.1
	Não vítimas	8.0	3.0
	Vítima de toques indesejados	9.5	4.1
Psicoticismo	Vítima de coerção sexual	11.6	4.6
	Vítima de tentativa de violação	10.4	3.8
	Vítima de violação	11.5	4.4
	Total	9.3	3.9

No caso da subescala “Somatização”, os resultados revelaram que existem diferenças significativas entre os diversos graus de vitimização  $F(4, 195) = 2.52, p = .043, \omega = .029$ . Não obstante, o teste de Tukey não identificou entre que graus de vitimização se encontram as diferenças estatisticamente significativas, mesmo após realizar as correções.

Quanto à subescala “Obsessões-Compulsões”, houve a necessidade de recorrer à correção de Welch, já que as variâncias revelaram ser heterogêneas. Os resultados da ANOVA revelaram que existem diferenças significativas entre os graus de vitimização  $F(4;53, 705) = 5.06, p = .002, \omega = .010$ . O teste de Tukey evidenciou que o nível de “Obsessões-Compulsões” das “Vítimas de Violação” é estatisticamente superior ao das “Não vítimas” e ainda que o da “Obsessão-Compulsão” das “Vítimas de toques indesejados” também é significativamente superior ao das “Não vítimas”.

Relativamente à subescala “Sensibilidade Interpessoal”, os resultados da ANOVA revelaram que existem diferenças estatisticamente significativas entre os graus de vitimização  $F(4, 198) = 5.54, p < .001, \omega = .012$ . O teste de Tukey revelou que o nível de “Sensibilidade Interpessoal” das “Vítimas de violação” é estatisticamente superior ao das “Não vítimas” e ainda que a “Sensibilidade Interpessoal” das “Vítimas de tentativas de violação” também é significativamente superior ao das “Não vítimas”.

Em relação à subescala “Depressão”, os resultados da ANOVA indicaram que existem diferenças estatisticamente significativas entre os graus de vitimização  $F(4, 199) = 5.29, p < .001, \omega = .117$ . O teste de Tukey mostrou que o nível de “Depressão” das “Vítimas de violação” é estatisticamente superior ao das “Não vítimas” e ainda que a “Depressão” das “Vítimas de coerção sexual” também é significativamente superior ao das “Não vítimas”.

No caso da subescala “Ansiedade”, os resultados da ANOVA mostram que existem diferenças estatisticamente significativas entre os graus de vitimização  $F(4, 199) = 3.42, p = .010, \omega = 0.006$ . O teste de Tukey não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os graus de vitimização mas, recorrendo à correção de Gabriel, foi possível detetar que os grupos “Não vítimas” e “Vítimas de coerção sexual” diferem significativamente.

Os resultados da ANOVA *one-way* à subescala “Hostilidade” mostram que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os graus de vitimização  $F(4;53, 717) = 1,735; p = .156, \omega = .003$ . Sendo relevante salientar que, também neste caso, foi necessário recorrer à correção de Welch dada a heterogeneidade das variâncias.

No que concerne à subescala “Ansiedade Fóbica”, os resultados da ANOVA indicaram que existem diferenças estatisticamente significativas entre os graus de vitimização  $F(4, 194) = 4.52, p = .002, \omega = .010$ . O teste de Tukey revelou que o nível de “Ansiedade Fóbica” das “Vítimas de violação” é estatisticamente superior ao das “Não vítimas”.

Relativamente à subescala “Ideação Paranóide”, os resultados da ANOVA mostraram que existem diferenças estatisticamente significativas entre os graus de vitimização  $F(4, 197) = 5.23, p = .001, \omega = .010$ . O teste de Tukey revelou que o nível de “Ideação Paranóide” das “Vítimas de violação” é estatisticamente superior ao das “Não vítimas”, e ainda que a “Ideação Paranóide” das “Vítimas de coerção sexual” também é significativamente superior ao das “Não vítimas”.

Na análise da subescala “Psicoticismo” houve necessidade de recorrer à correção de Welch devido à heterogeneidade das variâncias. Os resultados da ANOVA revelaram que existem diferenças estatisticamente significativas entre os graus de vitimização  $F(4;54, 647) = 7.10, p < .001, \omega = .019$ . O teste de Tukey denunciou que o nível de “Psicoticismo” das “Vítimas de violação” é estatisticamente superior ao das “Não vítimas”, o nível de “Psicoticismo” das “Vítimas de tentativa de violação” é significativamente superior ao das “Não vítimas” e ainda que o “Psicoticismo” das “Vítimas de coerção sexual” também é significativamente superior ao das “Não vítimas”.

Por fim, a análise do “Índice Global de Sintomas” também denunciou que existem diferenças estatisticamente significativas entre os graus de vitimização  $F(4, 181) = 4.80, p = .001, \omega = .007$ . O teste de Tukey mostrou que o “Índice Global de Sintomas” das “Vítimas de violação” é estatisticamente superior ao das “Não vítimas”.

## Discussão

Tal como foi descrito inicialmente, a presente investigação teve como principal objetivo o estudo do impacto da violência sexual na função sexual e na saúde mental das mulheres portuguesas.

Primeiramente, e ao contrário do esperado, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre uma experiência de violência sexual e o funcionamento sexual feminino. Os graus de violência sexual correspondentes às não vítimas, às vítimas de toques sexuais indesejados, às vítimas de coerção sexual, às vítimas de tentativa de violação e às vítimas de violação, não apresentaram uma relação com a função sexual feminina. Os nossos resultados sugerem assim que o grau de violência sexual não impacta o desejo, a excitação, a lubrificação, o orgasmo, a satisfação e a dor das mulheres. Estes resultados verificaram-se mesmo depois de conduzida uma análise estatística apenas entre as vítimas de qualquer tipo de experiência de violência sexual e as não vítimas.

