



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

OTÁVIO PRADO ALABARSE

“O ACONTECIDO NÃO FOI COMIGO, MAS FOI”:

**A VIOLÊNCIA SEXUAL VIVENCIADA PELO PARCEIRO DA
VÍTIMA**

CAMPINAS

2018

OTÁVIO PRADO ALABARSE

“O ACONTECIDO NÃO FOI COMIGO, MAS FOI”:

A VIOLÊNCIA SEXUAL VIVENCIADA PELO PARCEIRO DA
VÍTIMA

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área
de Concentração de Saúde Mental.

ORIENTADOR: Prof. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO
ALUNO OTÁVIO PRADO ALABARSE, E ORIENTADO PELO
PROF. DRA. RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO.

CAMPINAS

2018

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica

Universidade Estadual de Campinas

Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas

Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

AL11a Alabarse, Otávio Prado, 1976-
"O acontecido não foi comigo, mas foi" : a violência sexual vivenciada pelo parceiro da vítima / Otávio Prado Alabarse. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Renata Cruz Soares de Azevedo.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Violência sexual. 2. Cônjuges. 3. Sistemas de apoio psicossocial. 4. Saúde mental. I. Azevedo, Renata Cruz Soares de, 1966-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: "It hasn't happened to me, but it did" : sexual violence experienced by the partner of the victim

Palavras-chave em inglês:

Sexual violence

Spouses

Psychosocial support systems

Mental health

Área de concentração: Saúde Mental

Titulação: Mestre em Ciências

Banca examinadora:

Renata Cruz Soares de Azevedo [Orientador]

Paulo Dalgalarrodo

Alessandra Elena Diehl Branco dos Reis

Data de defesa: 20-08-2018

Programa de Pós-Graduação: Ciências Médicas

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

OTÁVIO PRADO ALABARSE

ORIENTADOR: Prof. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo

MEMBROS:

- 1. PROF. DRA. Renata Cruz Soares de Azevedo**
 - 2. PROF. DR. Paulo Dalgarrondo**
 - 3. PROF. DR. Alessandra Elena Diehl Branco dos Reis**
-

Programa de Pós-Graduação em Mestre em Ciências - Área de
Concentração: Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca
examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 20/08/2018

DEDICATÓRIA

Aos que percorrem o sagrado caminho da Vida ao meu lado

A quem me ensinou a ler e amar a leitura

A quem me mostrou novos livros e colocou a divina fome do saber em mim

A quem verteu suor para eu ter acesso a esses livros

A quem respondia sempre aos meus pedidos dizendo “um dia” e com isso me ensinou a ter paciência e acreditar

A quem me tornou curioso e me ensinou que curiosidade são asas

A quem me mostrou que rir dos próprios erros é a sabedoria e nunca errar é apenas não viver

A quem me mostrou que navios não foram construídos para ficarem nos portos, e com isso me jogou para longe do meu conforto

A quem me abraça e me acolhe após cada viagem tempestuosa

Aos que me amam!

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Renata Azevedo, por me aceitar como seu aluno, por confiar no meu trabalho. Pela admiração que tenho na sua maneira ímpar de equilibrar sensibilidade e força, inteligência e humildade, vida acadêmica e vida familiar. Por estar presente em cada minuto do meu Mestrado.

À Professora Arlete Fernandes que coordena de maneira magistral este ambulatório, onde as respostas não são fáceis, e nunca são as mesmas.

À Cláudia Facuri pela amizade, pela admiração que tenho por sua luta pelas mulheres. E pela alegria que foi dividirmos o trabalho no ambulatório e no consultório.

Ao Professor Amilton dos Santos Jr., amigo que tanto nos ajuda e dá suporte em nosso ambulatório. E nos inspira com seu amor pela Academia.

Aos Professores Paulo Dalgarrondo, Egberto Turato, Rodolfo Pacagnella, Cláudio Banzato e Eloísa Valler Celeri, que compuseram minha banca de qualificação e contribuíram de maneira fundamental para clarear e lapidar o sentido desse meu trabalho.

A toda equipe do ambulatório especial do CAISM, que se dedica a reduzir a dor das mulheres que sofrem algumas das experiências mais atrozés possíveis. E que muito me ensinou nesses três anos de convivência e trabalho.

Um agradecimento especial à Beth, assistente social e ouvidora, que nos deixou de maneira inesperada, mas seu sorriso e sabedoria permanecem.

Aos funcionários do SAME, informática, estatística, secretaria e outros tantos que apoiam e tornam possível a pesquisa científica no Hospital da Mulher José Aristodemo Pinotti.

Aos residentes de psiquiatria que confiaram em mim para supervisioná-los e com isso me impulsionaram em meu próprio aprimoramento. Também me mostraram

que o sonho, o ideal e a ética permanecem vivos nas novas gerações de médicos.

Acima de tudo, agradeço todos os parceiros que confiaram em nós para compartilhar seus sofrimentos e muito nos ensinaram.

Enfim, agradeço à Vida por desenhar caminhos e tornar possível este Mestrado, algo que por muito tempo só aconteceria “um dia”.

*Caminante son tus huellas el camino y nada más
Caminante, no hay camino se hace camino al andar*

Al andar se hace camino

Y al volver la vista atrás

Se ve la senda que nunca

Se ha de volver a pisar

Caminante no hay camino sino estelas en la mar

Hace algún tiempo en ese lugar

Donde hoy los bosques se visten de espinos

Se oyó la voz de un poeta gritar

Caminante no hay camino, se hace camino al andar

Golpe a golpe, verso a verso

(...)

Antônio Machado

(1875 – 1939)

RESUMO

O cuidado em saúde mental é fundamental para mulheres que sofreram violência sexual (VS). O aparecimento e agravamento de sintomas e transtornos psiquiátricos dependem de vários fatores, entre eles, personalidade prévia, tipo de trauma e rede de apoio social. Esta última é muito importante, no entanto nem sempre está estruturada para lidar com esta situação. Há escassez de abordagens dirigidas à rede, especialmente para os/as parceiros(as), que podem apresentar intenso sofrimento, e raramente são incluídos na linha de cuidado em VS. **OBJETIVOS:** Promover suporte em saúde mental aos parceiros(as) de mulheres que sofreram VS, com o intuito de conhecê-los(las) melhor, entender seu sofrimento e dar suporte para lidarem com a situação de VS. **MÉTODO: Tipo de estudo:** Estudo exploratório com método misto (quantitativo e qualitativo). **Sujeitos:** Homens e mulheres, maiores de 18 anos, parceiros e parceiras de mulheres atendidas no Ambulatório de Atendimento Especial do CAISM/ UNICAMP. **Instrumentos:** Entrevistas semiestruturadas. **Procedimentos:** Os parceiros que aceitaram o convite receberam até quatro atendimentos realizados por psiquiatra com objetivo de *counseling*, direcionados ao evento traumático. **RESULTADOS:** Os parceiros relataram vivências de sofrimento após a violência sexual da companheira, com destaque para sentimentos de raiva e culpa; alteração do sono e do apetite; sintomas de ansiedade e depressão, além de pensamentos repetidos sobre a violência sexual. O modelo de atendimento realizado contribuiu com melhora no bem-estar psíquico nos parceiros. Houve maior adesão ao tratamento das mulheres cujos parceiros aderiram ao atendimento oferecido. **CONCLUSÃO:** A intervenção proposta representou uma ferramenta importante na elaboração das vivências de sofrimento dos parceiros, podendo ser incorporada na abordagem da violência sexual.

Palavras chave: Violência sexual, parceiro(a), rede de apoio, parceiro(a) não-agressor(a), saúde mental.

ABSTRACT

Mental health care is important for women who have suffered sexual violence (SV). The appearance and worsening of symptoms and psychiatric disorders depend on several factors: previous personality, type of trauma and social support network. The latter is very meaningful; however, it is not always structured to address this situation. There is a shortage of approaches aimed at the social network, especially for partners. Despite of the recognition of the importance of the support network, with emphasis on family and partners, there is a shortage of approaches aimed at them, who may experience intense suffering, and are rarely included in the SV care line. **OBJECTIVES:** Promote mental health support to the partners of women who have suffered from SV, in order to know them better, understand their suffering and provide support to deal with the SV situation **METHOD: Type of study:** Mix-method (quantitative and qualitative) and prospective research. **Subjects:** Men and women, over 18 years old, partners of women attended at the UNICAMP / CAISM Special Care Outpatient Clinic. **Instruments:** Semi-structured interviews. **Procedures:** The subjects who accepted the invite received up to four psychiatric consultations for counseling purposes directed to the traumatic event. **RESULTS** The partners reported experiences of suffering after their partner's sexual violence, especially feelings of anger and guilt; change in sleep and appetite; symptoms of anxiety and depression, as well as repeated thoughts about sexual violence. The model of care provided contributed to an improvement in the psychic well-being in the partners. There was greater adherence to treatment of women whose partners adhered to the care offered. **CONCLUSION:** The proposed intervention represented an important tool in the elaboration of partners' experiences of suffering and could be incorporated in the sexual violence approach.

Key words: Sexual violence, partner, network, non-aggressor partner, mental health.

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1: estudo.....	46
Fluxograma 2: sujeitos do estudo.....	50
Tabela 1 - Número de intervenções realizadas nos parceiros de mulheres atendidas por VS.....	51
Gráfico 1: Taxa de abandono do parceiro aos atendimentos: desde o convite feito pelo entrevistador até a conclusão (entrevista final).....	51
Tabela 2 – perfil sociodemográfico dos sujeitos.....	52
Gráfico 2 – estado civil dos sujeitos.....	53
Tabela 3 – Tempo de relação.....	53
Tabela 4 – Antecedentes dos parceiros.....	54
Gráfico 3: Tipo de violência sofrida entre os parceiros que sofreram violência pessoal anterior à VS (em números).....	55
Gráfico 4: Resumo das mudanças ocorridas após a VS da parceira.....	55
Gráfico 5 – Mudanças físicas após a VS.....	56
Gráfico 6 – Mudanças psíquicas após a VS.....	56
Gráfico 7 – Mudanças Sociais/ Emocionais após a VS	57
Tabela 5: Parceiro presente durante a VS.....	57
Gráfico 8 – Adesão do parceiro ao tratamento proposto.....	59

SUMÁRIO

Lista de tabelas, gráficos e fluxogramas.....	09
Resumo.....	12
Abstract.....	13
1-Introdução.....	14
2-Justificativa.....	23
3-Hipóteses.....	24
4-Objetivos.....	25
5- Sujeitos e Métodos.....	26
5.1 – Desenho do estudo.....	26
5.2 – Local da pesquisa.....	26
5.3 – Sujeitos.....	26
5.4 – Critérios para suspensão ou encerramento da pesquisa.....	29
5.5 – Aspectos éticos.....	29
5.6 – Definição de termos e conceitos utilizados.....	31
5.7 – Instrumentos e formulários.....	33
5.7.1 – Carta-convite.....	33
5.7.2 – TCLE.....	33
5.7.3 - Ficha de coleta de dados: parceiro.....	33
5.7.4 – Roteiro de Entrevista do parceiro.....	36
5.7.5 – Ficha de coleta de dados: paciente.....	36
5.7.6 – Gravação da última entrevista.....	38
5.8 - Procedimentos.....	39
5.9 - Fluxograma do Estudo.....	42
5.10 – Processamento e análise dos dados.....	43
5.11 – Controle de qualidade.....	43
6- Resultados.....	45
6.1- Resultados quantitativos.....	47
6.2- Resultados qualitativos.....	55
6.3 – Grupo de intervenção e grupo comparador.....	72
7 – Discussão.....	75
7.1 – Sinopse e discussão dos dados quantitativos dos parceiros.....	76
7.2 - Sinopse e discussão dos dados qualitativos dos parceiros.....	79

7.3 – Sinopse e discussão sobre os grupos intervenção e comparador.	90
8 - Conclusões.....	92
9 - Referências bibliográficas	93
10- Anexos.....	100
10.1- ANEXO 1: Carta – convite.	100
10.2- ANEXO 2: TCLE.....	101
10.3- ANEXO 3: Ficha de coleta de dados do Parceiro.....	104
10.4- ANEXO 4: Roteiro de Entrevista.....	107
10.5- ANEXO 5: Ficha de coleta de dados da Paciente (prontuário) ...	108
10.6- ANEXO 6: Aprovação CEP DTG – CAISM.....	111
10.7- ANEXO 7: Artigo Científico.....	114
10.8- ANEXO 8: Comprovante de submissão do artigo.....	131

1- INTRODUÇÃO

A violência sexual (VS) ocorre em todos os tipos de sociedade e afeta pessoas de qualquer idade, classe social e etnia. Os autores da VS podem ser desconhecidos, conhecidos ou mesmo familiares. No caso da violência contra as mulheres, os agressores muitas vezes são os parceiros, maridos ou namorados¹.

A agressão pode ocorrer em qualquer momento da relação², com ameaça verbal, física e até mesmo com o uso de arma de fogo.³ É difícil estimar a magnitude da VS. As vítimas tendem a silenciar sobre o assunto, seja por medo de represália, vergonha, sentimentos de humilhação e culpa⁴.

Apesar desta dificuldade, e considerando-se apenas os casos registrados em bancos de dados policiais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta para uma prevalência de estupro entre 2 e 5% nos diferentes países do mundo.⁵ Pesquisas mais recentes, porém, apontam para um número mais elevado de mulheres vítimas de VS, variando de 1 em cada 6⁶ a 1 em cada 4 mulheres.⁷ Estudo feito nos Estados Unidos mostrou que 26% das estudantes universitárias norte-americanas relatam ter sofrido ao menos uma agressão sexual durante o período de faculdade.⁸

Dados da Organização das Nações Unidas (ONU) retratam que mulheres com idades entre 15 e 44 anos correm mais risco de serem estupradas e espancadas do que de sofrer de câncer ou ser vítima de acidente de carro.⁹ Mais alarmante que estes números, são os apontados por Norton e Kobusingye (2013): há uma expectativa de que os traumas, e entre eles a VS, aumentem até 2030 nos países em desenvolvimento.¹⁰ Um mapa mundial da violência

desenhado pela OMS mostra o Brasil como o quinto país em mortalidade de mulheres por homicídio.¹¹

Ribeiro, Mari et al (2013) mostraram que transtornos psiquiátricos e eventos traumáticos estão relacionados, especialmente violência, e são extremamente comuns no Brasil, especialmente em São Paulo e Rio de Janeiro. Esta relação apoia a ideia de que transtornos neuropsiquiátricos e causas externas tornaram-se um importante problema de saúde pública, devendo ser uma prioridade em assistência, pesquisa e políticas públicas.

Este estudo também identificou que fatores ambientais podem tamponar os impactos negativos da violência e outros estressores urbanos. Sugerindo assim, a implementação de intervenções destinadas a melhorar a qualidade de vida nos centros urbanos.¹² Entre essas, são de extrema importância as medidas para evitar a VS, e atender suas vítimas quando ela ocorre.

A OMS reconheceu a VS como um problema de saúde pública em 1993, e redigiu a Declaração de Eliminação de Violência contra as Mulheres.¹³ Esta declaração, em linhas gerais, define o que é violência contra mulheres, delinea as classes de agressão que ela engloba, iguala os direitos em relação aos homens, obriga o Estado a condenar a violência contra as mulheres a despeito de religiões e culturas e conclama todas as agências das Nações Unidas a fazer valer essa declaração.

No Brasil, em 1985, surgiu a primeira delegacia de Atendimento Especializado à Mulher (DEAM), no âmbito da Segurança Pública, buscando criar uma instância específica para acolher as denúncias de violência por parte das mulheres.¹⁴

No setor de Saúde, porém, a resposta foi mais tardia e foram necessários nove anos desde a criação do primeiro serviço de atendimento às vítimas de VS para que o Estado estabelecesse as normas para a implantação e funcionamento deste tipo de serviço.

Em 1999, a *Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes* do Ministério da Saúde¹⁵ lançou as bases operacionais da política de atendimento a mulheres e adolescentes que sofreram violência sexual. Esta norma estimulou a criação, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de serviços e atendimento às mulheres vítimas de VS e redes de referência que facilitem o acesso das mulheres a estes equipamentos. No entanto, a estruturação e manutenção destes serviços e redes não têm sido uma tarefa simples, exigindo esforços continuados de articulação técnica e política.⁵

Essa tarefa se mostra ainda mais desafiadora considerando-se que as intervenções da equipe multidisciplinar têm que começar imediatamente após o estupro¹⁶ e muitas vezes envolvem atendimento de adolescentes que necessitam de um cuidado ainda mais particularizado.¹⁷

O município de Campinas desenvolveu, há quase duas décadas, um programa implantado pela Secretaria Municipal de Saúde e financiado pelo Ministério da Saúde. Ele oferece desde 2001, um projeto de atendimento intersetorial e interinstitucional às vítimas de violência sexual.

O Projeto Iluminar Campinas: Cuidando das Vítimas de Violência Sexual abrange atuações em diversas áreas. Inclui saúde, educação, assistência social, jurídica e de cidadania. Oferece também cuidados em saúde nas esferas física, mental, social e civil a todas as vítimas de violência sexual urbana ou doméstica.

Este projeto visa prevenir gravidez por estupro e as doenças sexualmente transmissíveis virais e não virais. Além de intervir na cadeia de violência por meio do cuidado às pessoas autoras da agressão, em ambiente não policial. Cria ainda, indicadores gerenciais e epidemiológicos da violência sexual no município a partir do banco de dados dos casos notificados.¹⁸

O Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), anteriormente denominado CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher) integra a rede de instituições parceiras do projeto Iluminar Campinas. É um hospital terciário, universitário, especializado na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido.

O CAISM é a referência local (município de Campinas) e regional para atendimento de mulheres vítimas de violência sexual (pós-púbere, menopausada e não púbere maior que 14 anos que relate ter sido vítima de violência sexual). Abrange, inclusive, assistência à gestação decorrente de estupro e interrupção legal quando indicada, com funcionamento ininterrupto.

As pacientes são encaminhadas para atendimento ambulatorial após este primeiro cuidado no pronto-socorro (atendimento imediato). Preconiza-se que o tratamento ambulatorial seja iniciado em até sete dias do atendimento inicial realizado no atendimento imediato. Além disso, espera-se que o tratamento da paciente tenha uma duração de seis meses ao menos, em função do seguimento sorológico. O atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar composta por ginecologistas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogas e psiquiatras.^{18,19}

Os dados acima sugerem que a padronização da atenção às mulheres vítimas de VS já está bem estabelecida, desde a abordagem na emergência

^{20,21,6,22}, até o tratamento ambulatorial, embora saiba-se que o cuidado ágil e em rede ainda não é uma realidade na maior parte do país.

Paralelamente, o estudo e entendimento da rede de apoio a estas mulheres também já conta com muitas pesquisas e direcionamentos.^{23,24,25,26} A rede de apoio pode incluir familiares, amigos e a estrutura mais ampla de cuidado. Por tratar-se de uma violência com características particulares, um dos elementos centrais da rede é o(a) parceiro(a). A maioria dos estudos que abordam os parceiros, em geral, falam do parceiro agressor, como citado no início desta introdução. Porém, são poucos os trabalhos na literatura que falam especificamente do parceiro como participante, por vezes central, dessa rede de apoio.

Embora haja uma rede de cuidado à mulher que sofre VS, existe uma distância entre a mulher sofrer a VS e receber os cuidados necessários, seja em saúde, em segurança ou outros setores. Esta distância, por vezes, é o “contar”, seja para familiares e amigos, ou diretamente para os serviços de apoio. O primeiro passo para a paciente acessar a rede formal de atenção à violência sexual, exposta nos exemplos acima, pode passar e depender do relato do trauma para alguém da rede informal (familiares, amigos, colegas do trabalho e da escola).²⁶

Contar sobre a agressão sexual aos outros pode criar oportunidades para um entendimento ampliado sobre o evento e sobre o suporte social. Isto pode mitigar os efeitos negativos dessa violência.²⁷ Por outro lado, é preciso mantermos em mente que as vítimas que relatam a violência sofrida correm risco de retaliação, estigmatização ou rejeição (pela família ou pela comunidade como um todo).²⁸

Campbell e Wasco (2005) têm estudado o impacto da VS na rede de apoio à vítima de estupro. Relatam que nos últimos 20 anos pesquisadores têm documentado o problema disseminado do estupro na sociedade norte-americana. Afirmam que uma em quatro mulheres são vítimas de VS durante seu período de vida adulta. Isso causa severos danos psicológicos e problemas de saúde crônicos ²⁹.

O trabalho dessas duas pesquisadoras é de fundamental importância para entendermos melhor, não só o impacto da VS nas mulheres, mas também o papel da rede de apoio às vítimas de VS. Conhecer a constituição, a estruturação e o suporte da rede é muito importante. Destaca-se ainda a relevância de avaliar o impacto que o “contar” sobre a VS tem nessa rede e as reações que se seguem a isso.

O impacto da VS se estende muito além das vítimas sobreviventes do estupro. Atinge suas famílias, amigos e outras pessoas significativas que são negativamente afetadas. Além disso, aqueles que auxiliam as vítimas de VS, como advogados, terapeutas, médicos e pesquisadores de violência sexual também podem experimentar traumas importantes. ⁷

Banyard (2010) estudou a frequência de pessoas que receberam a notícia de estupro de uma amiga, bem como o impacto nos amigos quando a mulher vítima de VS revela que sofreu essa violência. Os alunos de graduação (N = 1.241) da Universidade de New Hampshire responderam à pesquisa. Os resultados revelaram que cerca de 1 em cada 3 estudantes do sexo feminino e 1 em cada 5 estudantes do sexo masculino foram informados por uma amiga que elas foram vítimas de uma experiência sexual indesejada. Essa pesquisa

constatou ainda que mulheres sofrem um distúrbio emocional maior com essa notícia do que os homens.³⁰

Esse estudo aponta ainda a importância de se preparar a comunidade para oferecer uma resposta melhor caso alguma amiga compartilhe essa experiência de violência.³⁰ As relações sociais podem moderar os efeitos do estresse na saúde e no bem-estar dos indivíduos. E a percepção de um suporte e a disponibilidade do mesmo estão relacionadas com melhor bem-estar físico e mental.³¹

Campbell elencou os fatores que predizem se um amigo ou familiar tem maior ou menor probabilidade de ser um bom suporte para uma mulher que sofreu VS.^{32, 33}

As reações positivas que alguém da rede de apoio pode ter, apontadas nestes estudos são: *“dizer que o estupro não é culpa da mulher que sofreu VS”*, *“permitir que ela fale”*, *“acompanhá-la à polícia”*, *“ajudá-la a encontrar informações para enfrentamento/terapia”*, *“ajudá-la a conseguir cuidados médicos”* e *“dizer a ela que acredita no que ela está contando”*.

Já as reações negativas são: *“encorajar que a mulher mantenha o estupro em segredo”*, *“chamar a mulher de irresponsável”*, *“ter uma atitude paternalista com a vítima”*, *“estimulá-la a procurar vingança”*, *“tentar controlar as decisões da vítima”* e *“dizer para a mulher simplesmente seguir em frente com sua vida”*.

Em paralelo, outros estudos que buscam trabalhar com a comunidade apontam como preparar as pessoas para agirem caso testemunhem situações de violência, além de dar melhor suporte às vítimas.^{34,35, 36}

Um número crescente de pesquisas sugere que o tipo de reação social que as sobreviventes da VS recebem dos outros pode ter um profundo impacto

em sua saúde e bem-estar. Mas ainda é pouco conhecido o impacto na relação entre a vítima de VS e as pessoas para as quais ela revela a violência.

Pesquisas indicam que a maioria das mulheres que sofre violência sexual relata o ocorrido para pelo menos uma pessoa da rede de apoio informal (familiar, amigos, colegas de trabalho e de escola).³⁷

Os principais fatores responsáveis pela evolução do relacionamento após a VS são a qualidade da relação prévia ao estupro e a percepção que a vítima tem da reação que os parceiros demonstraram enquanto elas relatavam a violência.²⁶ Além disso, para a vítima de VS, compartilhar a experiência tem impacto direto na sua opção de buscar ajuda médica e judicial, além de influenciar no seu adoecimento físico e psíquico.^{4, 24}

Barr (2014) investigou a importância dos relacionamentos amorosos na saúde física e mental. Ele estudou as diferenças individuais na saúde autorreferida e no sofrimento psicológico entre os casais, além de fazer uma comparação com as pessoas que não têm um parceiro(a). Em seu trabalho, apontou que ter um vínculo afetivo é um preditor de melhor saúde. Porém, a qualidade do relacionamento/ ligação responde mais por essa relação do que o estado civil simplesmente.³⁸

Há um número crescente de pesquisas que apontam o impacto do estupro nos familiares e amigos. O mesmo ocorre em relação a como preparar as pessoas para dar suporte caso recebam um relato dessa natureza. No entanto, pouco se tem estudado sobre o impacto do estupro nos parceiros, e principalmente que tipo de suporte oferecer aos mesmos.

Assim como o suporte recebido da rede informal pode influenciar no encaminhamento para a rede formal, cabe à rede formal entender o impacto do

relato da VS nos integrantes dessa rede informal. O presente estudo foi direcionado para o entendimento do impacto deste “contar” nos parceiros das mulheres que sofreram agressão sexual, além de propor uma abordagem terapêutica breve.

Baseado nestas informações sobre trauma e rede de apoio, propusemos este estudo sobre os parceiros(as) das mulheres vítimas de VS. Ele pretende estabelecer um melhor conhecimento sobre esses parceiros(as), seus sofrimentos e recursos para lidarem com o trauma. Visa ainda oferecer uma forma de acolhimento direcionado para a questão da violência sexual sofrida por suas mulheres. Em outras palavras, este estudo se propôs a olhar para os parceiros(as) além da sua condição de rede de apoio, legitimando seu sofrimento e buscando acolher essa dor.

2- JUSTIFICATIVA

A evolução, amenização e por vezes a resolução do sofrimento mental relacionado a eventos traumáticos, com destaque para a VS, dependem de vários fatores. Entre eles, o suporte recebido, no qual destaca-se o apoio do(a) parceiro(a). Este último é muito importante, no entanto, nem sempre o(a) parceiro(a) está estruturado(a) para lidar com esse evento.

Apesar da importância do parceiro(a) no contexto da VS, existem poucos estudos voltados para essa população.

A partir disto, torna-se relevante descrever os sentimentos vivenciados pelos(as) parceiros(as) de mulheres que sofreram violência sexual, realizar suporte terapêutico breve e avaliar o impacto desta abordagem no seu sofrimento.