Uma possível explicação para os resultados obtidos prende-se com o facto de as mudanças na sexualidade das vítimas de violência sexual serem bastante distintas (Deliramich et al., 2008). Apesar de ser possível identificar vítimas que apresentam perda no interesse sexual, problemas de intimidade e falta de desejo sexual, também existem vítimas que revelam um aumento na excitação e na atividade sexual (Petrak et al., 1997; Messman-Moore & Long, 2003). Enquanto os homens respondem a ameaças de um modo ativo, as mulheres são mais suscetíveis à utilização da dissociação como estratégia de *coping* (Nöthling, 2015). Para além disto, vítimas de violência sexual podem alterar as suas crenças, levando assim a diferenças sexuais nos seus sistemas de valores (Lottes, 1991). Assim sendo, estratégias de *coping* mal adaptativas, como a negação e a dissociação, e as alterações das suas crenças após um evento de violência sexual podem levar a mudanças distintas das expectáveis na sexualidade das vítimas.

Para além disto, após um evento de agressão sexual muitas mulheres apresentam um aumento dos comportamentos sexuais de risco e do consumo de álcool e drogas (Becker et al., 1982). O álcool e as drogas têm a capacidade de alterar o modo como o corpo responde à atividade sexual (Fortenberry, 1997). Como foi referido anteriormente, existem seis domínios-chave do funcionamento sexual feminino, nomeadamente o desejo, a excitação, a lubrificação, o orgasmo, a satisfação e a dor (Wiegel et al., 2010). Segundo a literatura, o consumo de álcool e drogas impacta o desejo, podendo aumentar a libido, a excitação, independentemente de o

sujeito apresentar esse desejo psicologicamente, a lubrificação, pois este tipo de consumos impacta os níveis hormonais adequados, e o orgasmo e satisfação sexual, pois certas drogas levam a um aumento do prazer e auxiliam a desencadear esta libertação (Pedrosa et al., 2011; Sandal, 2020; Smith et al., 2021). Por outro lado, o Índice de Funcionamento Sexual Feminino-6 (FSFI-6) utilizado nesta investigação, relaciona a ausência de dor com um bom funcionamento sexual. No entanto, alguns indivíduos associam a satisfação com a dor, tomando-a como uma experiência prazerosa na sua atividade sexual (Wels, 2018). Assim sendo, se a amostra do presente estudo esteve sob o efeito de substâncias como o álcool e drogas durante a atividade sexual, o mesmo poderá justificar a ausência de nos resultados estatisticamente significativos.

Quanto à saúde mental, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre uma experiência de violência sexual e a manifestação de sintomas psicopatológicos. Deste modo, é possível afirmar que experienciar violência sexual impacta negativamente as vítimas ao nível da sua saúde mental.

A presente investigação evidencia um impacto negativo na saúde mental das mulheres vítimas de violência sexual, tanto de um modo global, ou seja ao nível da sintomatologia psicopatológica geral, como em diversas dimensões individuais. Tanto as dimensões das obsessões-compulsões, como a sensibilidade interpessoal, a depressão, a ansiedade fóbica, a ideação paranóide e o psicoticismo apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os graus de vitimização. Posto isto, para que ocorra uma interpretação mais profunda foi relevante realizar uma focalização nos quatro graus de violência sexual.

Chegando a este ponto, tornou-se essencial comparar as vítimas de violência sexual e os diversos graus de violência com as não vítimas. Quanto ao nível mais reduzido de violência sexual, vítimas de toques indesejados apresentam níveis mais elevados da sintomatologia de obsessões-compulsões. De seguida, vítimas de coerção sexual apresentaram uma maior prevalência de depressão e psicoticismo. Relativamente às vítimas de tentativa de violação, estas apresentam maior sintomatologia de depressão, ideação paranóide e psicoticismo. Quanto ao nível mais elevado de violência sexual, vítimas de violação apresentam uma prevalência mais elevada de obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade fóbica, ideação paranóide, psicoticismo, assim como de sintomatologia psicopatológica geral comparativamente com as não vítimas. Por fim, em termos da ansiedade, foi possível observar

diferenças estatisticamente significativas entre vítimas e não vítimas, mas não entre os diversos graus de violência sexual.

Segundo Canavarro (2007), a ansiedade difere da ansiedade fóbica na medida que inclui sintomas de nervosismo e tensão, assim como sintomas de ansiedade generalizada e ataques de pânico. A ansiedade fóbica é definida como uma resposta persistente ao medo em relação a uma pessoa, local ou situação específica. Foa et al. (1993) constaram que tanto a ansiedade fóbica como a generalizada, PSPT e depressão representam repercussões de experiências de violação, indo de encontro com os resultados obtidos no presente estudo.

Do mesmo modo, Petrak et al. (1997) demonstrou dificuldades emocionais em mulheres vítimas de violência sexual, como depressão, choro, tensão, evitamento, culpa e ansiedade. Adicionalmente, Dworkin et al. (2017) realizaram investigações que demonstraram que indivíduos que experienciaram acontecimentos de agressão sexual relataram psicopatologia significativamente pior comparativamente com indivíduos que não passaram por este tipo de violência. Ocorrendo especificamente um foco nas formas de psicopatologia que estão associadas à agressão sexual, nomeadamente, ansiedade, depressão e condições obsessivas-compulsivas. Posto isto, os resultados da presente investigação encontram-se em conformidade com os resultados referidos anteriormente.