3- HIPÓTESES

- 3.1- O atendimento terapêutico breve permitirá conhecer os parceiros(as) de mulheres que sofreram VS, compreender o impacto desta violência neles(as), além de auxiliá-los(as) na ressignificação desta vivência.
- 3.2- Os principais sentimentos apresentados serão raiva e impotência, além de sintomas ansiosos e depressivos.
- 3.3- O atendimento terapêutico breve promovido no formato de *counseling* se mostrará uma intervenção adequada nesse contexto de trauma.
- 3.4- A maioria dos parceiros/as relatará efeito positivo do atendimento terapêutico breve realizado.
- 3.5- Haverá melhor evolução psíquica nas parceiras cujos companheiros(as) receberam o atendimento quando comparadas com mulheres as quais os parceiros(as) não receberam este cuidado.

4 - OBJETIVOS

4.1- Objetivo geral

Analisar os sentimentos relatados pelos parceiros(as) de mulheres que sofreram VS, além de promover atendimento terapêutico breve e discutir o impacto do mesmo em suas emoções.

4.2- Objetivos específicos

- 4.2.1-** Apresentar as vivências referidas pelos(as) parceiros(as) nas esferas psíquicas, físicas e sociais/emocionais.
- 4.2.2-** Explorar o modelo de intervenção breve para suporte aos parceiros das mulheres vítimas de VS (*counseling*).
- 4.2.3-** Discutir o efeito da intervenção proposta nos parceiros.
- 4.2.4-** Comparar a evolução das mulheres cujos parceiros(as) receberam atendimento com aquelas que os companheiros não o receberam.

5 - SUJEITOS E MÉTODOS

5.1 – Desenho do estudo

Pesquisa-ação, de caráter exploratório e descritivo que usou metodologia mista, quantitativa e qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas e proposta de atendimento, com parceiros(as) de mulheres que sofreram VS. Usando a definição de Tripp (2005), pesquisa-ação é definida como uma tentativa continuada, sistemática e empiricamente fundamentada de aprimorar a prática.³⁹

5.2 - Local da pesquisa

Consultório de atendimento individual no Ambulatório de Atendimento Especial (AEE) do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, antigo CAISM. Este é um hospital da UNICAMP especializado no atendimento ginecológico e obstétrico, voltado, portanto para o atendimento de mulheres. É o centro de referência na região de Campinas e cidades vizinhas.

Este ambulatório conta com diversas salas preparadas para consultas ginecológicas e clínicas. O atendimento para vítimas de VS é realizado às quintas-feiras à tarde. É realizado por toda a equipe multidisciplinar. O atendimento aos parceiros(as) foi feito neste mesmo local.

5.3 - Sujeitos

A população do estudo foi composta de parceiros(as) de mulheres vítimas de VS atendidas no Ambulatório de Atendimento Especial do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti que iniciaram acompanhamento entre janeiro de 2016 e dezembro de 2017.

Os critérios de inclusão foram:

- Mulher vítima de violência sexual (*paciente*) maior de 18 anos;
- Parceiro(a) maior de 18 anos;
- Parceiro(a) em relacionamento com a vítima de violência sexual há pelo menos um ano;
- Parceiro(a) que concordou e assinou o TCLE.

Os critérios de exclusão foram:

- Parceiro(a) perpetrador da violência sexual;
- Parceiro(a) portador de transtorno mental grave que comprometesse a compreensão e/ou seguimento da pesquisa.

Com o intuito de evitar confusão de termos, adotou-se a palavra “parceiro(a)” para os(as) companheiros(as) das mulheres que sofreram VS – são estes os sujeitos do presente estudo. As mulheres que sofreram VS são denominadas neste estudo como “pacientes”.

Foram considerados parceiros(as) os maridos, esposas, noivos, noivas, namorados ou namoradas das mulheres que sofreram violência sexual, tendo um tempo mínimo de relação de um ano. Além disso, em todo o texto dessa pesquisa, utilizaremos o termo “parceiro”, “parceiros”. Isso se deve mais a uma facilidade textual. No entanto, as parceiras nos casais homossexuais também foram convidadas a participarem do estudo.

O estudo foi desenhado inicialmente com um período de um ano de atendimento aos parceiros/ coleta de dados, esperando-se o fechamento da amostra por saturação de dados. O encerramento por saturação de dados é operacionalmente definido como a suspensão da inclusão de novos participantes

quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Noutras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estavam sendo coletados.

Porém, ao final deste período, observamos não haver material suficiente que permitisse uma análise qualitativa satisfatória. Assim, os atendimentos/coleta de dados foram prolongados por mais um ano. Com esse acréscimo de tempo, pudemos incluir novos sujeitos, conhecê-los melhor e termos material para uma análise mais apropriada.

Para descrever os sujeitos elegíveis para o estudo foi desenhado um fluxograma que será apresentado abaixo (item 5.9). Para construção deste fluxograma foram usados dados do atendimento obtidos junto aos departamentos de estatística e de informática do CAISM. Foram feitas duas listas de pacientes: uma das pacientes que compareceram ao atendimento imediato e outra com as pacientes que foram atendidas no ambulatório especial ao menos uma vez. Além da listagem fornecida pelo sistema, foi feita uma checagem cruzada com o caderno de notas da enfermagem do imediato, no qual são anotadas todas as pacientes que são atendidas nesse lugar. E, além disso, nos casos em que houve dúvida se a paciente compareceu ao ambulatório, foi checado no prontuário eletrônico para obter esse dado.

Com a lista das pacientes que efetivamente foram ao ambulatório, separou-se o grupo de pacientes com 18 anos ou mais. Então, procedeu-se uma revisão de prontuários pelo pesquisador para saber se as pacientes tinham

parceiros elegíveis para o estudo. Além do campo de estado civil presente no formulário de atendimento de todos os profissionais, havia no campo da enfermagem um espaço para anotação se a paciente tem ou não um relacionamento atual, e em caso afirmativo, há quanto tempo. Isso permitiu quantificar os potenciais sujeitos para essa pesquisa. Por outro lado, as anotações do pesquisador no ambulatório especial, permitiram completar o fluxograma apresentado acima.

5.4 - Critérios para suspensão ou encerramento da pesquisa

O critério estabelecido foi a piora da condição psicológica/psiquiátrica do parceiro. Esse critério foi estabelecido, pois o atendimento proposto estava restrito à quatro consultas e não incluía a possibilidade de iniciar tratamento medicamentoso. Assim, se algum parceiro era identificado com um transtorno psiquiátrico severo, era encaminhado para o tratamento psiquiátrico adequado.

5.5 – Aspectos éticos

Aos sujeitos elegíveis, era feita a apresentação da pesquisa, do modelo de atendimento e assinado o TCLE que foi lido pelo entrevistado. Nele era explicitado o objetivo da pesquisa, no que consistia e seus potenciais benefícios. As dúvidas eram dirimidas e era reiterado que sua recusa em participar, em qualquer ponto da intervenção não acarretaria em qualquer prejuízo ao seguimento de sua parceira (paciente).

Os principais desconfortos referiam-se ao tempo dispendido e deslocamento para o CAISM. Além disso, a abordagem de temas que poderiam trazer sofrimento ao entrevistado. Este último foi potencialmente minimizado pela oferta de auxílio representada pelos atendimentos.

Os riscos estavam associados a uma descompensação psíquica desencadeada pela abordagem dos sentimentos experienciados com a VS da parceira do entrevistado. Tal risco foi minorado através de consultas realizadas por profissional experiente, habilitado a conduzir o atendimento e avaliar a necessidade de encerrá-lo e/ou encaminhar o entrevistado para atendimento psiquiátrico, se necessário.

Os benefícios esperados foram a diminuição do sofrimento psíquico dos parceiros das mulheres que sofreram VS, fortalecimento de sua resiliência para lidar com o trauma ocorrido e detecção precoce do desenvolvimento de transtornos mentais decorrentes dessa situação, caso isto ocorresse. Nos casos específicos em que os parceiros precisaram de segmento psiquiátrico, foi feita articulação com a rede de saúde para que ele seguisse em sua unidade de referência, à semelhança do que é feito muitas vezes com as próprias mulheres que necessitam de acompanhamento por um período mais prolongado.

Com essa atenção aos parceiros, espera-se que eles possam oferecer um apoio mais estruturado e de melhor qualidade às mulheres vítimas de VS. E com uma melhor rede de apoio, é provável que elas tenham uma evolução melhor da experiência traumática, um benefício indireto dessa pesquisa.

Em relação à instituição em que se deu a pesquisa e ao pesquisador, o benefício esperado está em demonstrar uma nova abordagem da violência sexual, integrando de maneira sistemática a atenção aos parceiros. Isso se constitui em um atendimento inovador e pode servir de referência aos outros centros de atenção à VS.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia (DTG) do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti /CAISM – UNICAMP: número de protocolo 62/015 (Anexo 7).

5.6 – Definição de termos e conceitos utilizados

- **Atendimento imediato:** é o primeiro atendimento que a paciente recebe ao chegar ao Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, antigo CAISM. Nele, as pacientes recebem atendimento do residente de ginecologia e do enfermeiro de plantão. Quando o atendimento ocorre de segunda a sexta-feira em horário comercial também recebem consulta das psicólogas e assistentes sociais que fazem parte da equipe do ambulatório de atendimento especial às mulheres vítimas de VS. Neste atendimento é definido o tipo de violência que a mulher sofreu e quais profilaxias devem ser instauradas, além de já ser encaminhada como “caso novo” para o ambulatório de atendimento especial.

-**Ambulatório de Atendimento Especial do CAISM:** este é o ambulatório destinado ao cuidado das mulheres vítimas de VS na região metropolitana de Campinas. Conta com uma equipe multidisciplinar composta por ginecologistas, psiquiatras, enfermeiros, psicólogas e assistentes sociais. Em relação ao atendimento psiquiátrico, ele é feito por residentes do terceiro ano de psiquiatria e residentes do quarto ano de psiquiatria da infância e adolescência. O seguimento padrão das pacientes se dá por seis meses em virtude do seguimento sorológico. No entanto, este período pode ser prolongado se houver necessidade clínica e/ou social por parte das pacientes.

- **Coping**: refere-se à capacidade que cada indivíduo tem de lidar com as exigências da vida e também com demandas internas, de ordem psíquica. A capacidade de *coping* pode ser exigida desde situações cotidianas até em situações de violência extrema como as apresentadas pelas pacientes que sofrem VS, bem como com seus parceiros(as), sujeitos desse estudo. ⁴⁰

-**Counseling**: tem origem na palavra inglesa que significa “aconselhamento”. É um processo que se dá entre duas pessoas, sendo um profissional, voltado a uma orientação específica, ajudando a pessoa em um momento de dúvidas e tomadas de decisões. Tem um foco maior na potencialidade da pessoa que busca esse “aconselhamento” do que no problema em si. É caracterizado também por ser uma ajuda de forma rápida e pontual. ⁴¹

- **Psicoterapia Breve**: essa forma de psicoterapia surgiu na década de 1930 quando alguns autores começaram a discordar das técnicas postuladas por Freud. Elas se diferenciam do modelo freudiano por ter um conjunto de características bem distintas: a psicoterapia breve requer foco, estratégias e objetivos. O termo “breve” visa se contrapor ao tempo que pode levar uma psicanálise convencional, mas uma psicoterapia breve pode durar até um ano. No entanto esse termo foi adotado nesse estudo em virtude dos elementos dessa modalidade de terapia, sobretudo o foco na interação entre o terapeuta e o sujeito de pesquisa. ⁴²

- **Transtorno Psiquiátrico Grave (TPG)**: consideramos TPG todos aqueles transtornos mentais que podem comprometer o entendimento que o sujeito tem do trabalho de pesquisa e limitar sua autonomia. E ainda os transtornos que precisassem de tratamento psiquiátrico (medicamentoso)

urgente, devendo ser encaminhado. Aqui incluídos transtornos psicóticos, episódios depressivos graves, déficit cognitivo, quadros demenciais entre os principais.

5.7 – Instrumentos e formulários

5.7.1 – Carta – convite (Anexo 1): os/as parceiros/as receberam o convite para a pesquisa no momento em que a mulher chegou para o primeiro atendimento (atendimento imediato). Caso o/a parceiro/a não estivesse presente no atendimento imediato, a carta-convite era entregue para a paciente com orientação de entregá-la ao parceiro. Na primeira consulta no Ambulatório de Atendimento Especial no qual a mulher passa a primeira vez com um profissional da equipe de psiquiatria, o convite era feito. Portanto, os parceiros podiam receber o convite diretamente, caso estivessem presentes, ou através de uma carta-convite entregue à mulher caso não estivessem.

5.7.2 – TCLE (Anexo 2): no primeiro atendimento era feita a apresentação da pesquisa, do modelo de atendimento e assinado o TCLE que foi lido pelo entrevistado. Nele era explicitado o objetivo da pesquisa, no que consistia e seus potenciais benefícios. As dúvidas eram dirimidas e era reiterado que sua recusa em participar, em qualquer ponto da intervenção não acarretaria em prejuízo ao seguimento de sua parceira (paciente).

5.7.3 – Ficha de coletas de dado do parceiro (Anexo 3): ficha preenchida com dados coletados durante a primeira entrevista do sujeito. A partir desta ficha, eram identificadas as questões de ordem psíquica e comportamental mais relevantes para cada sujeito a serem aprofundadas nos atendimentos posteriores, contendo os seguintes:

- *Identificação*: data de nascimento, idade, cor da pele autorreferida, escolaridade, profissão, situação profissional, religião, prática religiosa, estado civil; data da primeira consulta e tempo transcorrido desde a VS.

- *Dados do relacionamento*: tempo de relação, filhos (se o casal tem filhos, se são da relação atual ou anterior e número de filhos), casamento anterior, se tinham atividade sexual com parceira antes da VS, se tiveram relação sexual após VS.

- *Dados da VS (retirados do prontuário)*: data, horário, BO realizado, local, dados do agressor.

- *Antecedentes*: antecedente psiquiátrico (se positivo, qual o diagnóstico), tratamento psiquiátrico (se positivo, qual medicamento), tratamento psicoterápico, diagnóstico psiquiátrico, antecedente familiar de transtorno mental, contato prévio com pessoas que sofreram VS (se positivo, qual o grau de relacionamento), antecedente familiar de VS, antecedente de violência (qualquer tipo).

- *Vivências atuais*, após a violência sexual da parceira, incluindo:

Problemas/ reações/ mudanças relacionadas ao evento.

Queixas físicas (sono, apetite, dor, disposição física, outras).

Queixas psíquicas (sintomas ansiosos, sintomas depressivos, ideação suicida, planejamento suicida, tentativa de suicídio, medo de DST, medo de gestação da parceira, pensamento repetido sobre a VS, medo de repetição do evento, aumento do consumo de álcool e/ou drogas, outras).

Queixas sociais/ emocionais (sentimento de raiva, sentimento de culpa, não proteção, culpabilização da mulher pela VS, mudanças na rotina, desejo de terminar a relação, sentimento de injustiça, mudança de endereço, sentimento de desesperança, dificuldade para trabalhar, outros).

- *Estava presente no momento da VS? Se sim, foi agredido?*

- *Como ficou sabendo da VS?*

- *Dados sobre inclusão no estudo:*

Sim

Não

Explicitar *motivo da não inclusão ou exclusão*: violência perpetrada pelo parceiro, parceiro com menos de 18 anos, mulher vítima de VS com menos de 18 anos, parceiro portador de transtorno mental grave, parceiro sem disponibilidade de vir aos atendimentos, outros.

- *Dados sobre adesão*: item em aberto na primeira entrevista. Ao final, as seguintes categorias eram possíveis: adesão inicial (comparecimento ao primeiro atendimento apenas), adesão parcial inicial (comparecimento a duas ou três consultas, mas sem presença à última consulta) e adesão completa (comparecimento a todos os atendimentos).

- *Observações do pesquisador* (campo para escrita livre).

- *Contato* (em folha separada): nome do sujeito, número da ficha, telefones, email, endereço.

5.7.4 – Roteiro de entrevista não dirigida de questões abertas ao parceiro (Anexo 4): foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada que incluiu o que deveria ser feito em cada uma das quatro entrevistas. Assim, o preenchimento do TCLE, coleta de dados, enfoque de cada atendimento, bem como o encerramento das entrevistas estavam estabelecidos nesse roteiro, sendo uma etapa importante da pesquisa qualitativa.⁴³ O roteiro é apresentado a seguir:

- Primeira consulta: leitura e assinatura do TCLE, preenchimento da ficha de coleta de dados, identificação dos aspectos psíquicos e sociais mais relevantes ocasionados pela VS da parceira;
- Segunda e terceira consultas: exploração mais detalhada das mudanças psíquicas, físicas e sociais mais relevantes. Acolhimento dos aspectos de maior sofrimento. Orientação sobre como cuidar da paciente, quando solicitado. Reforço das atitudes positivas que estava conseguindo desempenhar;
- Última consulta: Esta consulta foi gravada para permitir uma análise mais detalhada. Objetivos: avaliar em conjunto com o parceiro o processo de evolução da reação à violência sexual sofrida por sua parceira; relembrar os aspectos psíquicos e sociais mais relevantes e promover fortalecimento das estratégias de *coping*; auxiliar na reflexão sobre a evolução dos aspectos psicológicos de sua parceira; checar se o parceiro desenvolveu algum transtorno psiquiátrico que necessitasse acompanhamento de longo prazo e encaminhar para o tratamento psiquiátrico, se fosse o caso. Finalizar o atendimento.

5.7.5 – Ficha de coleta de dados da paciente (Anexo 5): na rotina do ambulatório, existe um formulário padronizado para coletar dados da paciente,

que é preenchida pelos residentes de psiquiatria. Esta ficha foi elaborada tendo como base esse questionário padrão de atendimento. Assim, foi possível obter dados padronizados sobre o atendimento das pacientes, com o objetivo de comparar a evolução das mulheres cujos parceiros(as) receberam o atendimento com as que os companheiros não o receberam. Os dados estão apresentados abaixo:

- Dados da VS: data, horário, BO realizado, local, dados do agressor.
- Identificação: data da primeira consulta, tempo transcorrido desde a VS, data de nascimento, idade, cor da pele, escolaridade, profissão, situação profissional, religião, prática religiosa, estado civil.
- Dados do relacionamento: tempo de relação, filhos (se o casal tem filhos, se são da relação atual ou anterior e número de filhos), casamento anterior, vida sexual antes da VS, vida sexual após VS
- Antecedentes: antecedente psiquiátrico (se positivo, qual o diagnóstico), tratamento psiquiátrico (se positivo, qual medicamento), tratamento psicoterápico, diagnóstico psiquiátrico, antecedente familiar de transtorno mental, contato prévio com pessoas que sofreram VS (se positivo, qual o grau de relacionamento), antecedente familiar de VS, antecedente de violência (qualquer tipo).
- Alterações atuais, após a violência sexual.
- Problemas/ reações/ mudanças relacionadas ao evento.
- Mudanças físicas (sono, apetite, dor, disposição física, outras).

- Mudanças psíquicas (sintomas ansiosos, sintomas depressivos, ideação suicida, planejamento suicida, tentativa de suicídio, medo de DST, medo de gestação da parceira, pensamento repetido sobre a VS, medo de repetição do evento, aumento do consumo de álcool e/ou drogas, outras).
- Mudanças sociais (sentimento de raiva, sentimento de culpa – não proteção, culpabilização da mulher pela VS, mudanças na rotina, desejo de terminar a relação, sentimento de injustiça, mudança de endereço, sentimento de desesperança, dificuldade para trabalhar, outros).
- Além disso, consultando todo o prontuário da paciente, foi possível determinar o número de consultas que ela teve com cada membro da equipe multidisciplinar. Isso permite classificar a adesão da paciente como inicial, parcial e completa.

5.7.6 – Gravação da última entrevista

A quarta entrevista dos parceiros foi gravada, desde que eles assim o permitissem. Essas gravações foram transcritas pelo próprio pesquisador. Esse material foi submetido à análise qualitativa, sendo a principal fonte de coleta de dados sobre o sujeito, sua reação frente à VS da parceira e de sua evolução com a intervenção proposta. Embora somente a última entrevista tenha sido gravada, neste último atendimento, os temas mais relevantes trazidos nas três primeiras sessões eram resgatados. As falas mais marcantes foram retomadas. Dessa maneira, a gravação da última entrevista representou um retrato dos quatro atendimentos.

Todas as entrevistas gravadas foram lidas e agrupadas por núcleos de sentido. Estes temas que emergiram em uma entrevista foram comparados com

as demais e agrupados de modo a permitir conhecer melhor os sujeitos e suas reações ao trauma e aos atendimentos.

5.8- Procedimentos

Este projeto de pesquisa compreendeu as seguintes etapas: capacitação da equipe do atendimento imediato e do ambulatório para identificar e entregar o convite para os parceiros; convite para a pesquisa (feito no atendimento imediato ou no primeiro dia no ambulatório); preenchimento do TCLE e da ficha de coleta de dados (do parceiro e da paciente); quatro entrevistas com o parceiro, sendo que última entrevista foi gravada. Estas entrevistas foram baseadas em psicoterapia breve e *counseling* e tiveram um tempo médio de duração de uma hora cada uma.

Capacitação da equipe multidisciplinar:

A capacitação consistiu dos seguintes procedimentos:

- 1- Apresentação pessoal do investigador/ psiquiatra responsável pelos atendimentos;
- 2- Explicação sobre os objetivos da pesquisa, bem como o período de inclusão de novos parceiros;
- 3- Definição de quem seriam os parceiros elegíveis para a pesquisa (critérios de inclusão e exclusão);
- 4- Apresentação e entrega das cartas-convite;
- 5- Sensibilização para a importância de cuidar da rede de apoio, em especial, dos parceiros.

A capacitação foi direcionada para três grupos diferentes: a equipe do atendimento imediato, a equipe multidisciplinar do próprio ambulatório e a equipe de residentes de psiquiatria.

A equipe do atendimento imediato é composta por enfermeiros e por residentes de ginecologia. Embora seja uma equipe fixa, os enfermeiros trabalham em regime de plantão e foi necessário que o pesquisador fosse até o local do atendimento algumas vezes para poder conversar com toda a equipe. Foi explicado o propósito da pesquisa, enfatizada a definição de “parceiro(a)” deste estudo e foram entregues cópias da “carta-convite”. Além disso, foi feita uma sensibilização sobre a importância desse cuidado com o parceiro.

Para o residente de ginecologia, em virtude da alta rotatividade, não foi realizada uma abordagem especial, ou seja, ele não foi incluído na capacitação. No entanto, o atendimento no imediato é feito sempre pelo residente de ginecologia e pelo enfermeiro e os profissionais da enfermagem foram capacitados.

A equipe multidisciplinar do ambulatório de violência sexual é composta por um grupo fixo de psicólogas, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, supervisores docentes e não docentes de Psiquiatria e Ginecologia, além de residentes de ginecologia em rodízio mensal e residentes de psiquiatria (detalhado no próximo parágrafo).

Com essa equipe, a capacitação e a sensibilização foram feitas no início da presente pesquisa e mantida troca constante de informações sobre as pacientes e parceiros. Eles também receberam cópias da “carta-convite” e distribuíram quando encontravam um sujeito em potencial nos outros dias de atendimento, que não no ambulatório de violência sexual.

Por fim, a terceira equipe capacitada foi a de residentes de psiquiatria que passam pelo ambulatório de atendimento especial. Essa equipe é composta por dois R3 de psiquiatria geral e um R4 de psiquiatria da infância e adolescência. Os R3 ficam 2 meses e os R4 ficam 3 meses, em rodízio, ao longo de todo o ano. Sempre que um novo residente chegava, era feita a apresentação do trabalho, explicados os critérios de exclusão e inclusão e era solicitado que eles sempre perguntassem para as pacientes maiores de 18 anos se elas tinham parceiros.

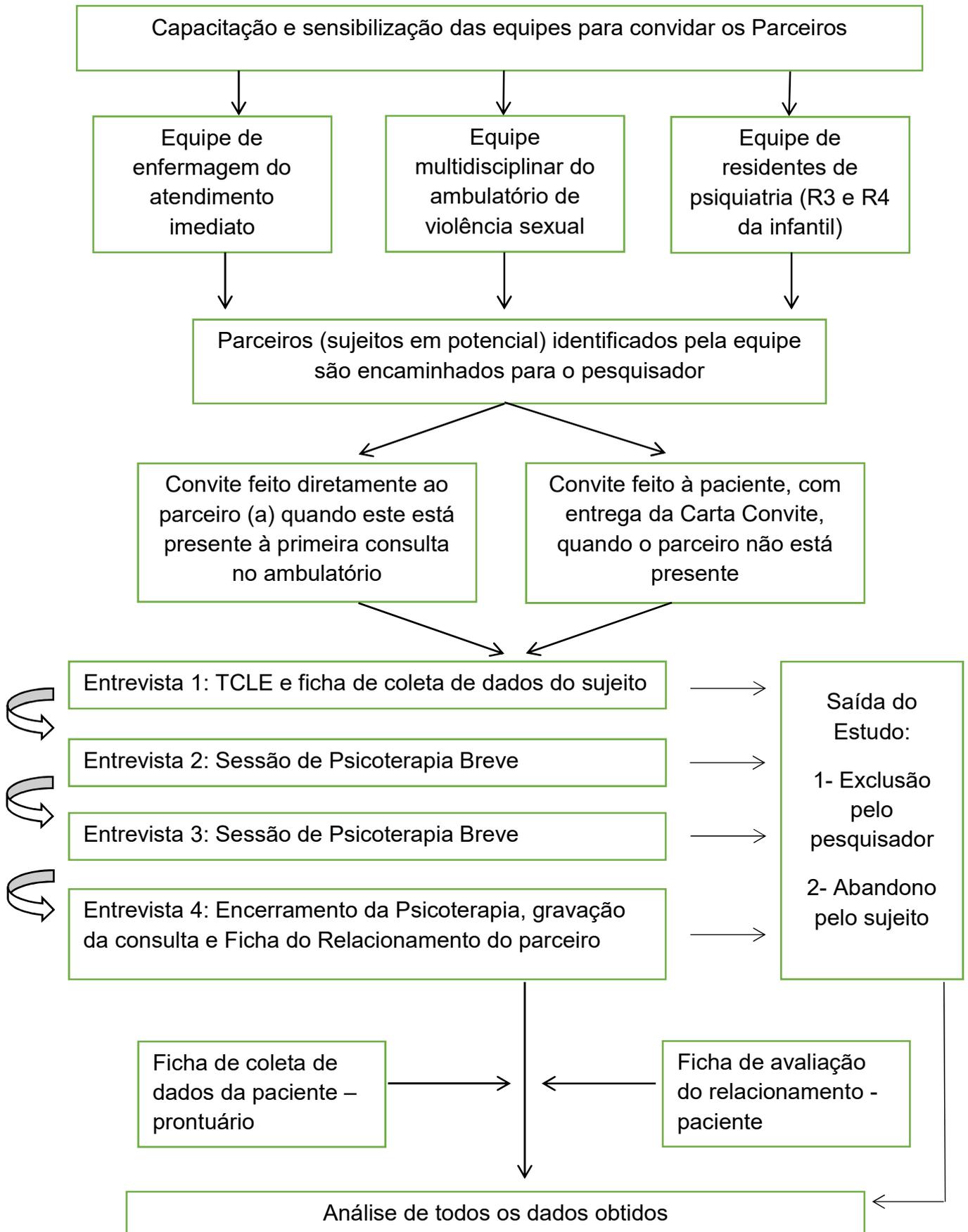
Como o pesquisador participou da supervisão dos residentes, ele teve acesso à informação se a paciente tinha parceiro. Nesses casos, ele pôde falar com a paciente diretamente, junto com o residente, explicar a natureza dos atendimentos e entregar a carta convite para ela. Caso o pesquisador estivesse em atendimento, era solicitado para que o residente fizesse essa apresentação e entregasse a carta convite.