Relativamente à dimensão de somatização e hostilidade, estas não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os graus de vitimização, sendo possível interpretar que as vítimas de violência sexual não apresentam mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático, como queixas em qualquer sistema corporal e dores musculares. Quanto à hostilidade, após a agressão sexual as mulheres não aparentam apresentar emoções, pensamentos e comportamentos com um afeto negativo, que espelhem a dimensão da hostilidade.

De seguida, é relevante destacar a falta de relação entre experiência de violência sexual e a dimensão da hostilidade. Como foi descrito inicialmente, diversas mulheres não expõem a violência que experienciaram (Gresson et al., 2016). Para além disto, a inexistência de uma associação entre a violência sexual e sintomas psicopatológicos de hostilidade pode dever-se aos mecanismos de defesa associados ao evitamento (Petrak et al., 1997). O que vai ao encontro da investigação de Burnett (2009), ao descrever como este tipo de violência pode desencadear uma atitude de evitamento.

Assim como tantos outros estudos científicos, a presente investigação apresenta limitações. A primeira limitação consiste na reduzida dimensão da nossa amostra e, conseqüentemente, dos grupos de vítimas e não vítimas, sendo que a mesma pode ter impactado os resultados obtidos. Porém, salienta-se a dificuldade inerente à realização de estudo com populações especialmente vulneráveis, começando pelo facto incontornável de que muitas vítimas nunca chegam a admitir ou denunciar as suas experiências de vitimização (e conseqüentemente podem preferir não participar nestes estudos). Aspectos como as reações negativas aos relatos das vítimas estão associadas ao medo de relatar o acontecimento devido à manifestação de dúvidas e à culpabilização das mesmas (Ahrens et al., 2009). Estes acontecimentos negativos face ao relato apresentam um impacto negativo no bem-estar das vítimas (Greeson et al., 2016). Assim, o facto de existirem mulheres que já passaram por este tipo de reações negativas ou que tenham receio que tal aconteça pode ter um impacto direto na participação neste tipo de investigações, sendo clara a existência de vítimas que permanecem em silêncio, não expondo as suas experiências de violência sexual (Ahren, 2006). De acordo com o que foi referido anteriormente, Garret e Hassan (2019) consideraram na sua investigação que existem diversos motivos que proporcionam este movimento de permanecer em silêncio, sendo o medo e a falta de esperança os mais frequentes. Para além disto, as estratégias de *coping* são extremamente impactantes e um dos motivos que promove o silêncio e a negação (Fisher et al., 2003; Spencer et al., 2017). Em todo o caso, seria relevante replicar este estudo com grupos do mesmo tamanho no sentido de melhor comparar os resultados.

Outra limitação identificada, reflete-se no facto de não termos informações acerca da existência de relatos anteriores relativamente às experiências de violência sexual. Se as vítimas tiveram experiências negativas após os seus relatos pode justificar a sua não abertura ao longo do preenchimento do questionário. Por outro lado, a elevada extensão e repetibilidade do instrumento SES SFV deverá ser tomada em conta e otimizada em futuros estudos. Adicionalmente, é crucial desenvolver em futuras investigações questões relacionadas com as práticas e preferências sexuais dos participantes.

Além disto, é importante adicionar ao questionário uma questão relacionada com o tempo específico que passou desde a experiência de violência sexual, uma vez que também pode apresentar um impacto relevante tanto nas conseqüências sexuais, como psicológicas.

De acordo com as razões acima mencionadas, as mesmas podem ter levado a que 187 das mulheres que procederam ao preenchimento do questionário tenham desistido.

No futuro, consideramos que também seria relevante expandir esta investigação a participantes do sexo masculino, pois existem menos estudos que tenham essa amostra como enfoque, sendo que especificamente em Portugal o número ainda é mais reduzido. Desta forma, seria possível realizar uma comparação equilibrada entre investigações que possuam ambos os sexos.

Em suma, os resultados acima mencionados demonstraram que experiências de violência sexual impactam negativamente a saúde mental das mulheres portuguesas, salientando-se elevações em sintomas psicopatológicos, particularmente em obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, ideação paranóide e mesmo psicoticismo. Contudo, os resultados desta investigação colocaram em evidência a ausência de impacto negativo das experiências de violência sexual na função sexual feminina. Tendo em conta a complexidade da função sexual, das práticas sexuais, das respetivas preferências, e as mudanças psicológicas e sexuais que advêm de eventos de violência sexual, esta temática deve ser cada vez mais explorada devido às suas implicações no bem-estar das mulheres.