Dessa maneira, a sensibilização, a capacitação e a recordação da equipe sobre a presente pesquisa atingiu diferentes profissionais, incluindo a equipe que fez o primeiro atendimento à paciente (e parceiro, eventualmente) até à equipe que fez o tratamento da mesma.

Coleta de dados da paciente

A ficha de atendimento psiquiátrico para casos novos neste ambulatório é padronizada. Assim, os dados referentes às pacientes foram retirados desta ficha. Este levantamento de informações visava comparar se houve diferenças na evolução das pacientes cujos parceiros receberam a intervenção em relação aquelas que seus parceiros não receberam o atendimento.

5.9 – Fluxograma do estudo



5.10 – Processamento e análise dos dados

Os dados obtidos através da ficha de coleta de dados do sujeito e da ficha de coleta de dados da paciente foram analisados de maneira quantitativa através do programa estatístico *SPSS Statistics* versão 22.0 (SPSS Inc. Chicago, USA) e apresentados de forma tabular.

As entrevistas gravadas dos sujeitos foram transcritas e submetidas a uma análise qualitativa através de leituras independentes e agrupamento em núcleos de sentido, pelo pesquisador e pela orientadora.

Cada entrevista foi transcrita pelo investigador principal. Esse material foi dividido com a orientadora. Após múltiplas leituras do material, os núcleos de sentido foram sendo delineados. Aqueles que se destacavam na maioria das entrevistas foram analisados em maior profundidade. Dessa forma, foi possível fazer uma análise qualitativa, seguindo a metodologia da psicologia clínica.

5.11 – Controle de qualidade

Desde o momento do convite, até a última entrevista, foi promovido um ambiente reservado, acolhedor, que permitisse que o parceiro sentisse confiança e segurança para expor seus sentimentos e angústias. Principalmente, foi reiterado que todo o conteúdo era confidencial.

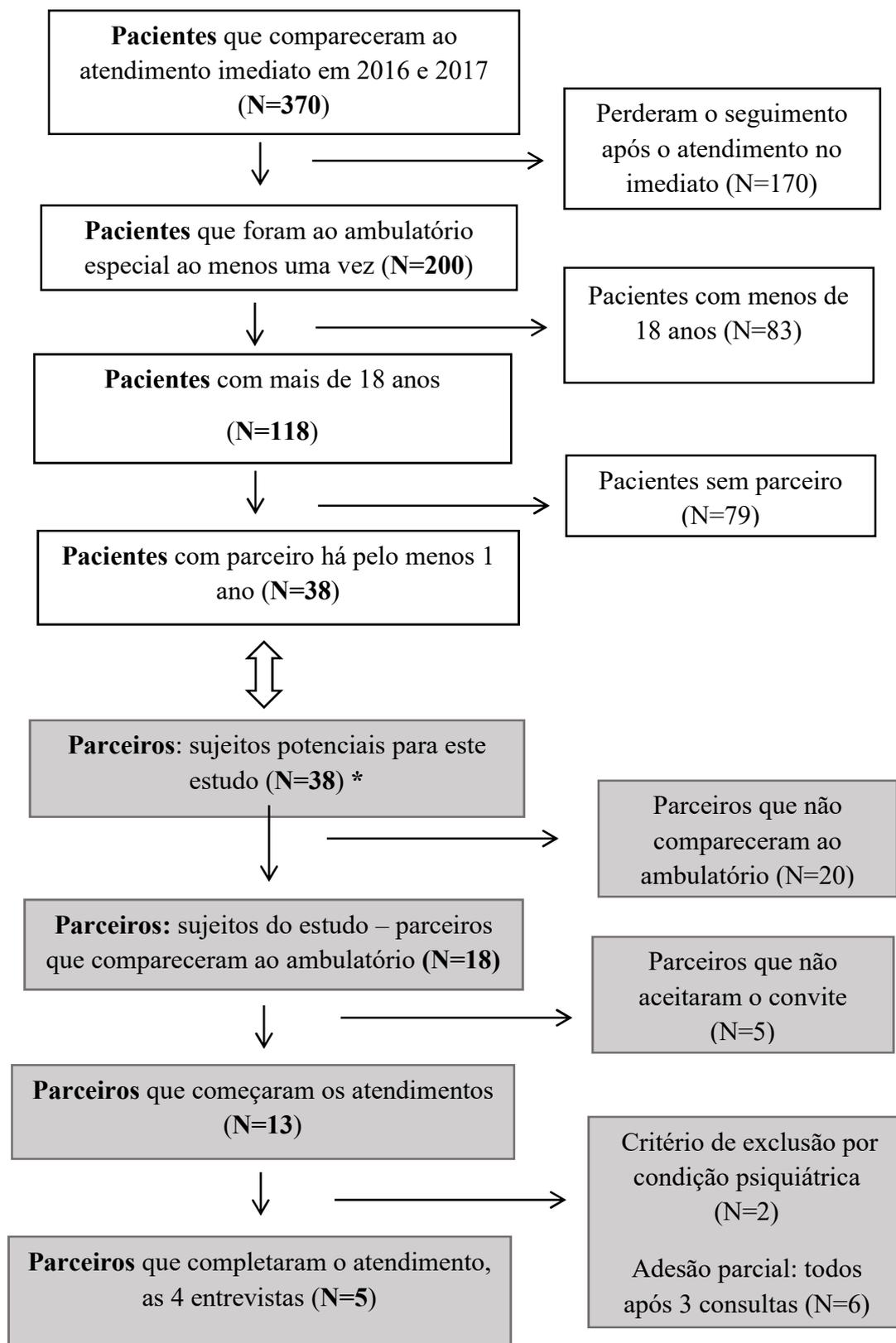
O atendimento em si foi realizado com base em psicoterapia breve e *counseling* por um pesquisador/profissional experiente em fornecer essa abordagem terapêutica, além de identificar a presença de transtornos psiquiátricos graves que exigissem encaminhamento e tratamento.

Os dados obtidos através da ficha de coleta de dados foram coletados de maneira fidedigna, respeitando-se a imparcialidade necessária para o mesmo.

A última entrevista foi gravada em equipamento de gravação especial que permitisse a reprodução da fala de maneira idêntica ao que foi falado pelos parceiros e possibilitasse ao pesquisador fazer a transcrição exata. Ainda sobre as transcrições, todas elas foram feitas pelo próprio pesquisador, a fim de garantir a exatidão da mesma e ainda preservar os aspectos éticos de confidencialidade das entrevistas com os sujeitos.

6 - RESULTADOS

No período compreendido por este estudo (janeiro de 2016 a dezembro de 2017), 370 mulheres foram avaliadas no Atendimento Imediato do CAISM em decorrência de violência sexual. Segue abaixo o fluxograma que resultou no grupo de sujeitos elegíveis para este estudo:



* Os parceiros receberam a carta-convite no Atendimento Imediato. Caso o parceiro não estivesse presente, a carta era enviada através da paciente. Em virtude disso, não é possível assegurar que todos os parceiros (sujeitos em potencial) foram convidados nessa etapa do fluxo.

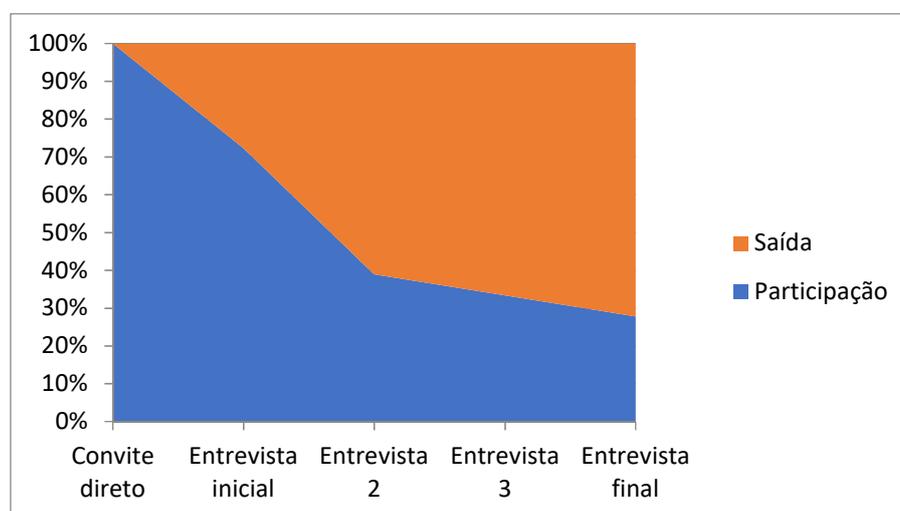
6.1 – Resultados quantitativos

A seguir, serão apresentados os dados da análise quantitativa, em sua maioria coletados na primeira entrevista com os parceiros, na qual foram preenchidas as fichas de coleta de dados dos parceiros.

Tabela 1 - Número de intervenções realizadas nos parceiros de mulheres atendidas por VS

Intervenção	Quantidade
Convite direto	18
Entrevista inicial	13
Entrevista 2	7
Entrevista 3	6
Entrevista final	5
TOTAL	49

Gráfico 1: Taxa de abandono do parceiro aos atendimentos: desde o convite feito pelo entrevistador até a conclusão (entrevista final)

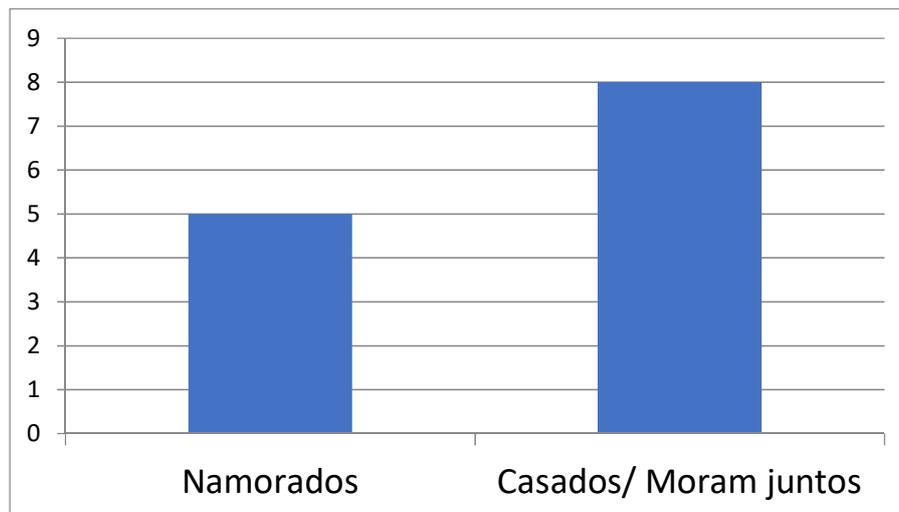


Perfil dos sujeitos

O perfil dos sujeitos foi construído com base nos questionários que os parceiros respondem na entrevista 1 (Anexo 3 – ficha de coleta de dados do sujeito). Dos 18 pacientes convidados a participar do estudo diretamente pelo entrevistador, 13 tiveram a primeira consulta e conseqüente preenchimento deste questionário. As informações mais relevantes estão apresentadas abaixo.

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos parceiros

Variável	N	%		
Sexo				
Masculino	10	76.9		
Feminino	3	23.1		
Cor				
Branca	10	76.9		
Parda	3	23.1		
Escolaridade				
Fundamental incompleto	4	30.8		
Fundamental completo	2	15.4		
Médio incompleto	1	7.7		
Médio completo	1	7.7		
Superior incompleto	5	38.5		
Situação profissional				
Empregado	7	53.8		
Desempregado	4	30.8		
Em benefício	1	7.7		
Estudante	1	7.7		
Religião				
Não	2	15.4		
Sim	10	76.9		
Católica	4	36.4		
Evangélica	6	54.5		
Outras	1	9.1		
Prática religiosa				
Sim	4	30.8		
Não	9	69.2		
Filhos				
Não	9	69.2		
Sim	4	30.8		
	Média	Mediana	Mínima	Máxima
Idade	32,38	29,00	22	63

Gráfico 2: Estado civil**Tabela 3: Tempo de relação**

Tempo de relação	Frequência	Porcentagem
1 – 3 anos	7	53,9
3 – 5 anos	1	7,7
5 – 10 anos	1	7,7
10 – 20 anos	3	23,1
> 20 anos	1	7,7

Tabela 4: Antecedentes dos Parceiros

Variável	N	%
Antecedente psiquiátrico pessoal		
Sim	3	23.1
Não	10	76.9
Tratamento psiquiátrico atual		
Sim	2	15.4
Não	11	84.6
Tratamento psicoterápico atual		
Sim	1	7.7
Não	12	92.3
Antecedente psiquiátrico familiar		
Sim	4	30.8
Não	9	69.2
Antecedente pessoal de Violência		
Sim	7	53.8
Não	6	46.2
Antecedente de contato com vítima de VS		
Sim	3	23.1
Não	10	76.9

Outro aspecto importante refere-se à vivência de violências e traumas prévios. Na análise dos dados das fichas de coleta de dados do sujeito, notamos que 53,8% dos parceiros reportaram ter sofrido uma violência prévia. Já na entrevista final, entre os 4 parceiros que aceitaram gravar a entrevista, todos eles tinham vivências traumáticas que produziram sintomas sugestivos de reação aguda ao estresse e/ou transtorno de estresse pós-traumático. Entre esses parceiros que gravaram a entrevista, um deles inclusive tinha sofrido uma VS.

Gráfico 3: Tipo de violência sofrida entre os parceiros que sofreram violência pessoal anterior à VS (em números)

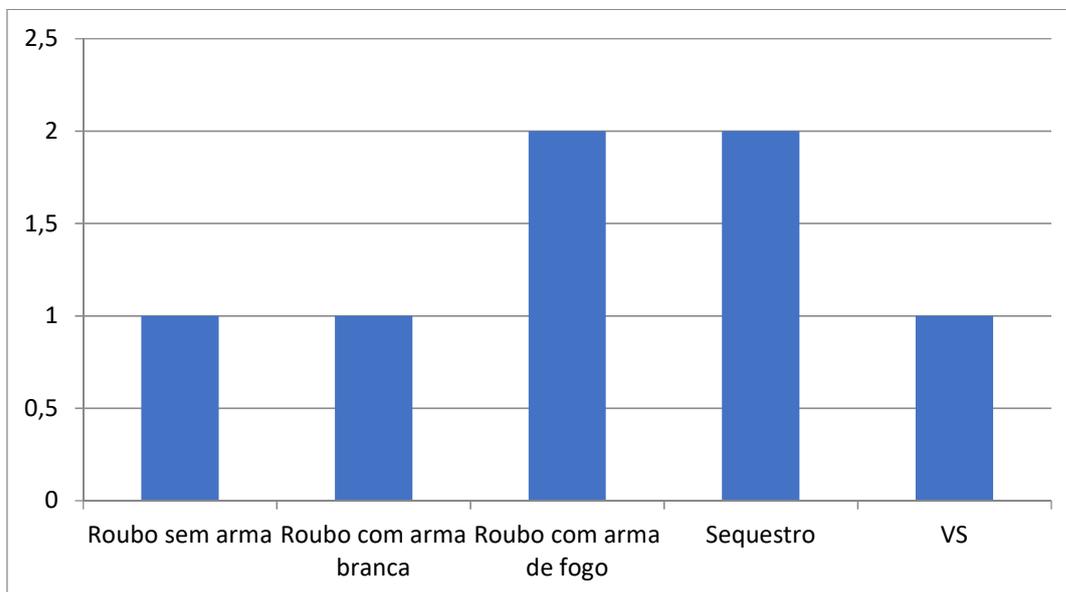


Gráfico 4: Resumo das mudanças ocorridas após a VS da parceira

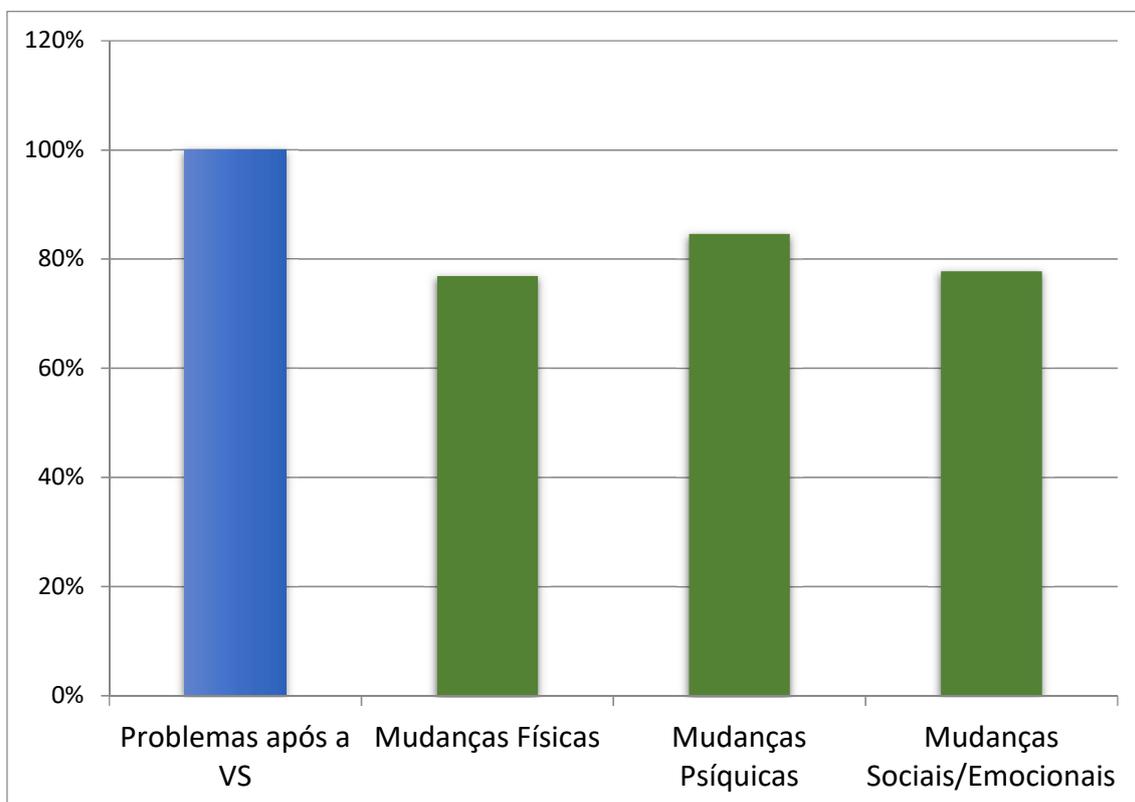


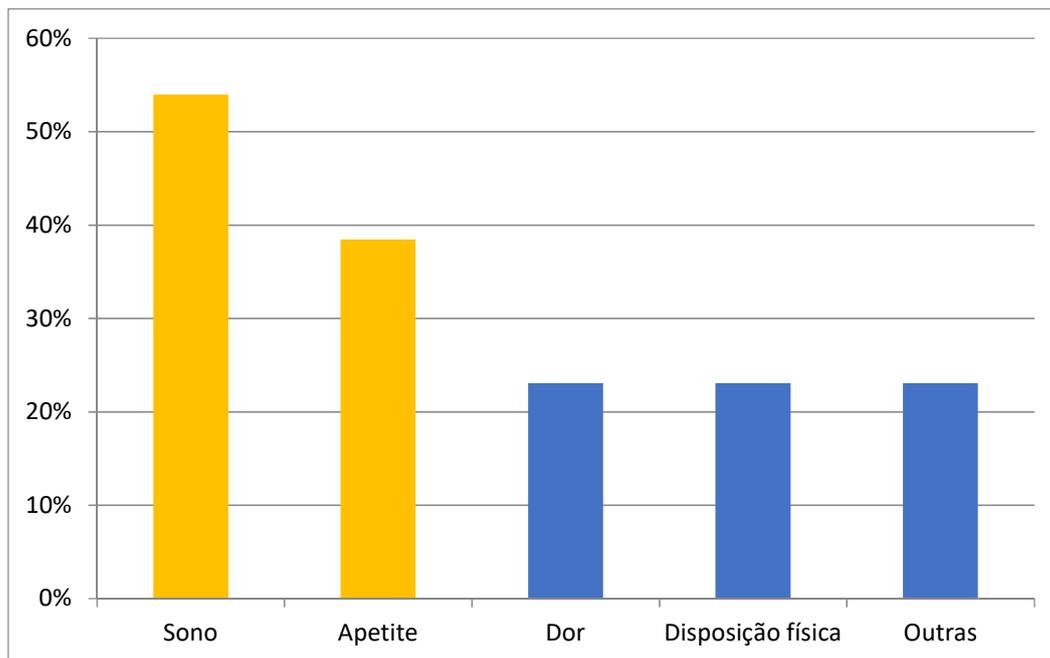
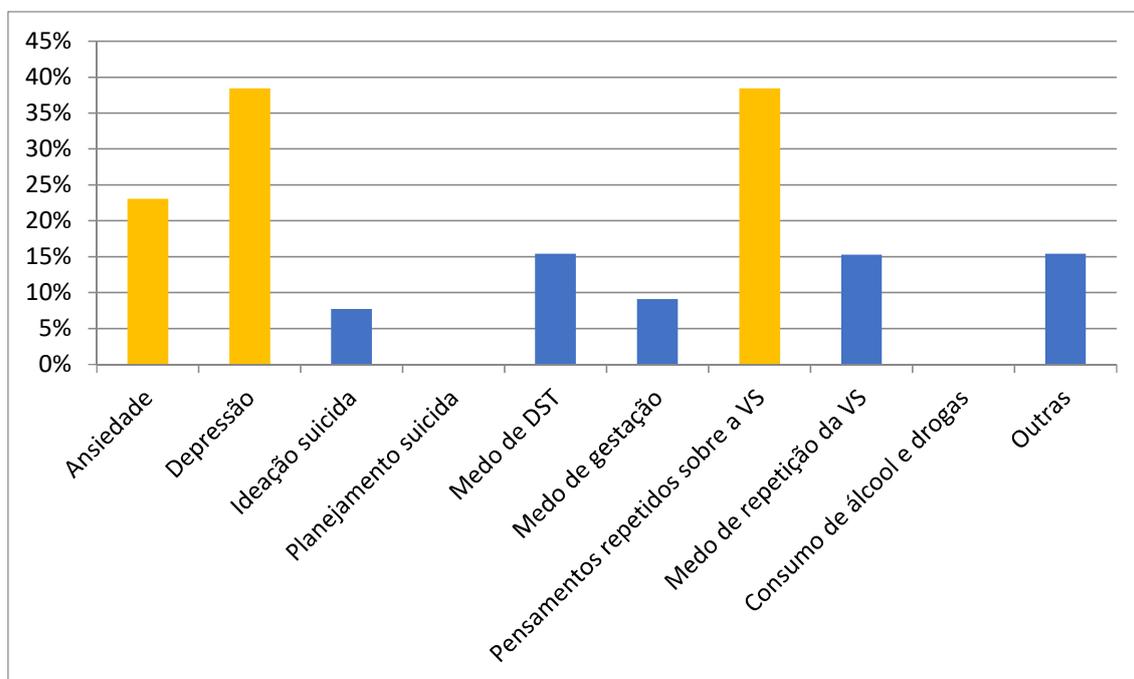
Gráfico 5 – Mudanças físicas após a VS (em porcentagem)**Gráfico 6 – Mudanças psíquicas após a VS**

Gráfico 7 – Mudanças Sociais/ Emocionais após a VS (em porcentagem)