## Referências Bibliográficas

- Ahrens, C. E. (2006). Being silenced: the impact of negative social reactions on the disclosure of rape. *Journal of Community Psychology*, 44(1), 90-110. <https://doi.org/10.1002/jcop.21744>
- Ahrens, C. E., Cabral, G., & Abeling, S. (2009). Healing or Hurtful: sexual assault survivor's interpretations of social reactions from support providers. *Psychology of Women Quarterly*, 33(1), 81-94. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2008.01476.x>
- Airey, J. L. (2018). #MeToo. *Tulsa Studies in Women's Literature* 37(1), 7-13. <https://doi.org/10.1353/tsw.2018.0000>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima APAV. (2018). *Relatório Anual de Crimes Sexuais*. [https://apav.pt/apav\\_v3/images/pdf/Estatisticas\\_APAV\\_Relatorio\\_Anual\\_2018.pdf](https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2018.pdf)
- Basile, K. C., Smith, S. G., Liu, Y., Kresnow, M., Fasula, A. M., Gilbert, L., & Chen, J. (2018). Rape-Related Pregnancy and Association With Reproductive Coercion in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(6), 770-776. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.07.028>
- Basson, R. (2000). The Female Sexual Response: A Different Model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 51-65. <https://doi.org/10.1080/009262300278641>
- Becker, J. V., Skinner, L. J., Abel, G. G., & Treacy, E. C. (1982). Incidence and Types of Sexual Dysfunctions in Rape and Incest Victims. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 8(1), 65-74. <https://doi.org/10.1080/00926238208405813>
- Boyer, K. (2021). Sexual harassment and the right to everyday life. *Progress in Human Geography*, 46(2), 1-8. <https://doi.org/10.1177/03091325211024340>
- Brody, S. (2010). The Relative Health Benefits of Different Sexual Activities. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(4), 1336-1361. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01677.x>

- Buddie, A. M., & Testa, M. (2005). Rates and Predictors of Sexual Aggression Among Students and Nonstudents. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(6), 713-724. <https://doi.org/10.1177/0886260505276073>
- Burnett, A., Mattern, J. L., Herakova, L. L., Kahl Jr, D. H., Tobola, C & Bornsten, S. (2009). Communicating/Muting Date Rape: A Co-Cultural Theoretical Analysis of Communication Factors Related to Rape Culture on a College Campus. *Journal of Applied Communication Research*, 37(4), 465-485. <https://doi.org/10.1080/00909880903233150>
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Quarteto Editora.
- Deliramich, A. N., & Gray, M. J. (2008). Changes in Women's Sexual Behavior Following Sexual Assault. *Behavior Modification*, 32(5), 611-621. <https://doi.org/10.1177/0145445508314642>
- Dougherty, T. (2013). Sex, Lies and Consent. *Ethics* 123(4), 717-744. <https://doi.org/10.1086/670249>
- Drezett, J. (2003). Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. *Revista de Psicologia da UNESP*, 2(1), 36-50.
- Drezett, J., Blake, M. T., Lira, K. S. F., Pimentel, R. M., Adami, F., Bessa, M. M. M., & Abreu, L. C. (2012). Doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que sofrem crimes sexuais. *Reprodução & Climatério*, 27(3), 109-116. <https://doi.org/10.1016/j.recli.2013.03.004>
- Dworkin, E. R., Menon, S. V., Bystrynski, J., & Allen, N. E. (2017). Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 56, 65-81. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.002>

- Estrich, S. (1989). Rape. *The Yale Law Journal*, 95(6), 1087-1184.
- Fernández-Fuertes, A. A., Carcedo, R. J., Orgaz, B., & Furtes, A. (2018). Sexual Coercion Perpetration and Victimization: Gender Similarities and Differences in Adolescence. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(16), 2467-2485. <https://doi.org/10.1177/0886260518774306>
- Fisher, B. S., Daigle, L. E., Cullen, F. T., & Turner, M. G. (2003). Reporting Sexual Victimization To The Police And Others: Results From a National-Level Study of College Women. *Criminal Justice and Behavior*, 30(1), 6-38. <https://doi.org/10.1177/00938548022391>
- Fleury, H. J., & Abdo, C. H. N. (2018). Excitação sexual feminina subjetiva. *Diagnóstico e Tratamento*, 23(2), 66-69. [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/904908/rdt\\_v23n2\\_66-69.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/904908/rdt_v23n2_66-69.pdf)
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., & Steketee, G. S. (1993). Treatment of Rape Victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 8(2), 256-276. <https://doi.org/10.1177/088626093008002006>
- Fontelles, M. J., Simões, M. G., Almeida, J. C., & Fontelles, R. G. S. (2011). Metodologia da Pesquisa: diretrizes para o cálculo do tamanho da amostra. *Revista Paraense de Medicina*, 24(2), 57-64.
- Freitag, R. M. K. (2018). Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência? *Revista de Estudos da Linguagem*, 26(2), 667-686. <http://dx.doi.org/10.17851/2237-2083.26.2.667-686>
- Freitas, M. L. & Farinelli, C. A. (2016). As consequências psicossociais da violência sexual. *Revista em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, 14(37). <https://doi.org/10.12957/rep.2016.25400>
- Garret, A., & Hassan, N. (2019). Understanding the Silence of Sexual Harassment Victims Through the #WhyIDidntReport Movement. *International Conference on Advances in*

*Social Networks Analysis and Mining*, 649-652.  
<https://doi.org/10.1145/3341161.3343700>

Gilles, C., Loo, C. V., & Rozenberg, S. (2010). Audit on the management of complainants of sexual assault at an emergency department. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 151(2), 185-189.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.03.014>

Gravelin, C. R., Biernat, M., & Bucher, C. E. (2019). Blaming the Victim of Acquaintance Rape: Individual, Situational, and Sociocultural Factors. *Frontiers in Psychology*, 9, 2422. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02422>

Greeson, M. R., Campbell, R., & Fehler-Cabral, G. (2016). “Nobody Deserves This”: Adolescent sexual assault victim’s perceptions of disbelief and victim blame from police. *Journal of Community Psychology*, 44(1), 90-110.  
<https://doi.org/10.1002/jcop.21744>