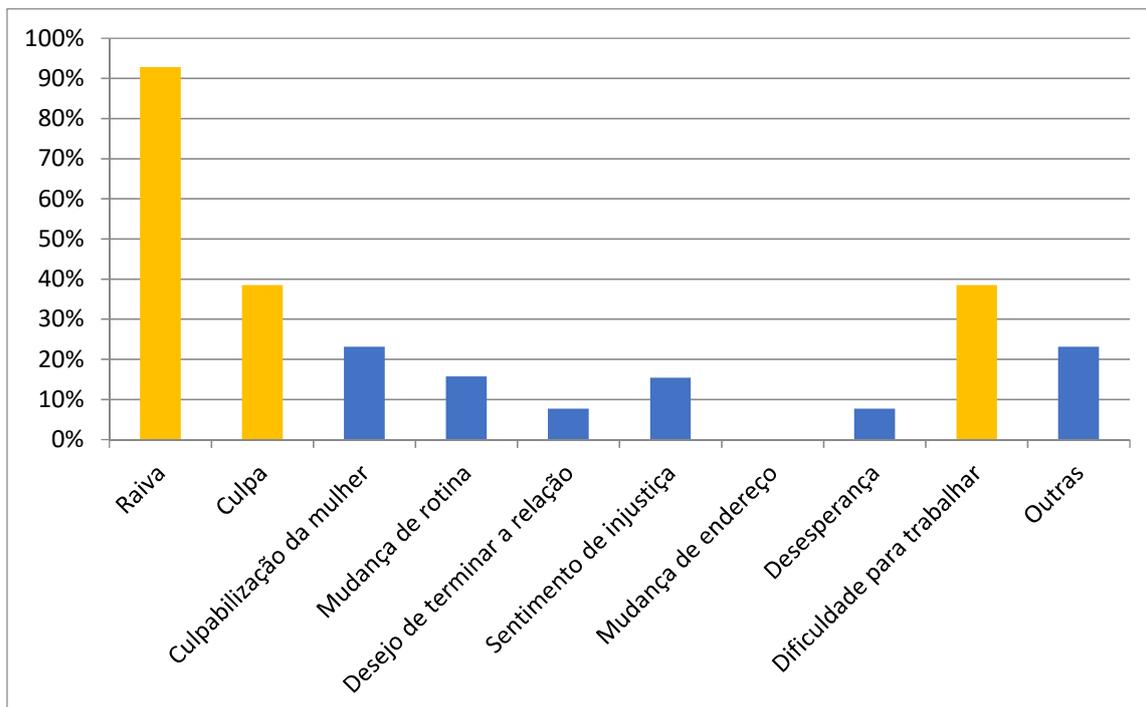


Tabela 5: Parceiro presente durante a VS

Presente na VS	Frequência	Porcentagem válida
Não	11	84,6
Sim	1	7,7
Outros	1	7,7

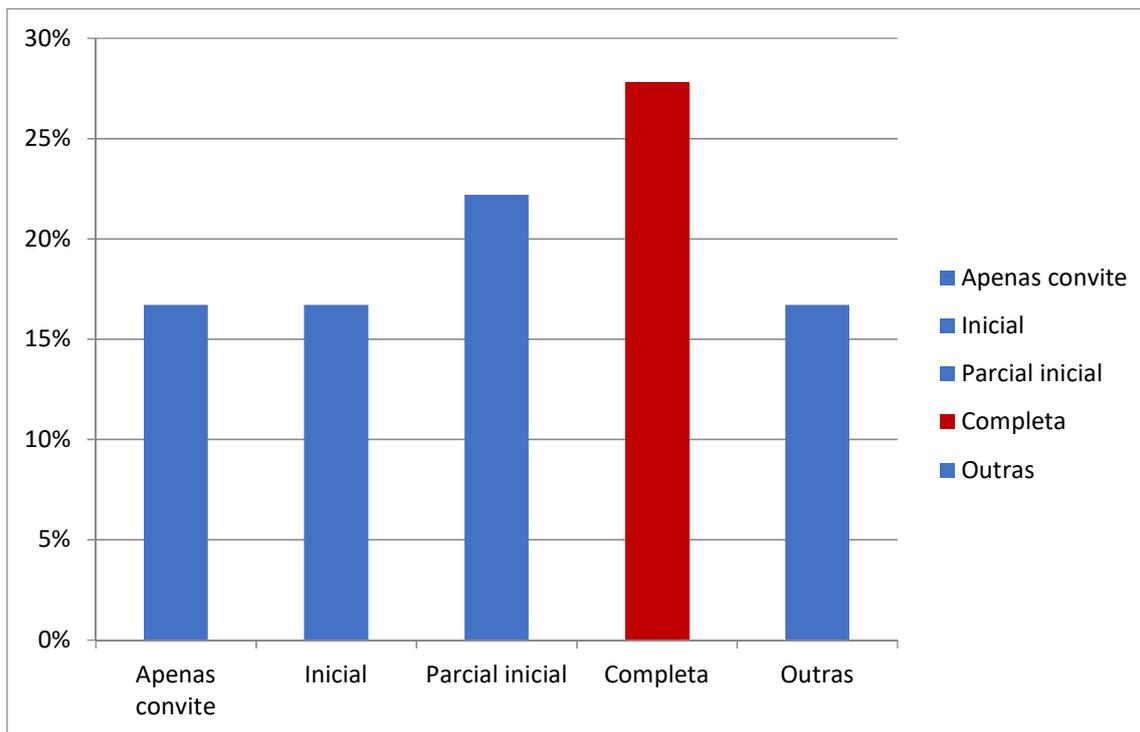
O paciente que estava presente na VS não foi agredido. Ele era um senhor de 63 anos com sequelas neurológicas (Doença de Wilson) que foi mantido em outro cômodo enquanto o agressor estuprava sua esposa trancado em um quarto. Esse parceiro desenvolveu um delírio de ciúmes patológico (síndrome de Otelo), foi desligado do estudo e encaminhado para tratamento.

O parceiro apresentado acima como “outros”, falava ao telefone com sua parceira quando ela foi abordada em um “campinho” que separava o ponto de ônibus e a casa em que moravam. Ele foi até o local, porém não a encontrou, embora ela o tenha visto. O agressor apontou a arma para o parceiro e avisou para a vítima que atiraria nele se ela gritasse. Este parceiro teve adesão completa ao tratamento e atingiu boa evolução da vivência traumática.

Parceiros não incluídos: motivos

Um parceiro apresentou-se no primeiro atendimento com um quadro depressivo grave. Não foi incluído no estudo e foi encaminhado para tratamento psiquiátrico.

O outro parceiro tinha um quadro neuropsiquiátrico grave provavelmente decorrente de doença de Wilson. Além disso, fez um quadro de síndrome de Otelo – acreditava que a esposa tinha um caso com o agressor. Por estar psicótico, foi encaminhado para tratamento psiquiátrico e não foi incluído no estudo. Soubemos pela sua esposa que ele tentou matá-la por estrangulamento, e ela o expulsou de casa e não permitiu que ele viesse nas consultas com ela. Foi feito contato com o Centro de Atenção Psicossocial referência da sua residência e solicitamos seguimento deste parceiro.

Gráfico 8 – Adesão do parceiro ao tratamento proposto

6.2 – Resultados Qualitativos

TRECHOS DAS ENTREVISTAS FINAIS AGRUPADOS POR NÚCLEOS DE SENTIDO

Dos 18 sujeitos que iniciaram a pesquisa, apenas 5 concluíram todo o atendimento. Destes, 4 permitiram gravar as últimas entrevistas. Estas foram transcritas. Procedeu-se uma análise temática, destacando-se os trechos principais que foram agrupados por núcleos de sentido. Esses núcleos são apresentados a seguir. Quando foi necessário transcrever um trecho da entrevista, a fala do pesquisador é precedida da abreviação “E” e a fala do parceiro pela abreviação “P”.

IMPACTO DA VS NO PARCEIRO

(P1) *Eu, como eu tinha dito, o acontecido não foi comigo, mas a gente fica um pouco inseguro também.*

(P1) *Lá (local em que mora) só existe uma saída e uma entrada. Então é aonde nós entrou, nós tá passando no local; nós saiu, tá passando no local. Coisa que é difícil é você passar ali e não lembrar o que aconteceu. É difícil. Eu mesmo posso passar mil vezes por dia, vem um filme na cabeça da gente, a gente lembra o que aconteceu.*

(P1) *Ainda existe momentos em que eu tô em casa deitado, e consegue vir essas lembranças na mente. Assim vem de repente.*

(P3) *Eu tinha muitos problemas com os sonhos. A carga emocional dos sonhos me levava assim... ela fica com você, ela está presente. Principalmente quando é um sonho ruim e tal. Eu tinha uma série de pesadelos, eu tinha até dificuldade para dormir. Eu pleiteava horas de sono, eu dormia o menos possível. Hoje, o sono não me afeta mais. É, mudou bastante, mudou bastante.*

(P3) *E é difícil. É uma pessoa que precisa ter alguém do lado dela. Ela às vezes mesmo fala... ela não contou para a mãe dela até hoje “eu não quero causar uma preocupação”. Então eu acabei, às vezes, eu falava assim pra ela: “por favor, divide isso com alguém para eu poder tirar tanto peso”. Mas chegou num ponto que eu já não tava pensando muito em mim, ou mais em mim, ou só em mim. Realmente um peso muito grande, estava complicado, mas hoje já não tem problema, né. E a mãe dela não sabe até hoje. E vamos dizer que a única pessoa que ela realmente confia sou eu.*

(P8) *Minha mãe me ligou e falou: “olha, ela foi estuprada, um homem aqui na rua estuprou ela.” Na hora eu fiquei chocado. Eu achei que ela estava brincando, e falei: “você está brincado: para! “. “Não estou brincando, você acha que eu ia brincar com uma coisa dessa? “ Aí que a ficha caiu mesmo (...) E nisso eu fiquei meio atordoado e fui atrás de polícia.*

(P9) *Ah, fiquei triste, muito triste. Coração magoado. Só pensava em besteira, né (...) Só pensava em pegar o carro e me matar.*

SENTIMENTO DE RAIVA E INJUSTIÇA

(P1) *Eu tive muita raiva sim, tive muita raiva. Hoje em dia, por mim, era lançada uma lei no Brasil com a pena de morte.*

(P1) *Se você é um cara bem-sucedido, você anda ali com uns dez, vinte ou trinta seguranças do seu lado. Então praticamente nem vento encosta em você. Mas e as famílias humildes? Aquelas pessoas humildes, aquelas pessoas que não tem condições. Muitas e muitas vezes tem pessoas que não tem condições nem de levar alimento pra dentro de casa. O que que vai acontecer com essas pessoas? Quem vai proteger? Só o nosso Pai, nós tem a proteção de Deus.*

(P1) *Que nem de primeiramente quando um agressor desse daí era preso, ele morria dentro da cadeia. Porque caía lá e falava que era estropador... Hoje em dia está tudo mais moderno, não é mais estropador. Então se ele chegasse e caísse dentro da cadeia, os cabras acabavam matando ele lá. Então muitos tinham medo de ser preso e cair dentro da cadeia, porque dentro da cadeia ia ser pego. Mas hoje em dia, que nem, certo que foi uma lei boa, claro que aconteceu a lei, de direitos humanos que aconteceu, você tem os seus direitos, eu tenho os meus.*

(P1) *Então vamos supor, ali fica uma mulher, fica uma mulher sozinha num ponto de ônibus, vamos supor, ela acabou de sair daquele restaurante ali, e chega no ponto de ônibus ali às dez horas da noite. Então tem um tubarão na água... e uma lagosta aqui no ladinho dele. Então fica uma presa fácil pro tubarão. É a mesma coisa uma mulher sai do seu lugar de trabalho bem alegre, porque vai pra casa descansar, e de repente se depara com uma situação dessa.*

(P3) *Recebi um email, uma notícia, que tem um estuprador no Extra-abolição de Campinas, a luz do dia assim. E o pessoal não pode fazer nada porque a pessoa que sofre esse tipo de violência é um trauma muito grande. Não é uma coisa que se resolve rápido. Então a gente precisa trabalhar para ver medidas paliativas para que ajude a pessoa e que... porque é de uma impunidade, de uma falta de meios de investigar, de fazer de repente uma prisão preventiva. Porque sem o conhecimento, a pessoa não evita que aconteça com outras pessoas em outros lugares.*

(P8) *Aí ele (policial) falou assim oh: “Eu preciso saber uma coisa de você, eu preciso saber a verdade. É, a gente achou o cara”. E na hora, a minha perna ficou bamba. Tipo, sem reação. “A gente achou ele, mas ele está morto. A gente precisa saber se foi você, ou se foi alguém da família que fez isso. Que achou ele, e executou ele”. Eu disse: “não”, eu falei a verdade. Se fosse eu ou meu pai que tivesse achado ele, vivo ele não ia estar mesmo, realmente. Mas não foi a gente (...) Não sei quantos tiros foi, mas foi de tiro. E a turma que fez isso com ele colocou até nas costas dele pichado de spray um artigo de estuprador, não sei a numeração que é do artigo. E isso vira a palavra “jack” que na gíria de comunidade, essas coisas, que a polícia usa também é o assassino né, do seriado lá, do filme. Aí colocaram nas costas deles o artigo, tipo assim. Quando*

a polícia acha o corpo assim, que tem o artigo, que tem isso escrito, é que é estuprador. Então, como eu falei, eu acho que ele não tinha feito isso só com ela, ou que não tentou fazer isso só com ela. Alguém mais estava atrás dele também fora eu... fora eu e a polícia.

(P9) Chorei também. Aí começou aquela raiva. Aquela raiva foi subindo no dia a dia. E eu só pensando besteira. Aí deu vontade de pegar o carro e fazer justiça com as próprias mãos.

IMPORTÂNCIA DO APOIO DO PARCEIRO

(P1) Para não acontecer isso que ela tá insegura ainda, né, eu vejo que ela está um pouco insegura. Para não acontecer isso, eu pretendo tipo assim ficar mais em casa, para mim tá acompanhando ela, pra mim tá vendo como ela tá, como não tá. Pra ver como ela tá reagindo, como ela não tá reagindo. E ficar mais um pouco com ela, porque é um momento que ela tá precisando mais da minha atenção.

(P1) Aí eu já não procuro muito falar e também não procuro cobrar muito dela para que não possa afetar mais ainda, né, a mentalidade dela. Aí eu deixo também ela um pouco folgada para que ela possa vim com o tempo. Com o tempo que ela possa melhorar. Mas eu também não fico espremendo ali.

(P3) Tinha uma época que ela me falava as coisas e eu dizia “você tem que esquecer, você tem que, né, o que a gente vai fazer?”. Hoje eu só escuto, só. Porque às vezes ela só quer desabafar. Isso foi uma coisa que demorou muito para eu entender. Eu só fui entender mais assistindo esse “Justiça” (programa de televisão). Não é que eu tava julgando, mas poderia parecer que eu tava querendo falar as coisas, assim, né. E às vezes ela quer falar do assunto e eu

não falo absolutamente nada. Deixo ela falar tudo, tudo... Às vezes, se ela pergunta alguma coisa, aí é que eu respondo. Porque depois de um tempo que eu entendi que ela só queria falar. Ela fala que tem vergonha, né. Antes eu falava: “não precisa ter vergonha”. Hoje eu não falo mais nada. Que realmente, mesmo dentro de tudo isso, não aconteceu comigo. Então eu tenho a dimensão do contexto, mas não tenho a dimensão dela. A carga, o tamanho, a dimensão de como foi e como é, a carga, graças a Deus eu não sei como é.

(P3) Eu sou a única pessoa que ela pode contar, além daqui, né. Aqui demora até um mês. Então...

(P8) Eu cheguei de madrugada em casa (do hospital – imediato), 5h horas da manhã já. Levei ela pra casa, perguntei se ela queria alguma coisa, tipo, comer alguma coisa diferente pra acalmar. Ela disse que não, que queria ir embora pra casa. Em casa, falam que só mulher tem sexto sentido. Mas eu quando encuco com alguma coisa, eu tento ir até o final para descobrir. E quando eu cheguei em casa da primeira vez que aconteceu, a sensação que tinha, que o cara tava lá ainda. Ela não tinha me contado nada, mas essa era a sensação que tinha. Ela foi me contando, no trajeto da Unicamp até em casa, ela foi me falando o que ele me falou. Eu não forcei nada, perguntei se ela queria me falar. Ela não se sentiu pressionada, falou numa boa. Eu não queria dar essa impressão de que eu estava pressionando pra ela falar. Então eu deixei tudo no tempo dela.

(P8) Eu acho que foi fundamental. O meu apoio, do meu pai, da minha mãe, do pai dela, da mãe dela, porque eles são separados. Porque assim, eles esqueceram a briga deles, da questão, e focaram só nela, deixaram de lado. Então isso ajudou muito. Então, ela pediu pra não ficar divulgando muito. Se

alguém perguntasse, pra falar que foi tentativa de assalto. Pra não ficar alongando, porque o povo é curioso. Hora, o povo vem fica fazendo pergunta, isso ia incomodar ela, eu senti isso, que ia incomodar ela. E na cabeça dela, o medo maior dela foi a maquiagem que ele levou dela, que ela se queixou: “o filha da puta levou toda a minha maquiagem”.

(P8) Então eu fiquei do lado dela, não forçando ela a falar nada, mas se ela quisesse tocar sobre o assunto, ela tocava e tudo.

(P8) Graças a Deus isso não aconteceu com ela, se trancar dentro de casa. Igual passou um tempo, eu ia levar ela pro serviço e buscava todo dia do serviço. Mas ela já voltou a andar de ônibus. Ela quis voltar a andar de ônibus. Ela falou: “Não, eu tenho que perder esse medo”.

(P9) Ela falava que não queria mais viver, que pensava em se matar. Aí eu falava para ela: “não, não é assim não. Eu vou te ajudar.”

SOBRE ABANDONAR A MULHER APÓS A VS

(P1) Como também é importante, diante dessas situações, todas aquelas que tenham seu namorado, seu esposo, é... eu poderia estar falando pra qualquer um deles que é importante eles acompanhar ela se chegar a acontecer algo parecido com elas. É importante eles acompanhar elas até a delegacia, até o atendimento médico, o atendimento jurídico, porque eu acho assim, se dá uma segurança a mais para a mulher, ela fica mais segura. Aí de uma hora pra outra, o marido, o namorado, a família abandona, “o acontecido não foi comigo, então você se vira, vai fazer tudo sozinha”. Essa hora é uma decepção muito grande pra mulher ou pro homem, porque esses tipos de violência não acontece só com as mulheres, acontece com os homens também, né?

(P1) *Que você passe pra ela, pra ele, “Ah não, doutor, aconteceu isso aí, eu não quero mais ficar com a mulher. Eu vou sair, não vai dar pra eu ficar com ela mais”. Então você diz: “Meu irmão, o que aconteceu, não foi vontade, foi simplesmente um acidente. Isso pode acontecer com você, com qualquer um. Então, por que você vai acabar largando a sua companheira de lado agora num momento em que ela mais precisa de você, no momento que ela vinha mais precisar de você, no momento que ela vai mais precisar da sua atenção, do seu companheirismo, você vai largar ela, vai deixar ela?”*

(P8) *E a preocupação dela é que eu não iria querer mais ela. O que ela falou pra mim, a primeira coisa que ela me falou: “Você não vai terminar comigo não, né?” Tipo assim, uma pergunta e já afirmando. “Não, você tá louca?”, falei pra ela. “De onde você tirou isso? Alguma vez eu falei isso para você?”. Fui bem duro com ela também: “Nunca falei nada, nem demonstrei nada disso pra você. Por que você está falando isso?”. “Não, tenho medo de você me deixar, de virar as costas para mim.” “Não, jamais.” Não porque ela tenha falado isso, porque eu estou apoiando ela até hoje. Não é do meu caráter fazer isso. Já tive outro relacionamento, foi conturbado, terminamos brigados e tudo, mas serviu de lição para mim.*

(P8) *Que eles realmente vejam que não é culpa da mulher. Ela não quer passar por isso, não quer ser violentada, ser estuprada, nada disso. Tem muito caso que o homem acha que... até termina com a parceira porque acha que ela tem culpa, que ela deu liberdade.*

(P9) *(Eu falaria) pra não abandonar, né, se ele gostar dela. Tem isso também. Agora se ele não gosta dela, aí ele abandona, né.*

ANTECEDENTE DE TRAUMA PSICOLÓGICO NO PARCEIRO

(E): Você falou também que no passado você presenciou um menino se jogar de uma torre.

(P1): *Presenciei, presenciei sim.*

(E): Ele se matou.

(P1): *Um jovem entre 14 a 15 anos de idade. Eu presenciei essa cena. Essa cena ficou na minha cabeça bastante tempo. Agora não, né, agora ela já se distanciou um pouco. Mas é diferente, Dr. Otávio, é diferente. O que aconteceu com uma pessoa que não é relacionada da família e o que aconteceu com uma pessoa que é da família. Tipo assim, eu acho que é mais forte a ação. Fica mais forte a ação. Não sei, eu acho que é tipo assim. Se é a mesma coisa, você vê uma pessoa matando outra pessoa, você vai ficar com aquilo ali um tempo na mente. Ah depois ali passou. Mas há uma diferença entre você ver uma pessoa matando a outra ali e nenhuma daquelas duas pessoas, nem a vítima e nem o autor do crime é nada seu. Agora você vê uma pessoa fazendo uma vítima e essa vítima seja uma pessoa da sua família, aí é totalmente diferente. Uma pessoa relacionada com você, seja mais próxima, mais perto, aí já é diferente.*

(P8) *Teve o caso do meu irmão. Meu irmão já faleceu, é, minha mãe se sentiu culpada, tudo, o meu pai também. E na época, a minha mãe e meu pai bebia. Então meu pai chegava bêbado em casa, e minha mãe bebia. E os dois acabavam brigando. Então tinha um relacionamento bem tumultuado entre os dois. É, o meu irmão morreu de leucemia com 12 anos. Mas a leucemia dele era um caso raro (...) Então, foi ruim? Foi ruim realmente. Eu era mais velho, tava com 14 pra 15 anos, ele tava com 12 anos. E, por um lado, dele ter falecido, foi*

meu pai e minha mãe ter sumido. Meu pai nunca mais bebeu, minha mãe também não. Ela não tinha mais convivência com meu pai. Agora senta conversa, fala besteira, dá risada, porque antes não tinha isso. Pela questão que ele bebia, chegava em casa, quebrava as coisas. Então eu cresci vendo isso.

(P8) Tinha dia que a gente tinha só água, farinha e açúcar. Esse era nosso almoço (...) Por outro lado, isso ajudou bastante a fortalecer a gente.

(P9) Fui sequestrado, isso. Com uma patroa minha. Eu trabalhava lá em Minas (...) Eu estava tirando leite da vaca de manhãzinha e fui abordado no curral. Dois vagabundos. Mas ele não queria eu, não fez nada comigo, graças a Deus. Ele queria a dona, a dona da fazenda. E ela tinha, heim (...) Aí eu falei, eu levo vocês lá, não precisa fazer nada. Aí um ficou com uma arma em mim e o outro pegou a mulher. Foram sacar dinheiro, pegaram 14 mil. Pediu pra nós ficar quietinho, senão eles atiravam em nós. A dona falou que eles podiam ficar tranquilo, que a gente não ia fazer nada. Aí abasteceu o carro e foram. Depois largaram a gente numa lavoura de soja sem fim, a gente olhava e só via soja e pivô trabalhando (...) Ah, eu fiquei meio assustado também. Eu pensei assim, eu não tenho nada, só com a roupa do corpo e fui assaltado junto com a mulher que tem dinheiro, né? Eu pensei assim: “o quê, eu não vou ficar aqui não, eu vou embora.” Aí eu abandonei lá e fui embora. Eu deixei a vida no campo e não voltei mais.

(P3) O entrevistado relatou na segunda consulta sobre um trauma que sofreu, mas não relatou na última – por isso não há transcrição. Porém, dada a relevância, é apresentado aqui. Contou que uma vez, quando adolescente, um homem desconhecido convidou para ele entrar no carro, que lhe daria uma carona. Ele aceitou. No meio do caminho, este homem tentou masturbá-lo. Ele

relatou, como se tivesse achando a situação engraçada, que deu um soco no homem e desceu do carro. E acrescentou: *“Mas isso não chega a ser uma violência sexual, né?”*

APOIO DOS AMIGOS E FAMILIARES PARA O PARCEIRO

(P8) *Aí coincidiu de eu ligar para um amigo meu pedindo ajuda, que ligou para um amigo que é policial também. Na hora do nervosismo, a gente não lembra de todo mundo. Do quarto DP eu fui com a moto, e eles foram me acompanhando até chegar lá, pra gente ir procurar.*

(P8) *Meus amigos de verdade masculinos são esses dois: o Fernando e o Mário, que eu considero como irmão. O Fernando é mais aquele que, como eu posso te explicar, eu falo tudo o que acontece comigo, o que eu não quero passar uma preocupação para a T. (paciente), uma angústia, alguma coisa, pela questão também do que ela passou, pra ela não ficar preocupada comigo. Porque assim, ela tem que estar bem, e eu tenho que estar bem pra todos ficarem bem, meu pai, minha mãe, a família dela.*

(E): Esses amigos te ajudaram?

(P9): *Me ajudou muito.*

(E): Você podia desabafar, assim contar com eles...

(P9): *Podia. Eles choravam junto comigo.*

PERCEPÇÃO DO IMPACTO DA VS NA PARCEIRA

(P1) *Às vezes a pessoa tem um futuro, tem uma vocação, a pessoa tem vontade de buscar algo melhor pra ela, mas quando acontece, quando ela se depara com*

uma situação dessa, ela simplesmente perde a vontade de viver, perde a vontade de querer o que queria.

(P8) Aí eu cheguei em casa, e ela já estava mais calma. Ela já tinha tomado banho porque ela falou que tinha ficado com nojo dela mesma (...) Aí ela tava até calma, mas o medo dela era eu largar dela, eu não querer mais ficar com ela pelo acontecido. Não tem nada a ver, ela não teve culpa de nada.

(P8) Ela queria voltar à rotina dela, ela sabia que isso ia fazer bem pra ela, que ela não queria ser tratada como uma doente.

(P8) O pensamento dela é assim: “Do que aconteceu, podia ter acontecido pior. Ele podia ter me matado”. Ela pensou assim: “O que aconteceu comigo, podia ter acontecido com outras pessoas, uma criança.” Então ela se pôs no lugar de outra pessoa e pensou: “Foi melhor comigo, que não fez nada. Poderia ter feito para outra pessoa, porque estava no período de férias escolar, e no bairro tem uma escola”. Vai que esse cara tivesse ficado no bairro e não fizesse com ela, tivesse pegado uma criança, na entrada de escola, alguma coisa. Então ela fez essa questão e pôs uma pedra em cima.

(P8) É, com o que aconteceu, no começo ela ficou até sem dormir. Eu falei pra ela me chamar se ficasse nervosa, se não conseguisse dormir (...) A recuperação dela foi rápida. Ela falou: “Eu não vou ficar aqui. Eu não vou me martirizar, eu não vou me matar por dentro por causa disso.”

(P8) Eu sei que tem mulheres que não vai no médico, fica com vergonha, não vai na delegacia, não faz a denúncia, não faz o retrato falado. Se trancam dentro de casa, não sai nem na rua pra tomar um sol. Então há variedade.