Jenny, C., Hooton, T. M., Bowers, A., Copass, M. K., Krieger, J. N., Hillier, S. L., Kiviat, N., Corey, L., Stamm, W. E., & Holmes, K. K. (1990). Sexually Transmitted Diseases in Victims of Rape. *The New England Journal of Medicine*, 322(11), 713-716.  
<https://doi.org/10.1056/NEJM199003153221101>

Kelley, L. P., Weathers, F. W., McDevitt-Murphy, M. E., Eakin, D. E., & Flood, A. M. (2009). A comparison of PTSD symptom patterns in three types of civilian trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 22(3), 227-235. <https://doi.org/10.1002/jts.20406>

King, R., & Belsy, J. (2012). A Typological Approach to Testing the Evolutionary Functions of Human Female Orgasm. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 1145-1160.  
<https://doi.org/10.1007/s10508-012-0001-0>

Leiblum, S. R. (1998). Definition and classification of female sexual disorders. *International Journal of Impotence Research*, 10, 104-125. <https://doi.org/10.1201/b14618-47>

- Lotttes, I. L. (1991). Belief Systems: Sexuality and Rape. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 4(1), 37-59. [https://doi.org/10.1300/J056v04n01\\_05](https://doi.org/10.1300/J056v04n01_05)
- MacKinnon, C. A. (2016). Rape Redefined. *Harvard Law & Policy Review*, 10(2), 431-477. <https://doi.org/10.4159/9780674977761-026>
- Mallory, A. B., Stanton, A. M., & Handy, A. B. (2019). Couples' sexual communication and dimensions of sexual function: A meta-analysis. *The Journal of Sex Research*, 56(7), 882-898. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1568375>
- Martins, S. M. C. (2012). *Vitimização e Perpetração Sexual em Jovens Adultos: da Caracterização da Prevalência às Atitudes*. Tese não publicada, Escola de Psicologia, Universidade do Minho.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Little, Brown and Company.
- Messman-Moore, T. L., & Long, P. J. (2003). The role of childhood sexual abuse sequelae in the sexual revictimization of women: An empirical review and theoretical reformulation. *Clinical Psychology Review*, 23(4), 537-571. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00203-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00203-9)
- Mullick, S., Watson-James, D., Beksinska M., & Mabey, D. (2005). Sexually transmitted infections in pregnancy: prevalence, impact on pregnancy outcomes, and approach to treatment in developing countries. *Sexually Transmitted Infections*, 81(4), 294-302. <http://dx.doi.org/10.1136/sti.2002.004077>
- Nöthling, J., Lammers, K., Martin, L., & Seedat, S. (2015). Traumatic Dissociation as a Predictor of Posttraumatic Stress Disorder in South African Female Rape Survivors. *Medicine*, 94(16), 1-9. <https://doi.org/10.1097/md.0000000000000744>
- Obeid, S., Sacre, H., Haddad, C., Akel, M., Fares, K., Zakhour, M., Kheir, N., Salameh, P., & Hallit, S. (2019). Factors associated with fear of intimacy among a representative sample of the Lebanese population: The role of depression, social phobia, self-esteem, intimate

- partner violence, attachment, and maladaptive schemas. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(3), 486-494. <https://doi.org/10.1111/ppc.12438>
- O'Callaghan, E., Shepp, V., Ullman S. E., Kirkner, A. (2018). Navigating Sex and Sexuality After Sexual Assault: A Qualitative Study of Survivors and informal Support Providers. *The Journal of Sex Research*, 56(8) 1-13. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1506731>
- Okal, J., Chersich, M. F., Tsui, S., Sutherland, E., Temmerman, M., & Luchters S. (2011). Sexual and physical violence against female sex workers in Kenya: a qualitative enquire. *AIDS Care*, 23(5), 612-618. <https://doi.org/10.1080/09540121.2010.525605>
- Organização Mundial de Saúde OMS (n.d.). *Violência contra as mulheres*. <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>
- Pechorro, P. S., Pascoal, P. M., Pereira, N. M., Poiares, C., Jesus, S. N., & Vieira, R. X. (2017). Validação da versão portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino-6. *Revista Internacional de Andrología*, 15(1), 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2016.06.001>
- Pedrosa, A. A. S., Carmacho, L. A. B., Passos, S. R. L., & Oliveira, R. V. C. (2011). Consumo de álcool entre estudantes universitários. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(8), 1611-1621. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2011000800016>
- Perilloux, C., Duntley, J. D., & Buss, D. M. (2012). The Costs of Rape. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 1099-1106. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9863-9>
- Pinto, L. S. S., Oliveira, I. M. P., Pinto, E. S. S., Leite, C. B. C., Melo, A. N., & Deus, M. C. B. R. (2017). Women's protection public policies: evaluation of health care for victims of sexual violence. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1501-1508. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33272016>
- Rao, T. S. S. & Nagaraj, A. K. (2015). Female Sexuality. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(2), 296-302. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161496>