(P9) *Ela falava que não queria mais viver, que pensava em se matar. Aí eu falava para ela: “não, não é assim não. Eu vou te ajudar.*

SOBRE A INTERVENÇÃO OFERECIDA (4 ATENDIMENTOS)

(P1) *Ajudou, ajudou bastante. E, logo no começo, doutor, eu tava com a mente muito pesada. Eu sou sincero em falar que tava com a mente pesada, eu tava muito pensativo. E depois das nossas conversas, eu fui ficando uma pessoa, entendeu, uma pessoa tipo assim, de dividir. Tipo assim, como eu posso falar. Eu tive como dividir essa angústia, essa tristeza. Porque nem com ela próprio eu taria falando isso pra amenizar um pouco. Já com você, já... Tipo assim, você me atendeu com perguntas, você já foi me falando, foi me explicando. E eu acabei me abrindo. Eu acho assim, foi importante e é importante, entendeu?*

(P9) *Então, é muito... ah, achei muito bom, muito excelente (...) Eu não penso mais besteira na cabeça.*

SOBRE O ATENDIMENTO AO PARCEIRO NO IMEDIATO/ CAISM

(P8) *A moça veio, me chamou, conversou. E falou assim, em caso de estupro, a primeira suspeita é sempre o parceiro, né? Igual eu comentei o próprio pai tentando violentar a menina. Menina não, né, criança. Aí ela foi e fez algumas perguntas pra mim, pra saber onde que eu tava e tudo. Eu tava até com a roupa de garçom ainda. Do jeito que eu fui para casa eu fiquei. Então ela falou pra mim que muitos casos, o namorado, o marido tem que depor, porque é frequente que acontece isso. (...) Ela fez essas perguntas pra também ajudar a polícia a ir atrás da pessoa que fez isso. Mas daí eu fui, falei do nosso relacionamento, que não era mais recente, já tinha três anos. Iria fazer três anos, né. Falei do pai dela, que ela estava mais ficando na minha casa por questão de brigas deles. E em*

pouco tempo ela já tinha ficado de maior, 18 anos, tudo. E aí ela viu que tava tudo tranquilo, que não tinha nada de anormal. Ela deu todo o suporte, explicou sobre os remédios que ela tinha que tomar, explicou os horários e tudo certinho, tudo.

MENSAGEM QUE DEIXARIA PARA OUTROS HOMENS NA MESMA SITUAÇÃO

(P1) Então, tipo assim, para todos e todas, né, diante dessa situação, o que eu puder falar, o que eu puder se expressar diante delas pra poder manter eles um pouco, é, com o sentido que, a vida não acabou ali. E sim que vai continuar, e vai continuar melhor, porque muitas e muitas, que até muitas eu já conheci entram em depressão, acabam não comer, não beber, acaba atraindo outro tipo de doença maior, e acabam por optar uma coisa dessa. Então se isso chegar a acontecer com um vizinho meu, ou um parente, e eu ver um atrito ali, de o macho querer separar da fêmea, eu vou falar, eu vou entrar no meio e vou falar: “olha, isso aconteceu comigo, entendeu? Aconteceu assim e assim, eu levei dessa maneira. E graças a Deus, deu tudo certo pra mim. Então eu peço que você não possa a vir a fazer o que você tá querendo fazer com a sua companheira, ou com o seu companheiro”.

(P3) É difícil, é que cada um tem um jeito, mas... Se eu pudesse dar alguma recomendação é que ficasse calmo, não tentasse julgar. Tentasse até pensar mais nela do que nele, respeitar a situação. Porque isso reflete, isso tem consequência em várias coisas até distintas, no meu caso não teve. Mas eu sei que tem mulheres até ter uma relação sexual novamente é muito difícil. Então respeitar esse tipo de coisa, não achar que... Tentar manter a calma. Tentar

conversar com alguém ou procurar uma ajuda especializada para né.... Procurar uma ajuda no sentido de fé seja lá qual for, uma ajuda religiosa. É bom, né. E, se fosse um amigo meu, eu falava “você pode contar comigo, né.”

(P8) “Mano, o que você quiser fazer, o que você precisar de mim, estou aqui. Não vai parar sua vida por causa disso. Vamos ver o que a gente pode fazer, vamos ver o que ela está precisando, vamos dar apoio pra ela.” E passar o que eu passei. Do pouco que eu vim aqui, do que eu vi. Que teve um outro caso também de uma menina que foi pega lá na lagoa do Taquaral, depois de algumas horas acharam ela no matagal morta. Tinha 16 anos, tava caminhando lá na Lagoa, passou um cara... Foi estuprada, violentada e morta. Então assim, se chegar a acontecer e ela tá viva, tem que levantar a mão pro céu e agradecer. E tentar buscar uma forma de ir embora pra frente.

(P9) (Eu falaria) pra não abandonar, né, se ele gostar dela. Tem isso também. Agora se ele não gosta dela, aí ele abandona, né.

TRANSFORMAÇÕES PESSOAIS POSITIVAS APÓS A VS

(E): (...) Você falou que mudou sua vida profissional para poder estar mais perto dela. E uma das propostas de trabalho é de mototáxi que é para levar o pessoal da comunidade até o ponto de ônibus. Seria uma forma de ajudar a vigiar essas pessoas, essas mulheres, no local em que tudo isso aconteceu?

P: Também, também, o porquê. Né, diante da situação, tipo assim, vou falar, diante desse trabalho, né, nós consegue visibilizar algo errado, tipo assim: “Eu nunca vi esse cara aqui, por que que ele tá passando aqui?” Já chega e já vai: “Oh, irmão, como você tá? Você mora por aqui? Você tá perdido? Tá precisando de uma ajuda?” Aí o cara começa a se expricar e você começa a ver qual o

procedimento do cara. Se ele mora ali, se ele chegou faz pouco tempo na área, se ele não conhece ninguém, ou se ele tá ali por passagem. Se ele tá ali por passagem daí já levanta um pouco de suspeita. Nós vai fica de olho nele. Nós começa tipo assim. (...) Já existe hoje em torno de umas oito pessoas de moto, carregando essas pessoas. Então nós consegue ver isso daí, passar naquele ponto que teve a minha esposa. Nós vai conseguir passar direto ali. Então, uma coisa que eu já estou ciente se alguma coisa diferente, eu já vou comunicar alguns colegas, e nós já vai vigiar, vamos ficar vigiando, qualquer coisinha a gente vai partir. (...) Então tipo assim, não é aquela segurança que devia ser, mas já é uma... eu mesmo vou me sentir melhor um pouco, porque tipo assim, eu tô fazendo uma corrida, pra tentar tirar meu sustento dali, como eu também tô fazendo uma segurança daquela pessoa. (...) Então, eu acho assim, é um meio da gente também ocupar um pouco a mente da gente, se tranquilizar mais e dá mais uma segurança para o pessoal.

(P3): Acho que a questão de aceitação das coisas que são impostas pela vida, no dia a dia pela vida, melhorou muito para mim. Às vezes essas coisas acontecem e por mais que... às vezes acontece e eu não entendo, não compreendo, mas já aceito de primeira já. Eu trabalho com o meu momento. Antes não. Antes eu trabalhava para sair daquele momento, para sair daquela situação. Mas nem sempre o momento depende de você, depende de outras pessoas, depende... do contexto, de uma situação. E aí eu acabava ficando com ansiedade... às vezes raiva, às vezes medo, às vezes (...)

(E): E essa experiência que você passou, uma experiência dura, a forma como você viveu a situação, aceitou algumas coisas, te deixaram mais preparado...

(P3): *É, me acrescentou como ser humano. Com maturidade, assim vamos dizer. Para a Vida. Porque uma série de coisas foram acontecendo. É... algumas por consequência do estupro. Outras não, mas por ter esse fato no meio do contexto, eu acabava, deixando mais difícil, dificultando um pouco. Mas depois desde esse aprendizado, não tenho certeza, mas eu acho que eu aprendi.*

(P3) *Hoje é uma bandeira que levanto. Não vou dizer que tenho propriedade para falar, mas eu falo o que eu vi de perto, o que eu convivi de perto (...)* Qualquer assunto, qualquer coisa de estupro eu divulgo em rede social. Uma coisa que eu peguei como parte pessoal minha.

(P3) *Eu só tenho a agradecer por mim e por ela. Isso eu vou levar para o resto da vida. Talvez daqui pra frente, né... Isso me tornou uma pessoa melhor.*

(P8) *A gente tem que tirar de tudo, o positivo; não deixar se abater. É o que eu falo assim, quem tem depressão, eu não sei. Já tive pessoas próximas que tiveram depressão, não sei. É assim, a gente tem que tirar o negativo, não deixar sobrecarregar a pessoa. Eu já sou assim, não tenho esse pensamento não. Prefiro pegar o positivo, o negativo servir como lição, porque não pode ser de outra forma. E tentar seguir em frente.*

MUDANÇAS NA RELAÇÃO APÓS A VS

(P1) *Eu era uma pessoa um pouco até que tipo assim eu não sou um cara de viver ali alisando, sabe? É... eu não era cheio de carinho não. Eu era um pouco mais... Pra você ver, há bens que vem pro.. oh! Há mals que vêm pro bem. Nós se aproximou bem mais agora, graças a Deus. Nós sempre conversamos mais um pouco. E, conforme, a relação, a tendência é melhorar, porque você dá mais atenção.*

(P3) *É assim, melhorou muito. Não vou dizer assim que meu pensamento mudou 100%. Mas a primeira coisa que eu tenho na mente é ajudar ela para que ela fique bem. E me faz bem também. E já é suficiente.*

(P8) *Com certeza. Cria uma armadura. Não é qualquer coisa que vai destruir porque não é uma briga, uma fofoca que vai fazer a gente separar, brigar. A gente senta e conversa (...) Então, fortalece mais, cria uma armadura nos dois. Não vai ser... Se a gente passou por isso junto, a gente passa por mais coisa, então... Eu penso assim.*

(P9) *Nós estamos mais juntos (...) Aproximou*

6.3- Grupo de intervenção e grupo comparador

Houve dificuldade para estabelecer um grupo comparador para o grupo de pacientes cujos parceiros realizaram os atendimentos, havendo ciência das limitações de comparabilidade e da presença de vieses de seleção.

Inicialmente foi pensado em estabelecer aleatoriamente um grupo comparador a partir de semelhanças no perfil sociodemográfico das pacientes, todavia, um elemento central na comparabilidade seria a rede de apoio, particularmente a proporcionada pelo(a) parceiro(a). Se comparássemos pacientes com parceiro com aquelas que não têm parceiros, poderia haver um viés em relação a própria estrutura de rede de apoio, inviabilizando a análise do papel dos atendimentos.

Foi pensado então em comparar o grupo de intervenção com aquelas pacientes que tinham parceiros, mas eles não compareceram ao Hospital da

Mulher / CAISM. Neste caso, o viés poderia estar no tipo de relacionamento entre essa paciente do grupo comparador e seu parceiro; considerando-se a hipótese de que um parceiro que não acompanhou sua mulher ao hospital em uma situação de VS, entre outros motivos, poderia se mostrar uma rede de apoio insuficiente.

Com o decorrer da pesquisa, no entanto, desenhou-se de forma espontânea um grupo de parceiros que permitiu a criação de um grupo comparador das pacientes. No *flowchart* do estudo vemos que 18 parceiros compareceram ao ambulatório. Entre estes, 5 receberam o convite, mas não se submeteram aos atendimentos, seja por recusa ao convite, ou por marcarem a primeira entrevista e não comparecerem. Dos 13 parceiros que iniciaram o atendimento, 2 apresentaram critérios de exclusão e 6 tiveram adesão parcial, restando um grupo de 5 parceiros que tiveram adesão completa.

Desta maneira, ficamos com um primeiro grupo de 5 parceiros que compareceram ao hospital e foram convidados diretamente pelo entrevistador (eliminando assim os vieses apresentados acima) e um grupo de 5 parceiros que concluíram os atendimentos. As mulheres desse grupo são as pacientes do grupo de intervenção e as mulheres daquele primeiro grupo de parceiros constituíram o grupo “comparador”.

A análise dos dados das pacientes desses dois grupos, todavia, apresentou diversas limitações. Dados preliminares mostraram que, além de serem grupos com “n” pequeno, eles apresentam grande variabilidade interna. Ou seja, são mulheres de idades, níveis socioeconômicos e educacionais, sexualidade, tempo de relacionamento, religiosidade e antecedentes muito

distintos. Isso diminuiu o poder dessa amostra para promover a análise quantitativa desses grupos de pacientes.

No entanto, um dado chamou a atenção, apesar das limitações. Foi a adesão das pacientes ao tratamento. No grupo de intervenção, em que os parceiros compareceram aos 4 atendimentos, as pacientes tiveram 100% de adesão ao seguimento ambulatorial no CAISM. Já entre as pacientes do grupo comparador houve apenas 40% de adesão. É relevante notar que essa adesão não se refere somente ao atendimento psiquiátrico, mas adesão aos atendimentos de toda a equipe multidisciplinar, incluindo os atendimentos da ginecologia nos quais são feitos os seguimentos sorológicos.

7 - DISCUSSÃO

Essa pesquisa destinou-se a conhecer melhor, compreender o sofrimento e propor um acolhimento para os parceiros de mulheres que sofreram VS. Durante o percurso deste estudo, os parceiros deixaram de ser vistos apenas como rede de apoio que deveria ser acolhida para ter condições de dar um suporte melhor para as pacientes. Os parceiros passaram a ser então, vistos eles próprios como pessoas com um sofrimento intenso, necessitando de um cuidado próprio para eles.

A primeira observação a ser feita, então, se refere aos parceiros. Eles ocuparam nesta pesquisa-ação ao mesmo tempo três lugares. Eles são a rede de apoio das mulheres vítimas de VS, os sujeitos do estudo e também os pacientes do investigador principal, uma vez que receberam a intervenção terapêutica deste profissional.

Essa nova aceção, que se tornou clara apenas com as sugestões apontadas pela banca de qualificação, fez com que o foco da análise fosse nos parceiros. Inicialmente, o estudo tinha o objetivo não só de conhecer e auxiliar esses parceiros, mas também estudar o desfecho nas pacientes. Existia uma proposta de estudar as pacientes do grupo em que os parceiros sofreram a intervenção comparando com um grupo em que os parceiros não receberam esse tratamento.

No entanto, com o número de sujeitos que concluíram a pesquisa, e com a grande variabilidade de pacientes no que seriam os grupos de intervenção e comparador, essa ideia foi deixada de lado. Apenas algumas informações relevantes sobre esses grupos serão discutidas abaixo. Essa mudança de foco da análise não foi vista, todavia, como uma perda ou falha do desenho original

deste estudo. Antes, a força dessa pesquisa reside justamente em conhecer, dar voz e acolher a dor absurda que esses parceiros silenciosamente experimentam.

Fazendo isso sem deixar para trás o propósito dessa intervenção de cuidar também das pacientes, porém de forma indireta, mas ainda assim tangível.

Para facilitar a discussão, separou-se a análise em três partes: análise quantitativa dos dados sobre os parceiros, análise qualitativa dos relatos feitos pelos parceiros e observação sobre as pacientes.

7.1 - Sinopse e discussão dos dados quantitativos dos parceiros

O perfil foi composto predominantemente por homens (83,3%), com média de idade de 32,4 anos (mediana de 29 anos), 76,9% brancos, com extremos no grau de escolaridade (30,8% fundamental incompleto e 38,5% superior incompleto). Em relação à situação profissional, 53,8% estavam empregados e 30,8% desempregados. O estado civil de maior representatividade foi casado ou “morando juntos”, respondendo por 53,8% dos participantes.

Estudo realizado no mesmo ambulatório por Facuri (2013) mostrou que as pacientes apresentavam a seguinte distribuição no estado civil: solteira (76,1%), casada (16,2%) e separada (6,4%).¹⁷ Comparando-se a amostra de parceiros casados (53,8%) com a porcentagem de mulheres casadas deste serviço (16,2%), vemos que há uma maior concentração de pacientes casadas no presente estudo que no estudo anterior com a mesma população deste ambulatório. Esta diferença com o estudo de Facuri (idade, estado civil) deve-

se, provavelmente, em função do critério de inclusão que requeria ser maior de idade e com parceria há pelo menos 1 ano.

Cabe ressaltar que 17% eram mulheres com relação homoafetiva com as pacientes vítimas de VS. Uma inclusive sendo parceira de uma mulher que procurou o serviço para a interrupção legal de gestação decorrente de estupro. A adesão desse grupo foi baixa, não tendo nenhuma delas concluído a etapa dos atendimentos. Vale ressaltar que um estudo sobre comportamento sexual no Brasil mostrou que 3% das mulheres relataram ter tido na vida relações sexuais com pessoas do mesmo sexo ou de ambos os sexos.⁴⁴ Portanto, neste estudo, houve uma sobrerrepresentação destas mulheres. Infelizmente, a baixa adesão não permite fazer interpretações sobre este dado. Seria interessante que estudos futuros se ocupassem desta população, iluminando informações que contribuam para qualificar o cuidado a estas parceiras.

Sobre o tempo de relação com a atual parceira, há duas faixas de maior expressão: 1 a 3 anos (30,8%) e 10 a 20 anos (23,1%), sendo que 53,8% está abaixo dos 3 anos. A maioria dos casais não tinha filhos (69,2%) e não teve vida marital anterior a essa relação (76,9%). Sobre a vida sexual, 100% relataram vida sexual anterior à VS, ao passo que 76,9% tiveram relação sexual após a VS. Vale ressaltar que esses dados foram obtidos na primeira entrevista com o parceiro, em geral entre duas a quatro semanas após a VS. Ao final do tratamento, ao menos no grupo de sujeitos que concluiu as 4 entrevistas, esse índice subiu para 100%. Porém não foi possível reavaliar essa informação com todos que deram a resposta no primeiro dia, em virtude da perda de seguimento.

Ahrens e Campbell (2000), em uma revisão da literatura, encontraram 14 artigos que avaliaram o impacto afetivo e interpessoal nas relações de mulheres vítimas de VS. A maioria destes estudos destacou dificuldades e problemas sexuais entre as mudanças interpessoais mais comuns⁴⁵, o que corrobora os achados do presente estudo.

Acerca dos aspectos religiosos, 76,9% afirmaram ter uma religião e 7,7% relatou ter espiritualidade, porém sem religião. Entre os que tem religião, 54,5% são evangélicos e 36,4% católicos. Quando questionados sobre práticas religiosas, 69,2% relataram esta prática. Estudo realizado no mesmo ambulatório⁴⁶ mostrou a seguinte distribuição de religiões entre as pacientes: a maioria referiu ter religião (84,9%) e ter prática religiosa (74,7%), sendo que 52,6% eram católicas e 40,7% evangélicas.

Com relação ao antecedente psiquiátrico (informação do entrevistado sobre diagnóstico feito por médico), a minoria relatou ter apresentado algum diagnóstico ao longo da vida (23,1%), em geral quadros depressivos, e 15,4% apresentaram um quadro atual. Apenas um parceiro relatou fazer psicoterapia. Em torno de 1 em cada 5 (22,2%) relataram antecedente psiquiátrico familiar, em geral quadros depressivos também. Uma revisão sistemática realizada com estudos sobre a população brasileira encontrou altos índices de prevalência geral de transtornos mentais na população adulta. Esses índices variaram entre 20% e 56%, acometendo principalmente mulheres e trabalhadores.⁴⁷ Isso indica que a prevalência de transtornos mentais da população de parceiros do presente estudo encontra-se compatível com o esperado.

Em relação ao antecedente de contato com pessoa vítima de VS, 23,1% dos participantes alegou ter tido esse contato. Estudo feito com 1.241 alunos da Universidade de New Hampshire mostrou que cerca de 1 em cada 3 estudantes do sexo feminino e 1 em cada 5 estudantes do sexo masculino foram informados por uma amiga que elas foram vítimas de uma experiência sexual indesejada.³⁰ Embora sejam populações diferentes, a porcentagem de sujeitos desse estudo que recebeu esse “contar” é semelhante ao estudo norte-americano.

7.2 - Sinopse e discussão dos dados qualitativos dos parceiros

Ahrens e Campbell (2000)⁴⁵ avaliaram o impacto da notícia do estupro nos amigos e familiares das mulheres que sofreram essa violência, fazendo uma revisão de literatura de diversos estudos que abordaram esse tema. Eles dividiram o tema entre achados afetivos e interpessoais.

Entre os afetivos, foram elencados: raiva, culpa (por não proteger), desesperança, vingança, depressão, frustração, negação e humilhação como principais achados. Nos aspectos interpessoais foram apontados: culpar a vítima, manter segredo, superproteção, evitar discussão, afastar-se da vítima e problemas sexuais foram os principais achados.⁴⁵

Quando analisamos os dados qualitativos das entrevistas com os parceiros, notamos que os mesmos relataram ter experimentado ao menos alguma vivência de sofrimento após a violência sexual da parceira. Entre os sentimentos, o mais marcante foi a raiva, experimentada por quase todos os parceiros. O único que não relatou tal vivência foi um parceiro que foi excluído

do estudo por apresentar um quadro depressivo de tal gravidade que precisou ser encaminhado para tratamento psiquiátrico.

A análise das entrevistas dos parceiros que concluíram os quatro atendimentos, aponta que houve uma transformação desse sentimento, sobretudo entre aqueles que conseguiram dar uma conotação criativa para a vivência da VS da parceira. Foi o que aconteceu com dois parceiros, que conseguiram transformar o sentimento inicial de raiva em uma prestação de serviço à comunidade.

Um desses parceiros abandonou a profissão de pedreiro, que exigia que ele viajasse, permanecendo de 20 a 30 dias fora de casa, para poder ficar mais próximo e cuidar da sua esposa. Com o tempo, ele e alguns amigos criaram um serviço de moto-táxi para levar as mulheres da invasão em que moravam até o ponto de ônibus, e trazê-las de volta do ponto até às suas casas. Com isso, não só ele tinha uma fonte de renda, como também ajudava a vigiar a comunidade em que moravam (5 mulheres sofreram VS naquele local em um curto espaço de tempo). Com isso, ele conseguiu também ressignificar aquele local em que sua esposa sofreu VS e que antes apenas produzia sintomas de revivescência quando ele tinha que passar ali (e que era a única entrada e saída da invasão em que morava). Foi este o parceiro que disse a fala que deu o título dessa dissertação: *“O acontecido não foi comigo, mas foi”*. E que reflete bem o empenho e dedicação que ele mostrou à sua esposa, e ao mesmo tempo consigo próprio.

O outro parceiro que conseguiu atingir essa dimensão da vivência traumática era um músico, com um número elevado de seguidores em suas

redes sociais. Ele passou a colocar algumas mensagens sobre violência sexual, desde a necessidade de cuidado para evitar, até sobre o que fazer caso alguma mulher sofresse VS. Ele não chegou a expor a sua condição, nem de sua namorada, mas ele sentia que dessa forma estava conseguindo conviver melhor com o impacto da VS de sua parceira. Ele chegou a mencionar que poder fazer essa prestação de serviço chegou a produzir nele uma epifania e que isso permitiu que ele melhorasse em vários aspectos de sua vida, não só no relacionamento, como a criatividade musical e o aumento de oferta para shows.

Pessoas resilientes apresentam características como autoestima positiva, habilidades de dar e receber em relações humanas, disciplina, responsabilidade, receptividade e tolerância ao sofrimento. Os estudos sobre a resiliência são de grande contribuição para o trabalho de quem atende em saúde mental, pois ao conhecer a resiliência, será possível ver um indivíduo como capaz de procurar recursos para superar as adversidades, não sendo somente um observador passivo de sua história, e sim como alguém capaz de buscar recursos em si mesmo e no ambiente que o rodeia para a resolução de conflitos.⁴⁸

O processo psíquico e comportamental do indivíduo resiliente perante uma situação traumática seria comparável ao trabalho da ostra que, para se proteger do grão de areia que a fere segregando nácar à volta do intruso, vai arredondar as asperezas do grão de areia e dar origem a uma joia preciosa. A resiliência seria forjada pelo indivíduo perante as agressões da vida e o sujeito resiliente conservaria, assim, esse precioso potencial, que o iria ajudar a enfrentar a sua trajetória de vida em boas condições. A metáfora da ostra ilustra bem como, por vezes, é a partir de uma experiência de sofrimento que podemos revelar forças até aí mantidas latentes e desconhecidas.⁴⁹ Essa explicação da

resiliência, bem como a metáfora da ostra, foi observada nesses parceiros citados nesse estudo.

É de extrema importância compreender, todavia, que a resiliência não é simplesmente inata ou adquirida. E sim aprendida de diversas formas, sendo uma delas a realização de programas voltados a diferentes populações. Desta forma, mostra-se essencial a participação tanto de instituições como de profissionais para a promoção da resiliência. Esta foi também uma preocupação durante os atendimentos prestados aos parceiros.

Estudo de Ahrens e Aldana (2012)²⁶ analisou o impacto do “contar”, especialmente para o parceiro, entrevistando 76 mulheres vítimas de VS, que reportaram 153 compartilhamentos para amigos, membros da família e parceiros sexuais. Em uma análise qualitativa, demonstraram que a maioria das relações se tornou ainda mais forte, ou permaneciam tão fortes quanto antes. Mas um número substancial de mulheres descreveu que as relações deterioraram ou permaneceram frágeis como antes da VS. Os nossos achados corroboram a pesquisa de Ahrens e Aldana, na medida em que demonstraram que as relações que já eram fortes permaneceram e até melhoraram.

Outro aspecto importante refere-se à vivência de violências e traumas prévios. Na análise dos dados das fichas de coleta de dados do sujeito, notamos que 53,8% dos parceiros reportaram ter sofrido uma violência prévia. Já na entrevista final, entre os 4 parceiros que aceitaram gravar a entrevista, todos eles tinham vivência traumáticas que produziram sintomas sugestivos de reação aguda ao estresse e/ou transtorno de estresse pós-traumático.

Percebemos que entre os parceiros que tiveram uma adesão completa ao tratamento, a prevalência de exposição a trauma prévio anterior foi maior, podendo sugerir, resguardando as limitações da pequena amostra, que uma vivência traumática anterior poderia aumentar a sensibilidade do parceiro para a importância do apoio à paciente no momento de fragilidade decorrente da VS. Todavia, são necessários estudos com desenho elaborado para contemplar a relação de vivências anteriores com reação a traumas para aprofundar esta hipótese.

Em um estudo intitulado *“The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma”*,⁵⁰ Tedeschi e Calhoun descrevem os desfechos positivos que podem advir de um trauma. Determinar como os indivíduos, lidando com as consequências do trauma, reconstróem ou fortalecem suas percepções de si mesmos, dos outros e do significado dos eventos. Os autores chegam a mencionar até mesmo o fortalecimento no relacionamento após a VS, baseados em experiências traumáticas prévias. Os achados do presente estudo são compatíveis com essa visão do trauma.

Este foi um ponto importante durante as entrevistas para ajudar a criar uma maior empatia entre o parceiro e a paciente. Quando eram indagados sobre trauma pessoal prévio, perguntava-se sobre as reações que tiveram. Muitos relataram vergonha, medo de repetição, culpa, valorização se receberam suporte da rede de apoio. E dessa forma, era estabelecida uma conexão com as vivências que as pacientes apresentaram após a VS. Provavelmente, isso corroborou o processo de aceitação da violência e fortaleceu o parceiro na condição de rede de apoio.

Analisando as mudanças físicas e psíquicas, vemos uma maior prevalência de alteração do sono e do apetite, sintomas de ansiedade e depressão, além de pensamentos repetidos sobre a violência sexual. Esse conjunto de sintomas pode sugerir que os parceiros experimentam algum grau de reação aguda ao estresse e/ou transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). A literatura aponta que o TEPT secundário é um desdobramento possível para quem recebe a notícia de um estupro, sobretudo em quem tem uma ligação próxima com a vítima, como é o caso desses parceiros.⁵¹

Porém não foram aplicados questionários apropriados, e nem feito um direcionamento das entrevistas para elucidação diagnóstica. Por se tratar de uma pesquisa exploratória, mas ao mesmo tempo com o objetivo de promover acolhimento e *counseling*, em princípio não foi pensado em introduzir nenhum questionário padronizado. E mesmo as entrevistas não foram direcionadas para buscar critérios que preenchessem um diagnóstico psiquiátrico. A preocupação maior era conhecer esses parceiros, acolhê-los e ajudá-los em sua dor.

Outro dado que corrobora esta hipótese é a observação de que 38,5% dos parceiros experimentaram a sensação de culpa pela VS, mesmo estando a maioria deles no trabalho ou em outras circunstâncias que os impedisse de estar com suas parceiras no momento da VS. É ainda mais gritante quando comparado com o sentimento de injustiça, presente em apenas 15,4% dos parceiros. Essa auto culpabilização pela VS é um sentimento comum entre as mulheres que sofreram VS ⁵² e por isso chama a atenção os índices elevados de culpa entre os parceiros. Isso pode ser também uma característica própria de um TEPT secundário nessas circunstâncias.

Mas esse conjunto de alterações observadas nos parceiros pode ser melhor explorado em pesquisas futuras, com foco no diagnóstico de TEPT secundário nos parceiros (as) de mulheres que sofreram VS.

Estudando a rede de apoio a pacientes que sofreram outras formas de violência, Gregory, Williamson e Feder (2016) constataram que o impacto do relato do trauma que os familiares e amigos reportam era consistente com sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).²² Embora este estudo não tenha abordado os parceiros de mulheres que sofreram VS especificamente, ele nos aponta para a possibilidade de TEPT secundário nos parceiros, parte importante da rede de apoio.

Para o grupo de parceiros do presente estudo, as pacientes contaram para eles sobre a VS imediatamente após a VS em 46,2% dos casos. Em outro extremo, duas pacientes não contaram no momento da VS, revelando o ocorrido após descobrirem-se grávidas.

Entre o grupo de parceiros que tiveram adesão completa, a parceira contou sobre a VS imediatamente após o ocorrido, algumas tendo o parceiro como primeira pessoa que recebeu a notícia, ou logo em seguida a chegarem em algum lugar, contarem para alguém e pedirem para ligar para seu parceiro. Já, entre os dois parceiros que souberam da VS após a gestação da paciente, nenhum aderiu completamente ao tratamento, e é provável que se elas não tivessem ficado grávidas, não teriam nunca contado para os parceiros sobre a VS.

Isso pode indicar, por um lado, uma relação entre a confiança que a paciente tem no parceiro para contar sobre a VS e o engajamento do mesmo no

tratamento proposto. Por outro lado, pode indicar um viés de seleção: as mulheres podem se sentir confortáveis para relatar uma VS para parceiros com os quais já tinham uma relação prévia bem estruturada.

Na análise das entrevistas, os próprios parceiros falaram da importância desse apoio que os parceiros devem dar às mulheres que sofreram VS. Primeiramente, identificam a condição da mulher como insegura, sem reação, necessitando de mais atenção e em alguns casos até com vontade de morrer. A maioria deles identificou que as parcerias os queriam por perto, mesmo que muitas vezes não quisessem falar sobre a VS, ou mesmo sobre qualquer assunto.

Alguns deles notaram que inicialmente eles ficavam perguntando sobre a VS, querendo saber o que aconteceu, e com o tempo viram que era melhor apenas escutar. Também relataram sobre a importância de acompanhá-las na delegacia e ao hospital. Apontaram ainda que muitos homens abandonam suas parceiras se essas sofrem uma VS, atitude que todos eles reprovam. Enfatizam que a VS ocorreu contra a vontade da mulher, que foi um acidente, que não é culpa da mulher. Um dos parceiros disse ainda que se o homem realmente gosta da mulher, continua com ela. Mas se já não gostava, então abandona mesmo.

Esse dado encontra correlação com a literatura científica, como mostrado por Campbell e Ahrens (2001) no qual as reações positivas que alguém da rede de apoio pode ter apontadas nesses estudos são: *“dizer que o estupro não é culpa da mulher que sofreu VS”*, *“permitir que ela fale”*, *“acompanhá-la à polícia”*, *“ajudá-la a encontrar informações para enfrentamento/terapia”*, *“ajudá-la a*

conseguir cuidados médicos” e *“dizer a ela que acredita no que ela está contando”*.³³

Os parceiros apontaram também a importância deles próprios terem um apoio para poder lidar com a situação. No caso dos entrevistados, a maioria contava com o apoio de um ou alguns amigos. Eles tinham a impressão de precisarem *“estar bem”*, *“serem fortes”*, não deixar a parceira perceber que eles não estão bem. E para criar essa atmosfera, eles precisam de um apoio.

A maioria dos parceiros relatou que contou sobre a VS para algum amigo. Apenas um relatou para pessoas da família. Eles se sentiam em uma situação de muita angústia, sem saber o que fazer, como agir. E ter um amigo para apoiá-los nesse momento foi relevante. Os parceiros se sentiam muito tristes, com muita raiva, mas acreditavam ter que abafar esses sentimentos para conseguirem apoiar as pacientes. Experimentaram um misto de precisar desabafar para alguém, mas ao mesmo tempo não poderem fazê-lo, como se não fosse permitido expressarem seus próprios sofrimentos e angústia.

Existem na literatura pesquisas sobre os *“disenfranchised grievers”*, ou *“hidden sorrows”*, pessoas que não podem partilhar sua perda, seu luto. O sofrimento desprivilegiado resulta de uma perda que não é ou não pode ser reconhecida abertamente, lamentada publicamente ou socialmente suportada.⁵³

São exemplos disso: quando as relações do enlutado não são reconhecidas (por exemplo, ex-cônjuge), falta de reconhecimento da perda pela pessoa em sofrimento (por exemplo, infertilidade), exclusão do enlutado considerado como não sendo capaz de viver o luto (por exemplo, crianças) e exclusão do enlutado devido às circunstâncias da perda (por exemplo, suicídio).

E ainda, pode ser autorreferente, como um luto desprivilegiado auto desencadeado onde a vergonha desempenha um papel significativo. Esse tipo de sofrimento precisa ser percebido quando olhamos para a rede de apoio da VS, em especial o parceiro.

Sobre o atendimento recebido nas 4 consultas, eles relataram que ajudou a aliviar a tensão e angústia que sentiam. Notaram como algo positivo relatar o impacto da VS da parceira neles próprios e que esse simples fato de dividir essa vivência já era positivo, que de alguma forma produzia uma sensação de alívio, de “tirar o peso”.

Em uma revisão recente sobre TEPT e seus desdobramentos, Ross (2017) aborda a importância de se cuidar da rede de apoio, e em especial da família, de pessoas que sofreram algum tipo de trauma. Trabalhos recentes forneceram evidências de que mecanismos epigenéticos podem ser capazes de atuar através de gerações, possivelmente sendo transmitidos através de gametas. Assim, as exposições ambientais experimentadas por um indivíduo podem até afetar a expressão gênica na prole, com influências potencialmente amplas, incluindo a suscetibilidade ao trauma. A esse respeito, os médicos devem ser atenciosos em obter um histórico familiar e também em considerar apoios e recursos que possam ser apropriado para os filhos dos pacientes e também outros membros da família, que são fortemente afetados.⁵⁴

No início dos atendimentos realizados no presente estudo, em geral, os parceiros diziam que estavam “perdidos”, que não sabiam como agir. Não tinham entendimento se o melhor era conversar com as pacientes ou não. Se eles deveriam estimular troca de afetos no casal. Se deveriam deixar que elas

ficassem em casa ou estimulá-las a sair, entre outras dúvidas. Também não se sentiam no direito de vivenciar a própria dor, de legitimar seu próprio sofrimento. E os 4 atendimentos recebidos foram percebidos pelos parceiros ao mesmo tempo como esclarecedores e acolhedores. E essa vivência provavelmente auxiliou diminuição da angústia.

Todos os entrevistados que concluíram as entrevistas indicaram que o atendimento recebido em nosso serviço, especialmente o atendimento voltado para o parceiro, foi de grande importância. Ao final das últimas entrevistas foi perguntado abertamente o que os parceiros acharam do atendimento que eles receberam. Todos perceberam que as consultas os ajudaram a vivenciar a situação de VS sofrida pela parceira.

Por fim, todos os parceiros que tiveram adesão completa relataram que a relação ficou melhor do que estava antes da VS. Alguns relataram até mesmo que conseguiram dar um sentido maior para a própria existência, por se perceberem um bom suporte às parceiras e por terem suportado essa experiência. Os dois parceiros que notaram uma contribuição maior para a comunidade (o moto-táxi e o cantor que divulga sobre VS nas redes sociais) sentiram essas atitudes como uma colaboração para evitar que outras mulheres sofram VS. Isto produziu neles um sentimento de tranquilidade e de “estar em paz” com o ocorrido.

Elisabeth Kübler-Ross, em seu livro *Sobre a Morte e o Morrer*, fala sobre os 5 estágios do luto: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação.⁵⁵ Avaliando as entrevistas dos sujeitos dessa pesquisa, é possível identificar esses mesmos estágios em relação à violência sexual sofrida por suas

parceiras. Nem sempre em etapas isoladas como os estágios apresentados acima, mas com os mesmos conteúdos.

7.3 – Sinopse e discussão sobre o Grupo de intervenção e grupo comparador

Como já apresentado nos resultados, não foi possível estabelecer um grupo controle a priori, porém, observou-se a construção natural de um grupo “comparador” que compartilhava de um elemento que permitia estabelecer algum paralelo, a saber, a presença de um(a) companheiro(a) que compareceu ao atendimento acompanhando a sua mulher vítima de VS. Todavia, as inúmeras diferenças entre os grupos não permitiram uma análise comparativa consistente.

No entanto, um dado chamou a atenção, apesar das limitações. Notamos que entre as pacientes cujos parceiros receberam os atendimentos de apoio, houve 100% de adesão ao seguimento ambulatorial no CAISM, em comparação a apenas 40% d adesão entre as pacientes do grupo comparador.

Consideramos que a adesão ao atendimento multiprofissional pode auxiliar na elaboração do sofrimento relacionado à experiência de VS. Além disso, provém assessoria à paciente nas questões sociais e laborais e contribui com a saúde clínica da mulher em função do seguimento ginecológico e sorológico. Portanto, elementos que otimizem a aderência ao tratamento são fundamentais para um melhor prognóstico no cuidado a vítimas de violência sexual.

Sendo assim, sugerimos que o atendimento aos parceiros das mulheres vítimas de VS pode se constituir como um fator para melhorar a adesão das pacientes ao seu próprio tratamento, porém pesquisas complementares são necessárias para poder fazer essa afirmação de forma mais robusta.

Consideramos que o conjunto de dados apresentado acerca do sofrimento e possibilidade de apoio aos parceiros de mulheres vítimas de violência sexual, com potencial repercussão positiva nas vítimas, está em consonância com as políticas de abordagem do tema na atualidade. Destacamos documento lançado pela Organização Mundial da Saúde, intitulado "*Rape: how women, the community and the health sector respond*", que traça um panorama mundial sobre a VS e orienta alguns tópicos para estudos futuros.⁵⁶ Entre eles estão a importância de se estudar melhor a violência sexual em países em desenvolvimento, quais são os fatores implicados com a boa evolução do quadro psicológico das mulheres vítimas de VS e a avaliação do cuidado integral dessas mulheres.

Esperamos que as informações e reflexões produzidas no presente estudo contribuam com aprofundamento do conhecimento acerca da VS em nosso país, assim como possam ser replicadas e ampliadas no contexto de cuidado às mulheres e sua rede de apoio, com destaque para seus parceiros e parceiras.

Assim, disponibilizar cuidado aos parceiros(as) das mulheres vítimas de VS pode se mostrar uma estratégia válida e inovadora na atenção multidisciplinar, visando diminuir o sofrimento do(a) parceiro(a) e prepará-lo(la) para dar um melhor suporte para sua companheira.

8 - CONCLUSÕES

- É possível afirmarmos que as vivências dos parceiros das mulheres que sofreram violência sexual representam algo a ser elaborado, como um luto. Foram apresentados principalmente sentimentos de raiva e culpa, alterações do sono e apetite, pensamentos repetitivos sobre a VS e sintomas depressivos, repercutindo em dificuldade para atividade laboral.

- O modelo de intervenção breve para suporte aos parceiros das mulheres vítimas de VS realizado contribuiu para que sentimentos iniciais de negação e raiva se transformassem em aceitação. E isso produziu uma melhor condição de bem-estar psíquico nos parceiros.

- A intervenção proposta representou uma ferramenta importante na elaboração das vivências de sofrimento dos parceiros, podendo ser incorporada na abordagem da violência sexual.

- Houve indícios de maior adesão ao tratamento nas mulheres cujos parceiros realizaram o atendimento oferecido.

- É provável que a partir dos atendimentos realizados, os parceiros tenham melhores condições de oferecer suporte para as pacientes, considerando que uma rede de apoio adequada é um dos principais fatores para boa evolução após um trauma dessa natureza.

9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Heise LL, Kotsadam A. Cross-national and multilevel correlates of partner violence: An analysis of data from population-based surveys. *Lancet Glob Heal*. 2015;3(6):e332-e340. doi:10.1016/S2214-109X(15)00013-3.
2. Dilillo D, Jaffe AE, Watkins LE, Peugh J, Kras A, Campbell C. Couple and Family Psychology: Research and Practice The Occurrence and Traumatic Impact of Sexual Revictimization in Newlywed Couples The Occurrence and Traumatic Impact of Sexual Revictimization in Newlywed Couples. 2016. doi:10.1037/cfp0000067.
3. Sullivan TP, Weiss NH. Is Firearm Threat in Intimate Relationships Associated with Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Women? *Violence And Gender*. Volume 4, Number 2, 2017. doi:10.1089/vio.2016.0024.
4. Carretta CM, Burgess AW, DeMarco R. To Tell or Not to Tell. *Violence Against Women*. 2015;21(9):1145-1165. doi:10.1177/1077801215590672.
5. Villela W V., Lago T. Advances and challenges in treatment for female victims of sexual violence. *Cad Saude Publica*. 2007;23(2):471-475. doi:10.1590/S0102-311X2007000200025.
6. Volkmann ER. Silent survivors. *Ann Fam Med*. 2017. doi:10.1370/afm.2004.
7. Campbell R, Wasco SM. Understanding Rape and Sexual Assault. *J Interpers Violence*. 2005;20(1):127-131. doi:10.1177/0886260504268604.
8. Ford J, Soto-Marquez JG. Sexual Assault Victimization Among Straight,

- Gay/Lesbian, and Bisexual College Students. doi:10.1089/vio.2015.0030.
9. Women s protection public policies evaluation of health care for victims of sexual violence.
 10. Norton R, Kobusingye O. Injuries. *N Engl J Med*. 2013;368(18):1723-1730. doi:10.1056/NEJMra1109343.
 11. Marabotti F, Leite C, Helena M, et al. Violence against women, Espírito Santo, Brazil. doi:10.1590/S1518-8787.2017051006815.
 12. Ribeiro WS, Mari J de J, Quintana MI, et al. The Impact of Epidemic Violence on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS One*. 2013;8(5). doi:10.1371/journal.pone.0063545.
 13. General Assembly U. Declaration on the Elimination of Violence against Women. 1993:Resolution number: A/RES/48/104. doi:A/RES/48/104.
 14. Schraiber LB, d'Oliveira AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 1999;3(5):13-26. doi:10.1590/S1414-32831999000200003.
 15. Técnica N. **PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL E ADOLESCENTES;** MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Norma Técnica. 3ª edição atualizada e ampliada 1ª reimpressão. Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 6. 2012.
 16. Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Richardson J, Moorey S, Feder G.

- Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care attenders. *Br J Psychiatry*. 2003;183(OCT.):332-339. doi:10.1192/bjp.183.4.332.
17. Facuri C de O, Fernandes AM dos S, Oliveira KD, Andrade T dos S, Azevedo RCS de. Sexual violence: a descriptive study of rape victims and care in a university referral center in São Paulo State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2013;29(5):889-898. doi:10.1590/S0102-311X2013000900008.
 18. Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. *Cad Saude Publica*. 2007;23(2):465-469. doi:10.1590/S0102-311X2007000200024.
 19. Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Emergency care for women following sexual assault: characteristics of women and six-month post-aggression follow-up. *Cad Saude Publica*. 2005;21(1):192-199. doi:10.1590/S0102-311X2005000100021.
 20. Chang E, Brown J. More than a rape kit. *Ann Intern Med*. 2017. doi:10.7326/M16-2139.
 21. Early intervention offers hope for preventing PTSD.
 22. Boatright AC. Transforming Care for Victims of Violence. *JONA*. 47(6):301-302. doi:10.1097/NNA.0000000000000483.
 23. Moynihan MM, Walsh WA, Cohn ES. Friends of Survivors. 2010:242-256.
 24. Ahrens CE. Being silenced: The impact of negative social reactions on the disclosure of rape. *Am J Community Psychol*. 2006;38(3-4):263-274. doi:10.1007/s10464-006-9069-9.

25. Carroll EM, Foy DW, Cannon BJ, Zwier G. Assessment issues involving the families of trauma victims. *J Trauma Stress*. 1991;4(1):25-40. doi:10.1007/BF00976008.
26. Ahrens CE, Aldana E. The Ties That Bind : Understanding the Impact of Sexual Assault Disclosure on Survivors ' Relationships with Friends , Family , and Partners. 2012;(November 2011):226-243. doi:10.1080/15299732.2012.642738.
27. Smith SG, Cook SL. Disclosing Sexual Assault to Parents The Influence of Parental Messages About Sex. 2008. doi:10.1177/1077801208325086.
28. Wells D. Sexual violence interventions: Considerations for humanitarian settings. *Forensic Sci Int*. 2017. doi:10.1016/j.forsciint.2017.04.004.
29. Adams M. The Traumatized Patient. *AJN*. 2016;116(10):72.
30. Banyard VL, Moynihan MM, Walsh WA, Cohn ES, Ward S. Friends of survivors: the community impact of unwanted sexual experiences. *J Interpers Violence*. 2010;25(2):242-256. doi:10.1177/0886260509334407.
31. Vangelisti AL. Challenges in conceptualizing social support. doi:10.1177/0265407509105520.
32. Campbell R, Dworkin E. an Ecological Model of the Impact of Sexual Assault on Women ' S Mental Health. 2009;10(3):225-246. doi:10.1177/1524838009334456.
33. Campbell R, Ahrens CE, Sefl T, Wasco SM, Barnes HE. Social reactions to rape victims: healing and hurtful effects on psychological and physical health outcomes. *Violence Vict*. 2001;16(3):287-302.
34. Casey EA, Ohler K. Being a positive bystander: male antiviolence allies'

- experiences of “stepping up.” *J Interpers Violence*. 2012;27(1):62-83. doi:10.1177/0886260511416479.
35. Cook-Craig PG, Millspaugh PH, Recktenwald EA, et al. From empower to Green Dot: successful strategies and lessons learned in developing comprehensive sexual violence primary prevention programming. *Violence Against Women*. 2014;20(10):1162-1178. doi:10.1177/1077801214551286.
36. Amar AF, Sutherland M, Laughon K. Gender differences in attitudes and beliefs associated with bystander behavior and sexual assault. *J Forensic Nurs*. 2014;10(2):84-91; quiz E1-2. doi:10.1097/JFN.0000000000000024.
37. Sylaska KM, Edwards KM. Disclosure of Intimate Partner Violence to Informal Social Support Network Members: A Review of the Literature. doi:10.1177/1524838013496335.
38. Barr AB, Simons RL. A dyadic analysis of relationships and health: Does couple-level context condition partner effects? *J Fam Psychol*. 2014;28(4):448-459. doi:10.1037/a0037310.
39. Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educ e Pesqui*. 2005. doi:10.1590/S1517-97022005000300009.
40. O conceito de coping.
41. Bryant RA, Sackville T, Dang ST, Moulds M, Guthrie R. Treating Acute Stress Disorder: An Evaluation of Cognitive Behavior Therapy and Supportive Counseling Techniques. *Am J Psychiatry*. 1999;15611.
42. Tomiatto De Oliveira I. PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA BREVE: DOS PRECURSORES AOS MODELOS ATUAIS. BRIEF PSYCHODYNAMIC

- PSYCHOTHERAPY: FROM FORERUNNERS TO PRESENT MODELS. *Psicol Teor e Prática*. 1999;1(2):9-19.
43. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Coleta De Dados Na Pesquisa Clínico-Qualitativa : Uso De Entrevistas Não- Dirigidas De Questões Abertas Por Profissionais Da Saúde. *Rev Latino-am Enferm*. 2006;14(5):1-10. doi:10.1590/S0104-11692006000500025.
44. Barbosa RM, Koyama MAH. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(7):1511-1514. doi:10.1590/S0102-311X2006000700015.
45. Ahrens CE, Campbell R. Assisting Rape Victims as They Recover From Rape: The Impact on Friends. *J Interpers Violence*. 2000;15(9):959-986.
46. Facuri CO, Fernandes AMS, Azevedo RCS. Psychiatric evaluation of women who were assisted at a university referral center in Campinas, Brazil, following an experience of sexual violence. *Int J Gynecol Obstet*. 2014. doi:10.1016/j.ijgo.2014.04.020.
47. Dos Santos ÉG, De Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: Uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):238-246. doi:10.1590/S0047-20852010000300011.
48. argumento RA-P, 2017 undefined. Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura. *PeriodicosPucprBr*. 2009;27(58):253-260. <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/download/20225/19509>.
49. Laranjeira C. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: Revisão de literatura. *Psicol Teor e Pesqui*. 2007;23(3):327-331. doi:10.1590/S0102-

- 37722007000300012.
50. Tedeschi RG, Calhoun LG. The {Posttraumatic} {Growth} {Inventory}. 1996;9(3):455-471.
 51. Christiansen D BR and EA. Secondary Victims of Rape. *Violence Vict.* 2012;27(2):246. doi:10.1891/10886-6708.27.2.246.
 52. Shin KM, Cho S-M, Lee SH, Chung YK. A Pilot Prospective Study of the Relationship among Cognitive Factors, Shame, and Guilt Proneness on Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Female Victims of Sexual Violence. *J Korean Med Sci.* 2014;29(6):831. doi:10.3346/jkms.2014.29.6.831.
 53. Selby S, Jones A, Burgess T, Clark S, Moulding N, Beilby J. Disenfranchised grievers--the GP's role in management. *Aust Fam Physician.* 2007;36(9):768-770. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17885715>.
 54. Ross DA, Arbuckle MR, Travis MJ, Dwyer JB, Van Schalkwyk GI, Ressler KJ. An Integrated Neuroscience Perspective on Formulation and Treatment Planning for Posttraumatic Stress Disorder An Educational Review. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.3325.
 55. Afonso SBC, Minayo MC de S. Uma releitura da obra de Elisabeth Kubler-Ross. *Cien Saude Colet.* 2013;18(9):2729-2732. doi:10.1590/S1413-81232013000900028.
 56. WHO Press. World Health Organization. Rape: how women, the community and the health sector respond. <http://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2016-01-19/rape.pdf>. Accessed August 22, 2017.

10 - ANEXOS

10.1 - ANEXO 1: CARTA – CONVITE



CARTA CONVITE

Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti da Universidade Estadual de Campinas

Ambulatório de Atendimento Especial CAISM/UNICAMP

Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria FCM/UNICAMP

Prezado(a) acompanhante,

Nós somos do ambulatório no qual sua parceira fará acompanhamento pelos próximos 6 meses. Ela foi vítima de uma grande violência e é muito importante que ela receba atenção de uma equipe multidisciplinar: ginecologistas, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros.

Mas entendemos que isso tudo que aconteceu com ela, de algum modo também atingiu você. Gostaríamos de oferecer um atendimento exclusivo para você. Para isso, estamos conduzindo uma pesquisa apenas com os parceiros ou parceiras de mulheres que sofreram violência sexual.

Serão oferecidas quatro consultas com um psiquiatra que irá ajudá-lo/a a lidar com esse sofrimento. Isso será bom para você e para sua parceira.

As consultas serão com hora marcada e você não ficará esperando. Além disso, se você precisar, fornecemos declaração de comparecimento.

Venha na próxima consulta junto com ela, quinta-feira à tarde, e apresente esta carta. Se tiver alguma dúvida, pode me ligar: 19 – 991666113 (Dr. Otávio Prado Alabarse).

Atenciosamente,

Dr. Otávio Prado Alabarse

Médico psiquiatra

Prof. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo

Docente do Departamento de Psiquiatria

10.2 - ANEXO 2: TCLE**Universidade Estadual de Campinas**

Comitê de Ética em Pesquisa. Fone (19) 3521-8903. E-mail: cep@fcm.unicamp.br. **Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Cidade Universitária Zeferino Vaz. CEP 13083-887 – Campinas, SP, Brasil.

Pesquisador: Otávio Prado Alabarse, UNICAMP- Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, (19) 3521-7209, alabarse@usp.br (CAISM – ambulatório de ginecologia – ambulatório de violência sexual).

Pesquisadora/ Docente: Renata Cruz Soares de Azevedo: UNICAMP – Departamento De Psicologia Médica e Psiquiatria, (19) 3521-7209, azevedo.renata@uol.com.br (Docente).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa

IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA AOS PARCEIROS DE MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA SEXUAL (NÃO PERPETRADA PELO PARCEIRO).

Nome dos responsáveis

Pesquisador: **Otávio Prado Alabarse**

Orientadora: **Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo**

Número do CAAE: 62/2015

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

A violência sexual pode trazer sentimentos difíceis de lidar e sofrimento tanto à vítima quanto ao seu parceiro.