- Sandal, C. (2020). Drug-Facilitated Sexual Assault. *Workplace Health & Safety*, 68(3), 155. <https://doi.org/10.1177/2165079920901531>
- Saraiva, M., Amante, A., Marques, T. S., Ferreira, M., & Maia, C. (2021). Perfis Territoriais de Criminalidade em Portugal (2009-2019). *Finisterra*, 56(116), 49-73. <https://doi.org/10.18055/Finis20682>
- Smith, L. A. Kolokotroni, K. Z., & Turner-Moore, T. (2021). Making and Communication Decision About Sexual Consent During Drug-Involved Sex: A Thematic Synthesis. *Journal of Sex Research*, 58(4), 469-487. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1706072>
- Smith, S.G., Zhang, X., Basile, K.C., Merrick, M.T., Wang, J., Kresnow, M., Chen, J. (2018). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2015 Data Brief – Updated Release*. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/2015data-brief508.pdf>
- Sistema de Segurança Interna SSI. (2019). *Relatório Anual de Segurança Interna*. <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3D%3DBQAAAB%2BLCAAAAAAAAAABAAzNDA0sAA%3D>
- Sommers, R. (2020). Commonsense Consent. *The Yale Law Journal*, 129(8), 2232-2605.
- Spencer, C., Mallory, A., Toews, M., Stith, S., & Wood, L. (2017). Why Sexual Assault Survivors Do Not Report to Universities: A Feminist Analysis. *Family Relations*, 66(1), 166-179. <https://doi.org/10.1111/fare.12241>
- Stephoe, A., Jackson, S. E., Wardle, J. (2016). Sexual activity and concerns in people with coronary heart disease from a population-based study. *Heart*, 102(14), 1095-1099. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308993>

- Tiefer, L. (1991). Historical, scientific, clinical and feminist criticisms of “the human sexual response cycle”. *Annual Review of Sex Research*, 2(1), 1-23.
- Tirgari, B., Rafati, F., & Rabori, R. M. (2019). Effect of Sexual Rehabilitation Program on Anxiety, Stress, Depression and Sexual Function among Men with Coronary Artery Disease. *Journal of sex & marital therapy*, 45(7), 632-642. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1599091>
- Toledo, M., Drezett, J., Machi, G. S., Pereira, V. X., Raimundo, R. D., Oliveira, F. R., Tavares, L. F. B., Figueiredo, F. W. S., Paiva, L. S., Junior, V. S., Adami, F., & Abreu, L. C. (2015). Factors associated with the delay in seeking legal abortion for pregnancy resulting from rape. *International Archives of Medicine*, 8(29). <https://doi.org/10.3823/1628>
- Turchik, J. A., & Hassija, C. M. (2014). Female Sexual Victimization Among College Students: Assault Severity, Health Risk Behaviors, and Sexual Functioning. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(13), 2439-2457. <https://doi.org/10.1177/0886260513520230>
- Vieira, J. T., Santana, M. V. M., Lemos, V. A., & Sardinha, L. S. (2019). O impacto psicológico em mulheres vítimas de abuso sexual sobre seus futuros relacionamentos. *Diálogos Interdisciplinares*, 8(10), 59-68.
- Weatherall, A. (2019). Constituting and responding to domestic and sexual violence. *Gender and Language*, 13(2), 149-152. <https://doi.org/10.1558/genl.38967>
- Wels, E. S. (2018). O prazer pela dor, a dor pelo prazer: sadomasoquismo e perversão em A pianista. *Todas as Letras: Revista de Língua e Literatura*, 20(3), 146-152. <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6914/letras.v20n3p146-152>
- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2010). The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(1), 1-20. <https://doi.org/10.1080/00926230590475206>

World Health Organization WHO. (2021). *Devastatingly pervasive: 1 in 3 women globally experience violence.* <https://www.who.int/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>

## **ANEXOS**

## **Anexo A – Consentimento Informado**

O presente projeto de investigação científica tem como objetivo explorar e compreender o impacto da violência sexual na função sexual das mulheres.

Em seguida, pedir-lhe-emos que responda a algumas perguntas. A aplicação do questionário on-line será realizada a várias pessoas e não será solicitada nenhuma informação pessoal, tornando impossível associar as suas respostas à sua identificação, garantindo-lhe, por isso, total anonimato e confidencialidade.

A sua participação não lhe trará risco ou despesa e pode, a qualquer momento, recusar a continuidade da sua participação no estudo.

A sua participação é voluntária e os dados fornecidos são absolutamente confidenciais e serão utilizados apenas para fins científicos. Nesse sentido, por favor seja sincera.

O estudo deve demorar cerca de 10 minutos para concluir.

Caso aceite participar, pedimos de seguida o seu consentimento informado. A investigadora responsável pelo estudo disponibiliza-se para esclarecer quaisquer dúvidas - Francisca Oliveira: franciscabrardo@gmail.com, com a orientação da Professora Doutora Telma Sousa Almeida: telma.almeida@ispa.pt.

Ao clicar no botão abaixo, declaro que:

- Tenho pelo menos 18 anos de idade.
- Compreendi que a minha participação no estudo é voluntária.
- Sou uma mulher sexualmente ativa.
- Li e compreendi este documento e aceito participar neste projeto científico sobre o impacto da violência sexual na função sexual das mulheres, dando o meu consentimento informado e tendo a garantia que todos os meus dados permanecerão confidenciais.
- Tenho conhecimento de que posso optar por terminar a minha participação a qualquer momento, por qualquer motivo.

## Anexo B – Questionário Sociodemográfico

Idade

\_\_\_\_\_

Nacionalidade

\_\_\_\_\_

Qual é a sua orientação sexual?

- Heterossexual
- Homossexual
- Bissexual
- Pansexual
- Outro\_\_\_\_\_

Estado civil

- Solteira
- Casada
- União de facto
- Viúva
- Divorciada/Separada

Encontra-se numa relação?

- Não
- Se sim, há quanto tempo se encontra numa relação com o/a seu/sua parceiro/o atual?

\_\_\_\_\_

## Escolaridade

- Ensino básico ou equivalente
- Ensino secundário ou equivalente
- Ensino superior

Como considera a sua satisfação sexual?

- Muito pouco satisfeita
- Pouco satisfeita
- Nem pouco nem muito satisfeita
- Satisfeita
- Muito satisfeita

Em média, quantas vezes por semana realiza atividade sexual?

\_\_\_\_\_

Com que idade teve a sua primeira relação sexual?

\_\_\_\_\_

Quantos/as parceiros/as sexuais teve até hoje?

\_\_\_\_\_

## Anexo C - Análise Psicométrica Escala de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI-6)

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,777	6

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FSFI_2	,269	195	,000	,865	195	,000
FSFI_4	,271	195	,000	,795	195	,000
FSFI_7	,272	195	,000	,765	195	,000
FSFI_11	,224	195	,000	,837	195	,000
FSFI_16	,230	195	,000	,868	195	,000
FSFI_17_inv	,277	195	,000	,777	195	,000

a. Lilliefors Significance Correction

## Anexo D - Análise Psicométrica Brief Symptom Inventory (BSI)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,969	53

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BSI_1	,195	186	,000	,874	186	,000
BSI_2	,470	186	,000	,500	186	,000
BSI_3	,434	186	,000	,576	186	,000
BSI_4	,377	186	,000	,699	186	,000
BSI_5	,184	186	,000	,885	186	,000
BSI_6	,215	186	,000	,905	186	,000
BSI_7	,323	186	,000	,754	186	,000
BSI_8	,249	186	,000	,827	186	,000
BSI_9	,469	186	,000	,499	186	,000
BSI_10	,196	186	,000	,897	186	,000
BSI_11	,230	186	,000	,844	186	,000
BSI_12	,291	186	,000	,778	186	,000
BSI_13	,337	186	,000	,737	186	,000
BSI_14	,236	186	,000	,863	186	,000
BSI_15	,198	186	,000	,864	186	,000
BSI_16	,201	186	,000	,887	186	,000
BSI_17	,227	186	,000	,893	186	,000
BSI_18	,212	186	,000	,853	186	,000
BSI_19	,352	186	,000	,723	186	,000
BSI_20	,236	186	,000	,850	186	,000
BSI_21	,204	186	,000	,868	186	,000
BSI_22	,208	186	,000	,868	186	,000
BSI_23	,316	186	,000	,747	186	,000
BSI_24	,232	186	,000	,840	186	,000
BSI_25	,199	186	,000	,896	186	,000
BSI_26	,196	186	,000	,898	186	,000
BSI_27	,222	186	,000	,899	186	,000
BSI_28	,407	186	,000	,633	186	,000
BSI_29	,342	186	,000	,724	186	,000
BSI_30	,377	186	,000	,676	186	,000
BSI_31	,320	186	,000	,742	186	,000
BSI_32	,319	186	,000	,762	186	,000
BSI_33	,329	186	,000	,727	186	,000

BSI_34	,446	186	,000	,569	186	,000
BSI_35	,232	186	,000	,814	186	,000
BSI_36	,192	186	,000	,912	186	,000
BSI_37	,320	186	,000	,767	186	,000
BSI_38	,210	186	,000	,855	186	,000
BSI_39	,359	186	,000	,698	186	,000
BSI_40	,425	186	,000	,605	186	,000
BSI_41	,389	186	,000	,640	186	,000
BSI_42	,242	186	,000	,834	186	,000
BSI_43	,363	186	,000	,694	186	,000
BSI_44	,276	186	,000	,814	186	,000
BSI_45	,387	186	,000	,640	186	,000
BSI_46	,228	186	,000	,830	186	,000
BSI_47	,370	186	,000	,687	186	,000
BSI_48	,197	186	,000	,878	186	,000
BSI_49	,294	186	,000	,765	186	,000
BSI_50	,247	186	,000	,825	186	,000
BSI_51	,196	186	,000	,868	186	,000
BSI_52	,201	186	,000	,854	186	,000
BSI_53	,246	186	,000	,815	186	,000

a. Lilliefors Significance Correction

## Anexo E - Análise psicométrica Questionário de Experiências Sexuais – Forma de Vitimização

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,898	14

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SES_SFV1.1	,454	150	,000	,394	150	,000
SES_SFV1.2	,342	150	,000	,641	150	,000
SES_SFV2.1	,532	150	,000	,136	150	,000
SES_SFV2.2	,517	150	,000	,222	150	,000
SES_SFV3.1	,532	150	,000	,136	150	,000
SES_SFV3.2	,517	150	,000	,222	150	,000
SES_SFV4.1	,534	150	,000	,118	150	,000
SES_SFV4.2	,506	150	,000	,347	150	,000
SES_SFV5.1	,530	150	,000	,107	150	,000
SES_SFV5.2	,521	150	,000	,143	150	,000
SES_SFV6.1	,518	150	,000	,090	150	,000
SES_SFV6.2	,485	150	,000	,222	150	,000
SES_SFV7.1	,522	150	,000	,124	150	,000
SES_SFV7.2	,437	150	,000	,346	150	,000