O objetivo desta pesquisa é promover um suporte em saúde mental aos parceiros das mulheres que sofreram violência sexual (VS), com o intuito de auxiliá-los a lidarem com a situação de VS. Esperamos demonstrar que um

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

trabalho de psicoterapia breve voltada para a crise é capaz de promover um suporte adequado a esses parceiros, e esses cuidarem melhor das mulheres vítimas de VS.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a:

- participar de 4 consultas com um psiquiatra para falar sobre como você está se sentindo em relação à violência que sua parceira sofreu.
- as 4 entrevistas ocorrerão ao longo de 6 meses.
- cada entrevista terá em média 1 hora de duração
- na primeira entrevista, além deste termo, será aplicado um questionário sobre seus dados pessoais.
- a última consulta poderá ser gravada, para permitir a análise da evolução do tratamento. Mas isso só acontecerá se você permitir
- não serão realizados exames de sangue ou qualquer outro exame.
- se você precisar de declaração de comparecimento para o trabalho, ela será fornecida pelo pesquisador.

Desconfortos e riscos: Você não deve participar deste estudo se:

- tiver idade inferior a 18 anos
- estiver em acompanhamento psiquiátrico ou psicoterápico por transtorno psiquiátrico grave (informar o pesquisador)
- não puder comparecer às consultas

O procedimento que você será submetido é um atendimento psiquiátrico. Nestas consultas, você falará de suas emoções e sentimentos, falará da violência sofrida pela sua parceira e de como isso afetou você. Falar de tais emoções pode causar um desconforto no momento em que você relembra esses fatos. No entanto, após o tratamento, espera-se que essas emoções fiquem mais tranquilas e as lembranças menos doloridas, fazendo com que você se sinta melhor. Mesmo havendo o risco desse desconforto, o psiquiatra que conduzirá essas consultas é experiente e treinado para reduzir esse desconforto caso ele se manifeste.

Benefícios: O maior benefício é receber um atendimento médico individualizado, direcionado para o parceiro. Além disso, o parceiro ficando mais fortalecido poderá cuidar melhor desta mulher que sofreu a violência. Espera-se com isso, que ela tenha também uma melhor evolução dos sintomas psicológicos e diminuição do sofrimento.

Acompanhamento e assistência: O atendimento consiste em quatro consultas voltadas para os problemas emocionais decorrentes da violência sexual da mulher. No entanto, não é objetivo da pesquisa fazer um tratamento psiquiátrico de longo prazo. Aqueles sujeitos que desenvolverem um transtorno psiquiátrico ao longo da pesquisa serão encaminhados para acompanhamento em seu serviço de referência. Eles serão desligados da pesquisa, mas só terão alta quando conseguirem acompanhamento com outro psiquiatra, para não ficarem desassistidos nesse período de transição de serviço.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Os seus dados ficarão armazenados em um prontuário médico individual com todas as mesmas regras de sigilos dos outros prontuários deste serviço.

Ressarcimento:

Este estudo está sendo realizado de forma independente de financiamento e bolsas de pesquisa. Em virtude disso, não há possibilidade de ressarcir gastos com transporte, alimentação e outros.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com os pesquisadores:

Otávio Prado Alabarse, UNICAMP- Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, (19) 3521-7209, alabarse@usp.br (CAISM – ambulatório de ginecologia – ambulatório de violência sexual).

Renata Cruz Soares de Azevedo: UNICAMP – Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, (19) 3521-7209, azevedo.renata@uol.com.br (Docente). Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP** das 08:30 hs às 13:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante _____
 _____ Data: ____ / ____ / ____.

(Assinatura do participante)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____ / ____ / ____.

(Assinatura do pesquisador)

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

10.3 - ANEXO 3: FICHA DE COLETA DE DADOS DO PARCEIRO**PREENCHIMENTO PRÉVIO**

1 - Ficha nº _____ **2- N° Prontuário da paciente (vítima):** _____
3 - Data do evento ____ / ____ / ____ **4 - Horário:** _____
5 – Intervalo de horário: 5.1 00:00-07:00 5.2 07:01-18:00 5.3 18:01-23:59
6 – BO foi realizado? 6.1 sim 6.2 não 6.9 outros _____
7 - Local da abordagem: 7.1 rua 7.2 ponto de ônibus 7.3 residência 7.4 escola 7.5 trabalho 7.9 outros _____
8 - Agressor: 8.1 desconhecido 8.2 conhecido* 8.2.1 _____
 8.3 único 8.4 múltiplos 8.9 outros _____

IDENTIFICAÇÃO

9- Data da primeira consulta do sujeito ____ / ____ / ____
10- Tempo transcorrido da VS até 1ª consulta do sujeito: _____ (dias)
11 - Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ **11- Idade** _____ anos
12 – Cor da pele: 12.1 branca 12.2 negra 12.3 parda 12.4 amarela 12.9 outros _____
13 - Escolaridade: 13.1 analfabeto 13.2 fundamental incompleto
 13.3 fundamental completo 13.4 médio incompleto 13.5 médio completo 13.6 superior incompleto 13.7 superior completo 13.9 outros _____
14- Profissão: _____
15 -Situação profissional: 15.1 empregado 15.2 desempregado 15.3 em benefício 15.4 estudante 15.9 outros _____
16 - Religião: 16.1 não 16.2 sim* 16.2.1 católica 16.2.2 evangélica 16.2.3 espírita 16.2.9 outros _____
17 - Prática religiosa: 17.1 não 17.2 sim 17.3 NSA
18 - Estado civil: 18.1 solteiro 18.2 casado/”moram juntos” 18.3 viúvo 18.4 separado 18.9 outros _____

DADOS DO RELACIONAMENTO

19- Tempo de relação: 19.1: 1- 3 anos, 19.2: 3 – 5 anos, 19.3: 5 –10 anos, 19.4: 10 – 20 anos, 19.5: > 20 anos
20 - Filhos: 20.1 não 20.2 sim* 20.2.1 Quantos? _____ 20.2.1.1 Filhos do casal 20.2.1.2 filhos da mulher apenas. 20.2.1.3 filhos do homem apenas. 20.2.1.4 filhos do casal e filhos de outra relação da mulher, 20.2.1.5 filhos do casal e filhos de outra relação do homem. 20.2.1.6 filhos do casal e filhos de outras relações de ambos. 20.2.1.9 outros _____
21- Já viveu maritalmente com outra mulher anteriormente? 21.1 não 21.2 sim 21.3 já “viveu junto” 21.9 outro _____
22 – Tinha vida sexual com a parceira antes da VS?: 22.1 não 22.2 sim 22.9
23– Tem vida sexual atualmente?: 23.1 não 23.2 sim 23.9 outros _____

ANTECEDENTES

24 - Tem antecedente psiquiátrico pessoal? 24.1 - não 24.2 - sim*

24.2.1 - com que idade iniciou? _____ anos 24.9 outros _____

24.2.2 Tipo de transtorno _____

25 - Faz tratamento psiquiátrico? 25.1 não 25.2 sim*

(Classe de psicofármaco) 25.2.1 antidepressivo 25.2.2 ansiolítico 25.2.3 antipsicótico

25.2.4 estabilizador do humor 25.2.9 outros _____

26 - Faz tratamento psicoterápico? 26.1 não 26.2 sim* 26.9 outros _____

27- Diagnóstico psiquiátrico (se houver) _____

28 - Tem antecedente familiar de transtorno mental? 28.1 não 28.2 sim*

28.2.1 Qual _____ 28.9 outros _____

29 - Tem antecedente pessoal de contato com pessoas que sofreram violência sexual?

29.1 não 29.2 sim* 29.2.1 que idade você tinha? _____ anos 29.2.2 qual o grau de relação/parentesco? _____

30 - Alguém na sua família já sofreu violência sexual? 30.1 não 30.2 sim*

(Grau de parentesco) 30.2.1 mãe 30.2.3 irmã

30.2.9 outros _____

31- Você já sofreu alguma violência? 17.1 não 17.2 sim 17.2.1 roubo sem arma 17.2

roubo com arma branca 17.3 roubo com arma de fogo 17.4 roubo com agressão física

17.5 sequestro 17.5 agressão física 17.6 VS 17.7 violência parental na infância 17.9

outras _____

ALTERAÇÕES ATUAIS: PÓS-VS

32 -Você estava presente?: 32.1 não 32.2 sim*

Se sim, você também foi agredido? 32.2.1 não foi agredido 32.2.2 foi agredido

32.2.9 outros _____

33 - Apresentou problemas/reações/mudanças relacionados ao evento?

33.1 não 33.2 sim*

34 - Mudanças Físicas: 34.1 não 34.2 sim*

34.2.1 alterações do sono 34.2.2 alterações de apetite

34.2.3 alguma dor no corpo nova 34.2.4 alterações na disposição física 34.2.9 outros _____

35 - Mudanças Psíquicas: 35.1 não 35.2 sim*

35.2.1 sintomas ansiosos 35.2.2 sintomas depressivos 35.2.3 ideação suicida

35.2.4 planejamento suicida 35.2.5 T S 35.2.6 medo de DST 35.2.7 medo de

gestação da parceira 35.2.8 Pensamento repetido sobre a VS 35.2.10 medo de repetição

do evento 35.2.11. Aumento do consumo de álcool e/ou outras drogas 35.2.9

outras _____

36 - Mudanças Sociais: 36.1 não 36.2 sim*

36.2.1 sentimento de raiva 36.2.2 sentimento de culpa (não proteção)

36.2.3 culpabilização da mulher pela VS 36.2.4 mudanças na rotina 36.2.5 desejo de

terminar a relação 36.2.6 sentimento de injustiça 36.2.7 mudança de endereço 36.2.8

sentimento de desesperança 36.2.9 dificuldade para trabalhar

36.2.9 outros _____

37- Como ficou sabendo da VS? 37.1 Estava presente na VS? 37.2 Parceira contou imediatamente a você? Foi com ela ao hospital e/ou delegacia? 37.3 Você foi a primeira pessoa a saber, mas depois que ela já havia buscado ajuda em hospital/delegacia? 37.4 Parceira já havia contado para outros parentes e amigos, e depois contou a você? 37.5 Soube apenas após ela ficar grávida
37.9 outros _____

DADOS SOBRE INCLUSÃO e ADESÃO

38 – Sujeito incluído no estudo?

38.1 Sim (SUJEITO INCLUÍDO NO ESTUDO)

38.2 Não*(SUJEITO EXCLUÍDO DO ESTUDO)

*38.2.1 violência perpetrada pelo parceiro. 38.2.2 parceiro com menos de 18 anos. 38.2.3 mulher vítima de VS com menos de 18 anos. 38.2.4 parceiro portador de transtorno mental grave. 38.2.5 parceiro sem disponibilidade para vir aos atendimentos. 38.2.9 outros _____

39 – Adesão:

39.1 inicial (comparecimento ao primeiro atendimento apenas)

39.2 parcial inicial (comparecimento a 2 ou 3 consultas, mas sem presença à última consulta)

39.3 parcial final (comparecimento a 2 ou 3 atendimentos, mas com presença à última consulta)

39.4 completa (comparecimento a todos os atendimentos)

39.5 houve necessidade de mais atendimentos e encaminhamento

39.9 outros _____

40 - Observações do pesquisador:

CONTATOS DO SUJEITO

41- Nome: _____

42 – Ficha nº _____

42 – Telefones para contato: _____

43 – E-mail para contato: _____

44- Endereço: _____

10.4 - ANEXO 4: ROTEIRO DE ENTREVISTA

PRIMEIRA CONSULTA

- Apresentação pessoal do pesquisador e do ambulatório.
- Explicação da proposta e estrutura do atendimento, bem como do objetivo da pesquisa.
- Leitura e assinatura do TCLE.
- Preenchimento da ficha de coleta de dados
- Identificação dos aspectos psíquicos e sociais mais relevantes ocasionados pela VS da parceira.
- Finalização: explicar a importância desse tratamento para diminuir o sofrimento do sujeito e de sua parceira, reforçando a necessidade da adesão completa para o melhor resultado.

SEGUNDA e TERCEIRA CONSULTAS

- Exploração mais detalhada das mudanças psíquicas mais relevantes: sintomas ansiosos, sintomas depressivos, ideação suicida, planejamento suicida, medo de DST, medo de gestação da parceira, pensamento repetido sobre a VS, medo de repetição do evento, aumento do consumo de álcool e outras drogas, outros
- Exploração mais detalhada das mudanças sociais: sentimento de raiva, sentimento de culpa (não proteção), culpabilização da mulher pela VS, mudanças na rotina, desejo de terminar a relação, sentimento de injustiça, mudança de endereço, sentimento de desesperança, dificuldade para trabalhar
- Delineamento da(s) questão(ões) mais importante(s), de ordem psíquica e social que serão trabalhadas.
- Reforçar o modelo de atendimento, onde a segunda e terceira consultas serão direcionadas a cuidar dessas questões.

ÚLTIMA CONSULTA

- Esta consulta será gravada para permitir uma análise qualitativa.
- Objetivo: avaliar em conjunto com o sujeito todo o processo de evolução da reação ao evento traumático.
- Lembrar os aspectos psíquicos e sociais mais relevantes e promover fortalecimento das estratégias de *coping*.
- Permitir a reflexão sobre a evolução dos aspectos psicológicos de sua parceira.
- Checar se o sujeito desenvolveu algum transtorno psiquiátrico que necessite acompanhamento de longo prazo. Encaminhar, se for o caso.
- Finalizar o atendimento.

10.5 - ANEXO 5: FICHA DE COLETA DE DADOS DA PACIENTE (PRONTUÁRIO)

- 1- **Ficha nº:** _____ 2- **Data Entrada no Estudo** ___/___/___
- 3 – **Grupo** 3.1 Parceira do Sujeito 3.2: Comparador
- 4- **Data de Nascimento:** _____
- 5 – **Cor da pele:** 5.1 branca 5.2 negra 5.3 parda 5.4 amarela 5.9 outros _____
- 6 – **Estado civil:** 6.1 solteira 6.2 casada/amasiada 6.3 viúva 6.4 separada 6.9 outros _____
- 7 – **Filhos:** 7.1 não 7.2 sim* 7.2.1 Quantos? _____
- 8 – **Escolaridade:** 8.1 analfabeta 8.2 fundamental incompleto 8.3 fundamental completo 8.4 médio incompleto 8.5 médio completo 8.6 superior incompleto 8.7 superior completo 8.9 outros _____
- 9- **Profissão:** _____
- 10 –**Situação profissional:** 10.1 empregada 10.2 desempregada 10.3 em benefício 10.4 estudante 10.5 dona de casa 10.9 outros _____
- 11 – **Religião:** 11.1 não 11.2 sim*
11.2.1 católica 11.2.2 evangélica 11.2.3 espírita 11.2.9 outros _____
- 12 – **Prática religiosa:** 12.1 não 12.2 sim 12.3 NSA
- 13 – **Havia tido relação sexual até o evento:** 13.1 não 13.2 sim 13.9 outros _____
- 14 – **Tem antecedente pessoal de violência sexual?** 14.1 não 14.2 sim*
14.2.1 com que idade? _____ anos
- 15 – **Tem antecedente familiar de transtorno mental?** 15.1 não 15.2 sim*
15.2.1 Qual _____ 15.9 outros _____
- 16 – **Tem antecedente familiar de violência sexual?** 16.1 não 16.2 sim*
(Grau de parentesco) 16.2.1 mãe 16.2.2 irmã 16.2.9 outros _____
- 17 – **Tem alguma doença crônica?** 17.1 não 17.2 sim* 17.2.1 _____
- 18 – **Data do evento** ___/___/___ 19 – **horário:** _____
- 20 – **Intervalo de horário:** 20.1 00:00-07:00 20.2 07:01-18:00 20.3 18:01-23:59
- 21 – **Realizou BO?** 21.1 sim 21.2 não 21.9 outros _____
- 22 – **Local da abordagem:** 22.1 rua 22.2 ponto de ônibus 22.3 residência 22.4 escola 22.5 trabalho 22.9 outros _____
- 23 – **Agressor :** 23.1 desconhecido 23.2 conhecido* 23.2.1 _____
23.3 único 23.4 múltiplos 23.9 outros _____
- 24 –**Intimidação:** 24.1 não 24.2 sim*
24.2.1 arma de fogo 24.2.2 arma branca 24.2.3 força física 24.2.4 ameaça verbal 24.2.9 outros _____
- 25 – **Tipo de relação:** 25.1 vaginal 25.2 anal 25.3 oral 25.9 outros _____
- 26 – **Parceiro presenciou?** Se a paciente tem um parceiro fixo, ele presenciou o estupro?
26.1 sim 26.2 não 26.9 outros
- 27- **Fez uso de ARV?** 27.1 não 27.2 sim 27.9 outros _____
- 28- **Fez uso de anticoncepção de emergência?** 28.1 não 28.2 sim 28.9 outros _____
- 29 – **Recebeu vacina/imunoglobulina contra hepatite B?**

29.1 não 29.2 sim 29.9 outros _____

30 - Usou alguma outra medicação? 30.1 não 30.2 sim* 30.2.1

Qual ? _____ 30.9 outros 30.0 NSA

31 - Tempo transcorrido entre o evento e a avaliação psiquiátrica _____ dias

32 - Apresentou problemas/reações/mudanças relacionados ao evento?

32.1 não 32.2 sim*

33 - Mudanças Físicas: 33.1 não 33.2 sim*

33.2.1 alterações do sono 33.2.2 alterações de apetite

33.2.3 alterações gastrointestinais 33.2.4 alterações geniturinárias

33.2.5 alterações na disposição física 33.2.9 outros _____

34 - Mudanças Psíquicas: 34.1 não 34.2 sim*

34.2.1 sintomas ansiosos 34.2.2 sintomas depressivos 34.2.3 ideação suicida

34.2.4 planejamento suicida 34.2.5 T S 34.2.6 medo de DST 34.2.7 medo de

gestação 34.2.8 flash back 34.2.10 medo de repetição do evento 34.2.9 outros _____

35 - Mudanças Sociais: 35.1 não 35.2 sim*

35.2.1 sentimento de vergonha 35.2.2 sentimento de culpa

35.2.3 medo de rejeição 35.2.4 mudanças na rotina 35.2.5 isolamento

35.2.6 evitação social 35.2.7 mudança de endereço

35.2.9 outros _____

36 - Mudanças Legais: 36.1 não 36.2 sim*

36.2.1 busca de ajuda 36.2.2 necessidade de proteção 36.2.3 trâmites legais 36.2.9 outros _____

37- Contou a alguém? 37.1 não 37.2 sim*

37.2.1 cônjuge (marido) 37.2.2 cônjuge (namorado) 37.2.2 mãe 37.2.3 pai 37.2.4 irmãos

37.2.5 amigos 37.2.6 polícia 37.2.9 outros _____

38 - Sente-se apoiada? 38.1 não 38.2 parcialmente 38.3 sim

39 - Tem antecedente psiquiátrico pessoal? 39.1 - não 39.2 - sim*

39.2.1 - com que idade? _____ anos

39.2.2 Tipo de transtorno _____

39.2.2 Tipo de transtorno _____

39.9 outros _____

40 - Faz tratamento psiquiátrico? 40.1 não 40.2 sim*

(Classe de psicofármaco) 40.2.1 antidepressivo 40.2.2 ansiolítico 40.2.3 antipsicótico

40.2.4 estabilizador do humor 40.2.9 outros _____

41 - Faz tratamento psicoterápico? 41.1 não 41.2 sim* 41.9 outros _____

42- Diagnóstico psiquiátrico _____

43 - Tratamento farmacológico proposto? 43 .1 não 43 .2 sim*

(Classe de psicofármaco) 43.2.1 antidepressivo 43.2.2 ansiolítico

43.2.3 antipsicótico 43.2.4 estabilizador do humor 43.2.9 outros _____

44- Seguimento: 44.1 só enfermagem 44.2 ambulatorial incompleto (abandono) 44.9 completo (6 meses)

45 – Número de atendimentos ginecologia: _____

46 – Número de atendimentos enfermagem: _____

47 – Número de atendimentos psiquiatria: _____

48 – Número de atendimentos psicologia: _____

49 - Número de atendimentos assistente social: _____

50 – Número total de atendimentos multidisciplinares: _____

51 – Adesão:

51.1 completa (comparecimento a todos os atendimentos)

51.2 parcial (comparecimento a alguns atendimentos e presença à consulta de alta) 51.3

inicial (comparecimento a apenas 1 atendimento)

51.4 não adesão (ausência de comparecimento a atendimentos no ambulatório)

52 - Observações do coletor:

53– Iniciais da Paciente: _____ **54 - Registro CAISM:** _____

10.6 - ANEXO 6: CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP DTG – CAISM

Comissão de Pesquisa
CAISM/UNICAMP

PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA ANALISADO PELA COMISSÃO DE PESQUISA/CAISM/UNICAMP

IDENTIFICAÇÃO		
1. Título do Projeto: IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA AOS PARCEIROS DE MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA SEXUAL (NÃO PERPETRADA PELO PARCEIRO)		
2. Pesquisador Responsável: Otávio Prado Alabarse		
3. Instituição do Pesquisador: Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria FCM/Unicamp		
4. Local onde será realizada a Pesquisa: Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti CAISM - Divisão de Ginecologia - Ambulatório de Atendimento Especial.		
5. N° de inscrição no CEP/FCM: /201	6. Grupo:	7. Data de apresentação ao CEP: / /2010.

APRESENTAÇÃO DO PROJETO:

8. A Violência Sexual (VS) foi reconhecida como problema de saúde pública global em 1993 pela OMS, requerendo atenção nas esferas de saúde, segurança e educação. Em relação aos cuidados de saúde, a intervenção que se mostra mais eficaz é a multidisciplinar, realizada em um centro de referência por especialistas em ginecologia, psiquiatria, psicologia, assistência social e enfermagem. A atenção psiquiátrica e psicológica é importante para acompanhar as mulheres que sofreram VS, promover um suporte melhor para lidarem com o trauma, reduzir o surgimento de transtornos mentais graves, além de detectar e tratar precocemente caso estes se desenvolvam. A evolução e resolução do quadro psiquiátrico dependem de vários fatores: personalidade prévia, tipo de trauma, suporte recebido e rede de apoio social. Esta última é muito importante, no entanto nem sempre está estruturada da maneira adequada. A despeito do reconhecimento da importância da rede de apoio, com destaque para familiares e parceiros, há escassez de abordagens dirigidas a estes. OBJETIVOS: Promover suporte em saúde mental aos parceiros das mulheres que sofreram VS, com o intuito de auxiliá-los a lidarem com a situação de VS. Discutir se houve diferenças na evolução das pacientes cujos companheiros receberam intervenção quando comparadas com mulheres de parceiros que não receberam intervenção. MÉTODO: Tipo de estudo: Pesquisa qualitativa e prospectiva. Sujeitos: Homens e mulheres, maiores de 18 anos, parceiros e parceiras de mulheres atendidas no Ambulatório de Atendimento Espacial (AEE) do CAISM. Será considerado parceiro pessoa que a paciente reconhece com companheiro (a) podendo ser cônjuge, noivo (a) ou namorado (a) há pelo menos 1 ano. O tamanho amostral será definido por saturação de dados. Instrumentos: Entrevistas semiestruturadas. Procedimentos: Serão convidados a participar do estudo todos os sujeitos compatíveis com os critérios de inclusão, com encerramento por saturação de dados. Os que aceitarem receberão até quatro atendimentos psiquiátricos com objetivos de counseling direcionadas para o evento traumático. Selecionaremos outro grupo de mulheres cujos parceiros não receberam esse suporte e faremos análise comparativa da evolução dessas mulheres. RESULTADOS ESPERADOS: Os sujeitos que receberem a intervenção terão seu sofrimento diminuído, oferecerão um suporte melhor para suas parceiras, com repercussão positiva à evolução das mesmas, quando comparado com as mulheres cujos companheiros não recebem este apoio.

AValiação DOS RISCOS E BENEFÍCIOS:

9. Na primeira consulta com o parceiro, sujeito da pesquisa, explicaremos a proposta do atendimento, a pesquisa e apresentaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 2). Tanto o atendimento, como o TCLE serão oferecidos pelo pesquisador do presente estudo. É importante ressaltar que esse atendimento psiquiátrico aos parceiros das mulheres que sofreram VS não existe atualmente. E não é objetivo da presente pesquisa iniciar essa modalidade de atendimento junto ao Ambulatório de Atendimento Especial do CAISM, devido ao receio de não ser possível dar continuidade uma vez finda esta tese. Antes, informaremos que esses atendimentos ocorrerão no ano de 2016, como forma de avaliar a eficácia deste suporte em reduzir o sofrimento/transtorno mental das mulheres vítimas de VS e também como auxílio ao sofrimento apresentado pelo parceiro. Esses dados, se

positivos, poderão influenciar futuras decisões quanto ao modelo de atenção à vítima de VS e sua rede de apoio. Não está prevista a participação de grupos de vulneráveis nessa pesquisa. Os benefícios esperados com tal abordagem são a diminuição do sofrimento psíquico dos parceiros das mulheres que sofreram VS, fortalecimento de sua resiliência para lidar com o trauma ocorrido e detecção precoce do desenvolvimento de transtornos mentais decorrentes dessa situação, caso isto ocorra. No caso específico em que ele precise de segmento psiquiátrico, será feita articulação com a rede de saúde para que ele siga em sua unidade de referência; à semelhança do que é feito muitas vezes com as próprias mulheres que necessitam de acompanhamento por um período mais prolongado. Com essa atenção aos parceiros, espera-se que eles possam oferecer um apoio mais estruturado e de melhor qualidade às mulheres vítimas de VS. E com uma melhor rede de apoio, elas tenham uma evolução melhor da experiência traumática, um benefício indireto dessa pesquisa. Em relação à instituição em que se dará a pesquisa e ao pesquisador, o benefício esperado está em demonstrar uma nova abordagem da violência sexual, integrando de maneira sistemática a atenção aos parceiros. Isso se constitui em um atendimento inovador e pode servir de referência aos outros centros de atenção à VS, salientando que esta condição é reconhecida como um problema de saúde pública global desde 1993 pela OMS. Atualmente, a presença e participação dos parceiros não são frequentes, sendo que muitas mulheres vêm ao atendimento desacompanhadas. O desconforto está em criar um atendimento para os homens nesse ambulatório, o que implica em sala de atendimento reservada para esse fim e aceitação dos sujeitos da pesquisa em frequentar tal instituição para o atendimento. Em relação aos riscos, eles são reduzidos. Um dos riscos será quando identificarmos o desenvolvimento de um transtorno mental no parceiro e houver necessidade de tratamento por um período mais prolongado. Nesse caso, terminado o período de pesquisa, ele será encaminhado para sua unidade de referência. Essa possibilidade será informada junto com o TCLE. Para a instituição e o pesquisador, além do risco supramencionado, não há outros riscos previsíveis. Quanto ao risco de desenvolvimento de transtorno mental mencionado acima, teremos como parte do plano para minimizar esse risco, o critério de exclusão "presença atual ou prévia de transtornos mentais graves", visto que pessoas com um dado transtorno tem maior possibilidade de recorrência após uma experiência traumática. Além disso, na primeira entrevista, juntamente com o TCLE, o sujeito participante será informado sobre a natureza do atendimento prestado nessa pesquisa, o número de consultas que ele terá e o encerramento previsto. Caso ele necessite de acompanhamento por período mais prolongado, será feita a transferência para sua rede de atendimento. Em relação aos desconfortos da pesquisa, a atenção multidisciplinar é determinante neste ambulatório. A presença da psiquiatria de maneira sistematizada se dá desde 2006. Isso faz com que o diálogo com a equipe e administração se dê de modo muito eficiente, sendo forte indicativo que os motivos para desconforto não serão um empecilho ao projeto. Serão adotadas medidas para monitoramento de coleta de dados e proteção de confidencialidade. As anotações dos atendimentos serão arquivadas com o pesquisador, e dele só terão acesso o pesquisador e sua orientadora. Estes terão a mesma tratativa de confidencialidade dos outros prontuários dessa instituição. No prontuário da paciente-parceira em atendimento por VS será anotado que o parceiro está recebendo atendimento no âmbito da pesquisa. Ainda sobre os aspectos éticos, cabe uma ressalva sobre a terminologia adotada no estudo. Em todo o texto dessa pesquisa, utilizaremos o termo "parceiro", "parceiros". Isso se deve mais a uma facilidade textual. No entanto, as parceiras nos casais homossexuais também serão convidadas a participarem do estudo. Assim, quando estiver escrito "parceiro" e "parceiros", no texto, as parceiras de mulheres que sofreram VS também estão contempladas.

COMENTÁRIOS E CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

10. Projeto inédito e bem desenhado, com pesquisadores experientes na área de violência. Com as exigências formais para o desenvolvimento da pesquisa.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS TERMOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:

11. contém carta convite para os participantes e um TCLE bem redigido e inteligível para a população que se destina

RECOMENDAÇÕES:

12.

CONCLUSÕES OU PENDÊNCIAS E LISTA DE INADEQUAÇÕES:
13.

14. SITUAÇÃO DO PARECER:			
<input checked="" type="checkbox"/> Aprovado	<input type="checkbox"/> Não Recomenda a Aprovação	<input type="checkbox"/> Em Pendência	<input type="checkbox"/> Com Destaque

Campinas, 4 de fevereiro de 2016.	Nome e assinatura do(s) membro(s) relator(es):  Prof. Dr. Luiz Carlos Zeferino Presidente da Comissão de Pesquisa - DTG/CAISM/Unicamp.
-----------------------------------	--

10.7 - ANEXO 7: ARTIGO CIENTÍFICO

***“It hasn’t happened to me, but it did”*: Sexual Violence Experienced by the Victim's Partner.**

Acknowledgements: We thank all our ambulatory staff, who are dedicated to reducing the pain of women experiencing some of the most atrocious experiences possible. And we also thank all partners who trusted us to share their suffering and taught us so much.

Otávio Prado Alabarse*, Claudia Oliveira Facuri*, Maria Teresa Ferreira Cortes**, Arlete Maria dos Santos Fernandes***, Amilton dos Santos Junior* Renata Cruz Soares de Azevedo*.

*Department of Medical Psychology and Psychiatry, School of Medical Sciences, University of Campinas, Brazil

** Medical student, School of Medical Sciences, University of Campinas, Brazil

*** Department of Tocogynecology, School of Medical Sciences, University of Campinas, Brazil

This research did not receive any grant or funding.

Corresponding author: Otávio Prado Alabarse

Address: Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Cidade Universitária Zeferino Vaz. CEP 13083-887 – Campinas, SP, Brasil.

Phone: +55 19 3521-7206

E-mail: otavio.alabarse@gmail.com

ABSTRACT

Mental health care is important for women who have suffered sexual violence (SV). The appearance and worsening of symptoms and psychiatric disorders depend on several factors: previous personality, type of trauma and social support network. The latter is very meaningful; however, it is not always structured to address this situation. There is a shortage of approaches aimed at the social network, especially for partners. **OBJECTIVES:** To promote counseling of partners of women who have suffered SV not perpetrated by their partners to help the partners cope with the SV situation. **METHOD: Type of study:** Qualitative and prospective research. **Subjects:** Men and women over 18 years old who are partners of women over 18 years old who are victims of SV. **Instruments:** Semi-structured interviews. **Procedures:** All partners compatible with inclusion criteria were invited to enroll in the study. Those who accepted received up to four consultations for counseling purposes directed at the traumatic event experienced by their partner. **RESULTS:** All partners reported experiencing at least one change after their partner's SV, and anger was the most striking change. The set of symptoms observed may suggest that partners experience some degree of acute stress disorder and/or posttraumatic stress disorder. Regarding the counseling, they reported that it helped to relieve the tension and anguish they felt. There was a transformation of feelings of anger. **CONCLUSION:** Providing counseling for non-aggressor partners of female victims of sexual violence may be an interesting procedure among multidisciplinary approaches to treat partners of SV victims and enhance the global care of the women. Moreover, the partners who received counseling were more accepting of and dealt better with the situation of violence.

Keywords: Sexual violence, partner, network, non-aggressor partner.

INTRODUCTION

Sexual violence (SV) occurs in all types of societies and affects people of any age, social class and ethnicity. The authors of the SV may be unknown, known or even familiar. In the case of violence against women, perpetrators are often partners, husbands or boyfriends (Heise, 2015).

It is difficult to estimate the magnitude of SV. Victims tend to be silent regarding the aggressor and not report him, either for fear of reprisal, shame, feelings of humiliation or guilt (Carreta, 2015; Volkmann, 2017). In a national survey conducted in 2010, Breiding et al. (2014) estimated that 19.3% of women in the United States have been raped during their lifetimes. Nevertheless, only a small portion of victims (19%–39%) receive treatment (Price, 2014). More alarming than these estimates, there is an expectation that traumas, and among them SV, will increase by 2030 in developing countries (Norton, 2013). A global map of violence designed by the WHO shows [edited out for blind review] as the fifth leading country in mortality of women by homicide (Leite, 2017).

Since the first women's police station opened in [edited out for blind review] in 1985, their numbers have grown considerably. In 1999, a Technical Standard for the Prevention and Treatment of Injuries Resulting from Sexual Violence against Women and Adolescents of the Ministry of Health (Ministry of Health – [edited out for blind review] –, 2012) laid the operational basis for the policy regarding the care of women and adolescents who suffer sexual violence. Since 2001, the city of [edited out for blind review] has provided inter-sectorial and inter-institutional

assistance to victims of sexual violence. The Women's Hospital [edited out for blind review] is a regional reference for victims of SV and care for pregnant women due to rape (Oshikata, 2005; Bedone, 2007). The service attends an average of 200 new cases of SV in women per year, which are followed by outpatient visits during a six-month period. Among the challenges of care, the importance of the social network stands out.

Campbell and Wasco (2005) have studied the impact of SV on rape victims' support networks. The impact of SV extends far beyond the survivors of rape, including their significant families, friends and other people who are negatively affected. Banyard (2010) studied the prevalence and impact on friends when a female victim of SV reveals that she has suffered such violence. A growing body of research (Smith, 2008; Banyard, 2010; Sylaska, 2014) suggests that the type of social reaction that SV survivors receive from others can have a profound impact on their health and well-being. Nonetheless, the impact of the disclosure on the people to whom a female victim reveals the violence, especially her partner, is still poorly understood.

Studying the support network in patients who have suffered other forms of violence, Gregory, Williamson and Feder (2016) found that the impact of the trauma disclosure reported by family and friends was consistent with symptoms of posttraumatic stress disorder. Ahrens and Campbell (2000) evaluated the impact of rape news on friends and family members of women who experienced such violence. They sought to divide their findings between affective and interpersonal findings. Among the affective feelings were listed anger, guilt (for not protecting their partner), hopelessness, revenge, depression, frustration, denial, and humiliation as the main findings. The interpersonal findings included

blaming the victim, distracting the victim, keeping the assault a secret, overprotecting, sexual problems, avoiding discussion and feeling neglected by the victim. Christiansen, Bak and Elklit (2012), studying the support network for victims of SV (primary victims), realized that relatives, friends and partners (secondary victims) reported difficulty in dealing with the primary victim and that their relationships had been greatly affected. Secondary victims reported varying degrees of traumatization and lack of support, and most of them wanted to receive intervention focused on themselves, particularly regarding receiving education about how best to support rape victims. In view of this, the present study proposed mental health care in the counseling model for partners of female victims of SV not perpetrated by the partner, with the main objective of strengthening these partners so that they become a better support for these women. It is the reason of the title of this article: *“It didn’t happen to me; but it did”* – it was said by a partner concerning your wife’s rape.

MATERIALS and METHODS

Design overview

The study was exploratory, descriptive and comprehensive, using a qualitative methodology that involved researching partners of women who had suffered sexual violence not perpetrated by the partner. Qualitative methodology has proven to be a good method to explore less well-known subjects related to sexual violence (Guruge, 2017). The study was conducted in accordance with the ethical principles originating in the Declaration of Helsinki, and the protocol was approved by the ethics committee of the University of [edited out for blind review]

(Protocol number: 62/2015). All participants provided written informed consent to participate.

Location and participants

The study was conducted from January 2016 to December 2017 in a sexual violence Outpatient Clinic of the Woman's Hospital of the University of [edited out for blind review]. It is the reference service for a region of 20 cities and approximately 3.1 million habitants. The patients' entrance door is the emergency unit of the Women's Hospital, where they are referred for immediate care (in a ward with greater privacy and better accommodation) and attended by the staff on duty (gynecologist and nurse). After two or three weeks, these patients are referred to the Outpatient Clinic, where they are carefully followed by a multidisciplinary team involving gynecologists, psychiatrists, psychologists, nurses and social workers (Facuri, 2013). In general, women follow a structured routine for at least 6 months. The support for the patient's network occurs depending on demand, but there is not a structured assistance program for the network, particularly partners.

A strategic selection process was applied to enable a multi-perspective approach. We sought to include partners of women who had suffered SV, both aged over 18 years old (codified age in [edited out for blind review]), in a relationship for over 1 year, without any comprehension or speech difficulties nor suffering from a severe mental health disorder, and able to participate in four interviews throughout the patient's treatment period. The subjects of this research are described as "partners" for the purpose of differentiating from "patients" (women

who have suffered SV). Key exclusion criteria included: worsening of the partner's psychological/psychiatric condition requiring referral for psychiatric treatment.

Sampling plan

The subjects of this research were the partners (men and women) of women who had suffered sexual violence and were under follow-up for six months in the Outpatient Clinic. Partners who fulfilled the inclusion criteria received an invitation letter at the immediate care facility and, if the partner was not present, the partner invitation letter was sent through the patient. Because of this procedure, it was not possible to ensure that all potential partners for the study were invited at this stage of the flow, and a second invite was conducted at the Outpatient Clinic.

The sample size was defined by saturation sampling, which is operationally defined as the suspension of inclusion of new participants when the data obtained present in the evaluation of the researcher reaches a certain level of redundancy or repetition, and it is not considered relevant to persist in data collection (Fontanella, & Turato, 2008).

Data collection

The proposed intervention was the attendance provided by a psychiatrist, which consisted of 4 semi-structured interviews with the goal of counseling. In the first interview, partners answered a questionnaire (see Table 1) aiming to collect socio-demographic data and information about the SV and to chart the main changes that occurred with the partners after SV in the psychological, physical and social spheres. This information guided the second and third interviews. These interviews lasted from 45 to 60 minutes, depending on the partner's needs.

All the interviews explored the most relevant elements, from feelings and behavior changes to the difficulty in offering support in this situation and fears that may be present. They also served as an orientation about which attitudes were positive and which were negative in relation to a patient at that time.

At the last interview, a closure exercise was conducted, with emphasis on the follow up with the partner after SV. This last interview was recorded to allow for subsequent transcription and qualitative analysis; excerpts from these testimonies are presented below in the results of this article.

A review of the medical records of all the patients who attended the outpatient clinic was conducted to determine how many had partners.

INSERT TABLE 1 HERE

Data analysis

The researchers developed a qualitative descriptive analysis of the data produced from the interviews. Descriptive analysis with data from the first interview was performed with *SPSS Statistics 22.0* (SPSS Inc. Chicago, USA). The fourth (last) interviews were audio-recorded and transcribed verbatim. The data were analyzed using qualitative content analysis.

RESULTS and DISCUSSION

During this study period, 18 partners were directly invited to receive the counseling intervention by the investigator (psychiatrist) at the outpatient clinic. Among them, 5 received the invitation but did not attend interviews; 2 partners met criteria for termination of the study after the first interview (due to worsening of psychiatric condition) and were referred for treatment; 6 had partial adherence (they all completed 3 interviews) and 5 had complete adherence (completed 4

interviews). The fourth interviews from these five partners were recorded, transcribed and submitted to qualitative analysis (see Figure 1).

INSERT FIGURE 1 (FLOWCHART) HERE

Regarding the sociodemographic aspects of the 13 partners, there was a prevalence of males (84.6%), with a mean age of 32.3 years (median: 29), 76.9% white, with a balanced distribution of schooling. As for professional situation, 53.8% were employed, 30.8% unemployed, 7.7% receiving benefits and 7.7% only studying. The marital status of these most representative partners was married or "living together", accounting for 53.8%, followed by 23.1% who counted themselves as single. Regarding the relationship length, there were two major categories: 1 to 3 years (30.8%) and 10 to 20 years (23.1%), with 53.8% being below 3 years' duration. Most couples had no children (69.2%) and had no previous marital life (76.9%). With respect to sexual life, 100% reported a sexual life prior to SV, while 76.9% had had sexual intercourse after SV.

Concerning religious aspects, 76.9% claimed to have a religion, 15.4% had no religion and 7.7% reported having spirituality but without religion. Among those with a religious identity, 54.5% were evangelicals, 36.4% catholic and 9.1% spiritualists. When questioned about religious practices, only 69.2% reported this practice.

All the partners reported experiencing at least one change after the partner's sexual violence. The most striking change was that of anger, experienced by almost all partners (92.9%), while 38.5% reported difficulty in working. Analyzing physical changes, there was a higher prevalence of altered sleep (53.8%), altered appetite (38.5%) and physical indisposition (23.1%). Concerning the psychological changes, the following were observed: guilt (38.5%), symptoms of

anxiety (23.1%), symptoms of depression (38.5%), and repeated thoughts about sexual violence (38.5%). Ahrens and Campbell (2000) reviewed the literature to better assess the impact of SV on friends, and it is possible to note similarities between these findings and the data observed in the present study. Carreta et al. (2015) also studied the impact of the disclosure and showed similar points. This set of symptoms may suggest that partners experience some degree of acute stress disorder and/or posttraumatic stress disorder (PTSD). However, appropriate questionnaires were not applied, nor were the interviews directed at diagnostic elucidation. Nevertheless, this set of changes can be better explored in future research, focusing on the diagnosis and severity of secondary PTSD in the partners of women who have suffered SV.

Another important aspect is regarding the experience of violence and previous traumas. In the analysis of data from the 13 included partners, 53.8% of the partners reported having suffered previous violence. However, among the partners that finished the study, all of them had had traumatic experiences in the past that produced symptoms suggestive of acute stress disorder and/or posttraumatic stress disorder. It is possible that a previous traumatic experience increases the partner's sensitivity to the importance of support to the victim in the moment of fragility due to SV.

In the analysis of the interviews, partners themselves talked about the importance of the support that other partners should offer to their female partners if they have suffered SV. First, they identified the condition of the woman as insecure, unreactive, needing more attention and in some cases even willing to die. Most of them identified that their partners wanted their company, even though they often did not want to talk about the violence or even about any subject. Some of

them noticed that initially they had continued to ask about the SV, wanting to know what happened, but in time, they realized it was better just to listen. They also reported on the importance of accompanying their partners to the police station and the hospital. They also noted that many men abandon their partners if they suffer SV, an attitude of which they all disapproved. They emphasized that the SV had occurred against the will of the woman, which was an incidental event and which was not the woman's fault.

The partners also noted the importance of their own support in dealing with the situation. In the case of the interviewees, the majority had the support of one or a few friends. They spoke of having the impression that they needed to be "well" and "strong" and not to allow their partner (the patient) realize that they were not well; to create this atmosphere, they required support as well. All the interviewees indicated that the counseling received in our service, especially the service directed toward the partner, is of great importance. Regarding the care received in the 4 consultations, they reported that it helped relieve the tension and anguish they felt. They observed how positive it was to report the impact of their partner's SV on themselves and that the simple fact of discussing that experience was already positive, which somehow produced a sense of relief or a feeling of "taking the weight off."

The analysis of interviews of the partners who completed all four visits indicated that there was a transformation of anger feelings, especially among those who managed to ascribe a creative connotation to the SV experience of the partner. This was the case with two partners, who were able to transform their initial feelings of anger into a service to the community to raise awareness or reduce sexual violence. Selections from these testimonials are offered below:

Partner 1: *“(...) I worked as a bricklayer and stayed 20-30 days away from home. Now I have created with some of my neighbors a motorcycle taxi group, which is close to home, not far. It is inside the community, only taking women from the community to the bus stop, crossing the area where the rapes occurred. Now I work close to my wife and still take care of the community, avoiding having more rapes (...).”*

Partner 3: *“(...) I'm a singer and I have a lot of followers on social media. After what happened to my girlfriend, any subject, anything to do with rape, I disclose on my social media. One thing I took as my personal role. This is to alert women to protect themselves, and if it happens to any of them, I urge them to seek help (...).”*

Finally, all partners who had complete adherence reported that their relationship with the patients was better than it was before the SV. Some have even reported that they have been able to find a greater sense of purpose in their own existence because they perceive themselves as a good support for their partners and have also endured this experience.

Social relations can moderate the effects of stress on the health and well-being of individuals. The perception of support and its availability are related to better physical and mental well-being (Vangelist, 2009). Campbell enumerated the factors that predict whether a friend or relative is more or less likely to be a good support for a woman who has suffered from SV (Campbell, 2001 and Campbell, 2009). The positive reactions offered by someone in the support network,

according to these studies, include: “tell her you believe her,” “tell her it was not her fault,” “allow her to talk,” “take her to the police,” “help her find coping info,” and “help her get medical care.” The negative reactions documented include: “encourage her to keep it secret,” “call her irresponsible,” “patronize her,” “want to seek revenge,” “try to control decisions” and “tell her to go on with life.” Some of the interview participants revealed similar thoughts, as shown below:

Partner 1: *“(...) it is important to accompany them to the police station, to the medical attention, the legal assistance, because I think so, if it gives an extra security for the woman, she feels safer (...).”*

Partner 3: *“(...) if I could give some advice to a man when the woman has been raped, he should stay calm, try not to judge. Try to think more of her than him, respect the situation. I know there are women for whom even having a sexual relationship again is very difficult. So respect that kind of thing, try to stay calm (...).”*

Partner 8: *“(...) so I stayed by her side, not forcing her to say anything, but if she wanted to bring up the subject, she would talk and whatever else (...).”*

Partner 9: *“(...) she said she did not want to live any longer, that she thought about killing herself. Then, I said to her, ‘No, it's not like that. I'm going to help you’(...).”*

Elisabeth Kübler-Ross, in her book *On Death and Dying*, wrote about the five stages of grief: denial, anger, bargaining, depression and acceptance. Evaluating the interviews of the partners, it is possible to identify these same stages in

relation to the sexual violence suffered by their partners, not always in isolated stages, such as those presented above, but with the same contents. It is possible to affirm that the experience felt by these individuals represented something to be elaborated, such as grief. From these interviews, it was also noticed that the services offered represent an important tool in the elaboration of this experience, contributing to the gradual acceptance of the initial feelings of denial and anger. The acceptance of these feelings produced an improvement in the condition of psychic and social well-being in the victims' partners. Therefore, these partners were probably more capable of offering better support to patients. In this way, the support for the partners was able to improve the configuration of the patients' support network and contribute to a better evolution of the patients' experiences caused by the sexual violence. Further research is needed to elucidate the impact of this counseling offered to the partners on the evolution and well-being of women who have suffered SV.

It is necessary to note some limitations of this study: it is possible that some partners who did not attend the outpatient clinic did not receive the invitation letter given to the patients; although 2 women (partners) were included, neither remained until the final interview, which did not allow the discussion of possible differences between female partners and male partners. The fact that all partners who completed the study have experienced personal traumas indicates caution in extrapolating data to other partners or partners. Despite these limitations, this study indicated that providing counseling for the partners of female victims of SV can be a valid and innovative strategy in multidisciplinary care for reducing the partner's suffering and preparing them to offer better support for the victim.

CONFLICT OF INTEREST

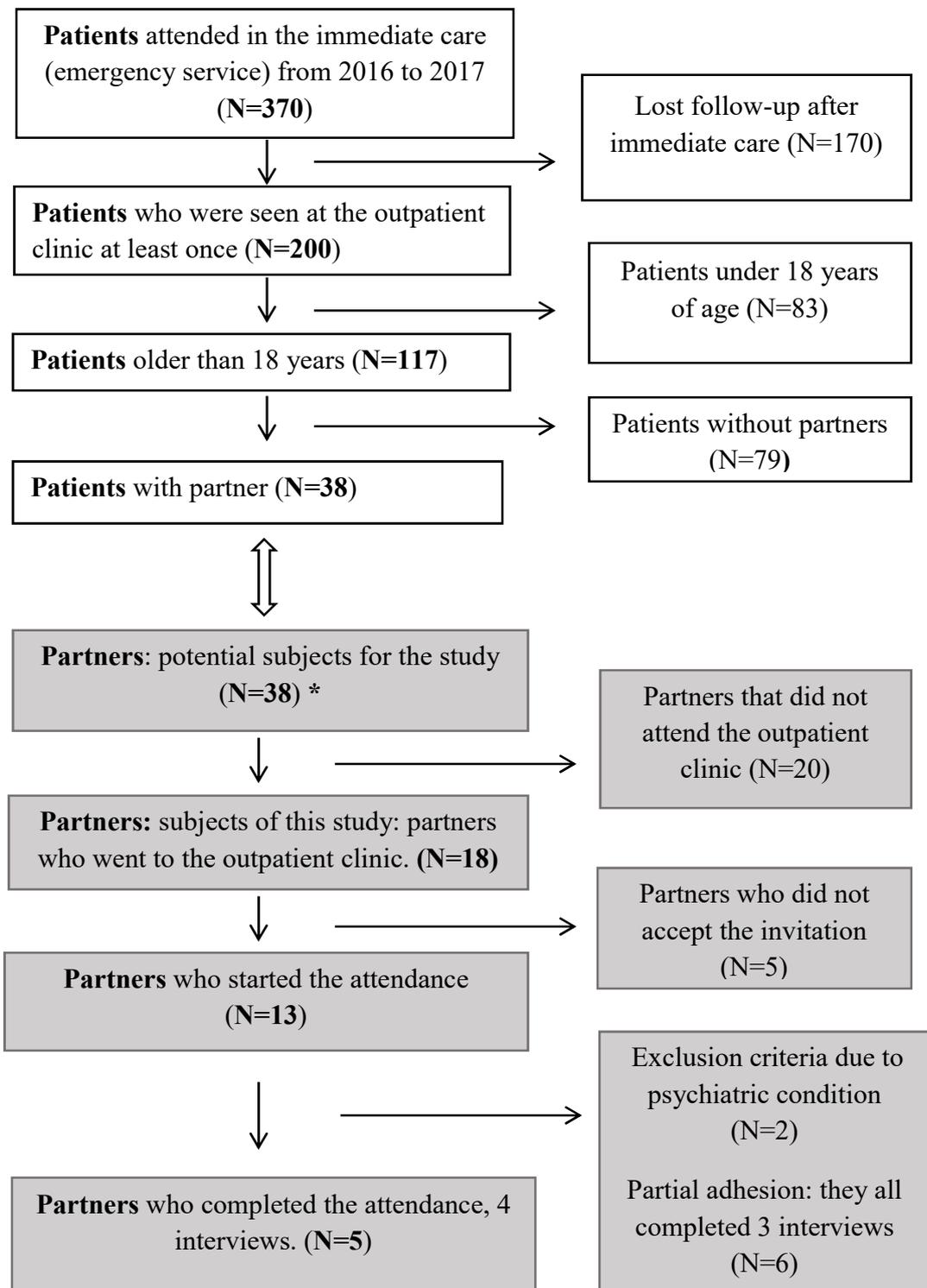
The authors have not declared any conflict of interests.

TABLES and FIGURES

Table 1 – Questionnaire (filled at the first attendance)

Topics	Description
Identification	First medical attendance date, gender, age, skin color, schooling, job, religion, marital status
SV data	Date, hour, place, police report card, information about SV type and abuser. Was the partner present? How did the partner know about the SV?
Relationship	Duration, children, previous marriage, sexual intercourse previous to and after SV
Antecedent	Psychiatric history, psychotherapy attendance history, familiar antecedent, previous contact with person who suffered SV, previous violence/ trauma
Current situation	Any change, problem and reactions to SV
Physical changes	Sleep, appetite, pain, physical disposition, others
Psychological changes	Anxious and depressive symptoms, suicidal ideation, suicidal planning, suicide attempt, fears, repeated thinking about SV, increased alcohol and/ or drug use, others indicated by the partners
Social changes	Feelings of anger, feeling guilty, changes in routine, desire to end the relationship, hopelessness, difficulty to work and others indicated by the partners
Inclusion data	If partner was not included, mention the reason
Adhesion data	Initial (first attendance), partial (2 or 3 attendance) or complete (completed at the end of the follow-up)

Figure 1 – Flowchart: Patients and Partners (subjects)



* Partners received an invitation letter upon immediate care and, if the partner was not present, an invitation letter was sent through the patient. Because of this it was not possible to ensure that all potential partners for the study were invited at this stage of the flow.

10.8 - ANEXO 8: COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO À REVISTA

Revista: *Journal of Interpersonal Violence*.

Data: 05 – 05 - 2018

05/05/2018 ScholarOne Manuscripts

 Journal of Interpersonal Violence

[Home](#)

[Author](#)

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to
Journal of Interpersonal Violence

Manuscript ID
JIV-18-329

Title
"It hasn't happened to me, but it did": Sexual Violence Experienced by the Victim's Partner.

Authors
Alabarse, Otávio
Facuri, Cláudia
Cortes, Maria
Fernandes, Arlete
Santos Jr, Amilton
Azevedo, Renata

Date Submitted
05-May-2018