a. Lilliefors Significance Correction

## **Anexo F - Pressupostos**

Tests of Normality

Grau	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statisti c	df	Sig.	Statisti c	df	Sig.
Somatização	Não vítima	93	<,001	,822	93	<,001
	Vítima de toques indesejados	32	,048	,898	32	,005
	Vítima de coersão sexual	20	,052	,879	20	,017
	Vítima de tentativa de violação	21	,002	,785	21	<,001
	Vítima de violação	20	,200*	,908	20	,059
Obses_Compuls	Não vítima	93	,002	,952	93	,002
	Vítima de toques indesejados	32	,200*	,981	32	,816
	Vítima de coersão sexual	20	,200*	,974	20	,827
	Vítima de tentativa de violação	21	,200*	,956	21	,446
	Vítima de violação	20	,200*	,977	20	,887
Sensis_Interp	Não vítima	93	<,001	,873	93	<,001
	Vítima de toques indesejados	32	,049	,908	32	,010
	Vítima de coersão sexual	20	,200*	,919	20	,096
	Vítima de tentativa de violação	21	,200*	,960	21	,512
	Vítima de violação	20	,200*	,946	20	,306
Depressão	Não vítima	93	<,001	,907	93	<,001
	Vítima de toques indesejados	32	,200*	,933	32	,047
	Vítima de coersão sexual	20	,082	,892	20	,029
	Vítima de tentativa de violação	21	,173	,928	21	,126
	Vítima de violação	20	,200*	,936	20	,200
Ansiedade	Não vítima	93	<,001	,878	93	<,001
	Vítima de toques indesejados	32	,068	,930	32	,039
	Vítima de coersão sexual	20	,200*	,937	20	,211
	Vítima de tentativa de violação	21	,200*	,919	21	,083
	Vítima de violação	20	,200*	,931	20	,159
Hostilidade	Não vítima	93	<,001	,946	93	<,001
	Vítima de toques indesejados	32	,042	,925	32	,029
	Vítima de coersão sexual	20	,040	,778	20	<,001
	Vítima de tentativa de violação	21	,047	,906	21	,045
	Vítima de violação	20	,146	,920	20	,097
Ansiedade_Fóbica	Não vítima	93	<,001	,780	93	<,001
	Vítima de toques indesejados	32	,025	,869	32	,001
	Vítima de coersão sexual	20	,200*	,917	20	,088
	Vítima de tentativa de violação	21	,200*	,918	21	,080
	Vítima de violação	20	,200*	,951	20	,384
Ideação_Paranóide	Não vítima	93	<,001	,888	93	<,001
	Vítima de toques indesejados	32	,172	,941	32	,080
	Vítima de coersão sexual	20	,200*	,964	20	,621
	Vítima de tentativa de violação	21	,200*	,966	21	,647
	Vítima de violação	20	,200*	,949	20	,355
Psicoticismo	Não vítima	93	<,001	,836	93	<,001
	Vítima de toques indesejados	32	,053	,903	32	,007
	Vítima de coersão sexual	20	,165	,911	20	,066
	Vítima de tentativa de violação	21	,097	,934	21	,169
	Vítima de violação	20	,200*	,927	20	,138
BSI_IGS	Não vítima	93	<,001	,870	93	<,001
	Vítima de toques indesejados	32	,069	,943	32	,092
	Vítima de coersão sexual	20	,200*	,932	20	,166
	Vítima de tentativa de violação	21	,136	,935	21	,170
	Vítima de violação	20	,200*	,954	20	,431

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

**Test of Homogeneity of Variance**

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Somatização	Based on Mean	,458	4	181	,767
	Based on Median	,552	4	181	,698
	Based on Median and with adjusted df	,552	4	171,24	,698
	Based on trimmed mean	,545	4	181	,703
Obses_Compuls	Based on Mean	3,279	4	181	,013
	Based on Median	2,822	4	181	,026
	Based on Median and with adjusted df	2,822	4	166,73	,027
	Based on trimmed mean	3,166	4	181	,015
Sensis_Interp	Based on Mean	1,137	4	181	,341
	Based on Median	,929	4	181	,448
	Based on Median and with adjusted df	,929	4	173,76	,449
	Based on trimmed mean	1,113	4	181	,352
Depressão	Based on Mean	2,470	4	181	,046
	Based on Median	1,936	4	181	,106
	Based on Median and with adjusted df	1,936	4	170,41	,107
	Based on trimmed mean	2,347	4	181	,056
Ansiedade	Based on Mean	1,066	4	181	,375
	Based on Median	,910	4	181	,459
	Based on Median and with adjusted df	,910	4	174,94	,459
	Based on trimmed mean	1,070	4	181	,373
Hostilidade	Based on Mean	2,894	4	181	,024
	Based on Median	2,568	4	181	,040
	Based on Median and with adjusted df	2,568	4	132,13	,041
	Based on trimmed mean	2,860	4	181	,025
Ansiedade_Fóbica	Based on Mean	1,020	4	181	,398
	Based on Median	1,243	4	181	,294
	Based on Median and with adjusted df	1,243	4	170,77	,295
	Based on trimmed mean	1,248	4	181	,292
Ideação_Paranóide	Based on Mean	1,103	4	181	,357
	Based on Median	1,123	4	181	,347
	Based on Median and with adjusted df	1,123	4	174,87	,347
	Based on trimmed mean	1,142	4	181	,338
Psicoticismo	Based on Mean	3,426	4	181	,010
	Based on Median	2,917	4	181	,023
	Based on Median and with adjusted df	2,917	4	180,60	,023
	Based on trimmed mean	3,457	4	181	,009
BSI_IGS	Based on Mean	1,306	4	181	,270
	Based on Median	1,281	4	181	,279
	Based on Median and with adjusted df	1,281	4	178,52	,279
	Based on trimmed mean	1,439	4	181	,223